

Síndrome antifosfolipídico y embarazo en la atención primaria de salud

Antiphospholipid syndrome and pregnancy in primary health care. Presentation of a case

Dianelis Ojeda Sánchez¹, Samara Ravelo Nápoles², Maribel Rodríguez Matos³

¹ Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Policlínico Universitario "Leonilda Tamayo Matos". E-mail: ojedasanchezdianelis@gmail.com ORCID: <https://www.orcid.org/0009-0001-4534-0303>

² Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Ginecología- Obstetricia, Profesor Asistente. Policlínico Universitario "Juan Manuel Páez Inchausti". E-mail: samaravelonapoles@gmail.com ORCID: <https://www.orcid.org/0009-0005-8053-2692>

³ Especialista en Segundo Grado Ginecología- Obstetricia. Especialista de Primer Grado Medicina General Integral. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Auxiliar. Hospital Héroes del Baire. E-mail: maribelgineco@gmail.cu ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-0446-9711>

RESUMEN

El síndrome de anticuerpos antifosfolípidos es un estado protrombótico adquirido determinado por la presencia de anticuerpos antifosfolípidos en pacientes con trombosis venosa o arterial y una morbilidad incrementada durante el embarazo. El objetivo del trabajo responde al interés actual por el SAF-O debido a su impacto en la morbi-mortalidad materno fetal y su desafío para la Atención Primaria de Salud. Se presenta un caso de una paciente femenina de 26 años de edad con antecedentes obesidad, con historia obstétrica de su primera gestación con muerte neonatal precoz a las 34 semanas por preclampsia grave con hematoma retroplacentario y oligoamnio severo. En su segunda gestación con parto distócico a las 32 semanas por hipertensión crónica con preclampsia sobreañadida y oligoamnio severo por lo cual se trasladó para Cuidad Habana, obteniéndose recién nacido vivo de 1320g y apagar 5/7. En su tercera gestación se sospecha de síndrome Antifosfolipídico, se ingresa desde las 12 semanas en sala de cuidados especiales perinatales hasta el parto, se realizó cesárea con edad gestacional a las 39 semanas, obteniéndose un recién nacido vivo con peso de 2950g y

apgar 9/9. Evolución del puerperio satisfactoria. Las consultas prenatales de esta gestante fueron importantes ya que permitieron la identificación de riesgos con el fin de realizar intervenciones oportunas logrando minimizar dichos riesgos, obteniendo un buen resultado perinatal.

Palabras clave: síndrome antifosfolípidos, trombosis, embarazo

SUMMARY

Antiphospholipid antibody syndrome is an acquired prothrombotic state determined by the presence of antiphospholipid antibodies in patients with venous or arterial thrombosis and increased morbidity during pregnancy. The objective of the work responds to the current interest in AFS-O due to its impact on maternal-fetal morbidity and mortality and its challenge for Primary Health Care. A case is presented of a 26-year-old female patient with a history of obesity, with an obstetric history of her first pregnancy with early neonatal death at 34 weeks due to severe preeclampsia with retroplacental hematoma and severe oligoamnio. In her second pregnancy with dystocic delivery at 32 weeks due to chronic hypertension with added preeclampsia and severe oligoamnio, for which she was moved to Havana City, obtaining a live newborn weighing 1320g and 5/7. In her third pregnancy, Antiphospholipid syndrome was suspected, she was admitted from 12 weeks to the special perinatal care room until delivery, a cesarean section was performed with a gestational age of 39 weeks, resulting in a live newborn weighing 2950g and an Apgar score of 9/ 9. Satisfactory postpartum evolution. The prenatal consultations of this pregnant woman were important since they allowed the identification of risks in order to carry out timely interventions, minimizing these risks, obtaining a good perinatal result.

Keywords: antiphospholipid syndrome, thrombosis, pregnancy

INTRODUCCIÓN

El síndrome antifosfolipídico (SAF) es una enfermedad sistémica autoinmune que se caracteriza por la aparición de trombosis, venosas y arteriales, complicaciones obstétricas y títulos elevados de anticuerpos antifosfolipídico (AAF). Se puede presentar como una patología aislada en más del 50% de los casos o estar

asociado a otra enfermedad autoinmune, en la mayoría de las ocasiones al Lupus Eritematoso Sistémico (LES).¹ Los datos epidemiológicos indican que la incidencia es de alrededor de cinco casos nuevos por cada 100,000 personas al año mientras que la prevalencia es de 40-50 casos por cada 100,000 habitantes.² La existencia de un SAF durante el embarazo es una situación de riesgo para la madre y el feto. Por un lado, ciertas complicaciones del embarazo, como abortos espontáneos tempranos, muerte fetal en el útero y otras patologías obstétricas de origen vascular, son parte integrante de las manifestaciones clínicas de este síndrome. Esto puede ocurrir en cualquier momento durante su embarazo, pero es más común entre los 3 y 6 meses.³ Los criterios clasificatorios del SAF fueron establecidos por primera vez en 1998, en la Conferencia Internacional de AAF celebrada en Sapporo (Japón). Posteriormente, en 2005, se efectuó una revisión de esos criterios durante la Conferencia Internacional de Sydney (Australia).³ Allí se establecieron criterios clínicos y de laboratorio.

Criterios clínicos

1. Fenómenos trombóticos

- a) Uno o más episodios clínicos de trombosis arterial, venosa o de pequeños vasos en cualquier órgano o tejido.
- b) La trombosis debe confirmarse mediante estudios de imagen, Doppler o histológicos, con la excepción de la trombosis venosa superficial.
- c) Para la confirmación histopatológica, debe estar presente la trombosis sin evidencia de inflamación en la pared vascular.

2. Manifestaciones obstétricas

- a) Una o más muertes idiopáticas de un feto morfológicamente normal a partir de las 10 semanas de gestación, con una morfología fetal normal confirmada por ecografía o por un examen directo del feto.
- b) Uno o más nacimientos prematuros de un neonato morfológicamente normal a partir de las 34 semanas de gestación, debido a preeclampsia grave o eclampsia, o a una insuficiencia placentaria grave.

c) Tres o más abortos consecutivos antes de las 10 semanas de gestación, una vez excluidas otras causas como anomalías en la anatomía materna, alteraciones hormonales o cromosómicas paternas y maternas

Criterios de laboratorio:

1. AAC de isotipo IgG o IgM en sangre, presentes a título moderado o alto, en 2 o más ocasiones, separadas al menos 12 semanas, determinados mediante técnica de ELISA para AAC dependientes de B2GP-1.

2. AL presente en plasma, en 2 o más ocasiones separadas al menos 12 semanas, determinadas de acuerdo con las directrices de la Sociedad Internacional de Trombosis y Hemostasia, a saber:

a) Prolongación de las pruebas de coagulación dependientes de fosfolípidos demostrada con las pruebas de cribado, por ejemplo, el tiempo de tromboplastina parcial activado, tiempo de caolín, tiempo de Russell, tiempo de protrombina diluido o tiempo de textarina.

b) No corrección de la prolongación del tiempo de coagulación en las pruebas de cribado al añadirle plasma pobre en plaquetas.

c) Acortamiento o corrección de la prolongación del tiempo de coagulación en las pruebas de cribado al añadirle fosfolípidos.

d) Exclusión de otras coagulopatías, como el inhibidor del factor VIII.

3. Anticuerpos B2GP-1 de isotipo IgG o IgM en sangre, presentes a título moderado o alto, en 2 o más ocasiones, separadas al menos 12 semanas, determinados mediante técnica de ELISA.

El diagnóstico de SAF exige al menos un criterio clínico y otro de laboratorio. La presencia de AAF se debe verificar en ≥ 2 ocasiones con un intervalo de al menos 12 semanas.

El objetivo del trabajo responde al interés actual por el SAF-O debido a su impacto en la morbi-mortalidad materno fetal y su desafío para la Atención Primaria de Salud.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenina de 26 años de edad, raza blanca, procedencia rural, nivel educacional preuniversitario, ocupación ama de casa. Religión: evangelista. Familia nuclear, pequeña y funcional, presenta buenas condiciones higiénicas sanitarias y constructivas de la vivienda. Antecedentes patológicos personales: HTA Crónica, Obesidad grado III, Rh negativo Historia obstétrica: Gestas: 3 Parto: 2 distócico Abortos: ninguno

Primer embarazo: CUIR de inicio precoz, Preeclampsia Grave con Hematoma Retroplacentario por lo que hubo que realizar cesárea en la semana 34 con una muerte neonatal precoz por una sepsis.

Segundo embarazo: embarazo hace 10 meses que curso con HTA Crónica con Preeclampsia sobreañadida a las 22 semanas, comenzó con compromiso fetal por lo que se decide traslado para Ciudad Habana para mejor manejo del CUIR de inicio precoz, Oligoamnios Severo, por lo que se realizó cesárea a las 32 semanas con un recién nacido peso 1236 g Apgar 5/7.

Historia del embarazo actual (tercero)

Atención Preconcepcional: A pesar que se registra seguimiento y acciones de planificación familiar, la gestante nunca quiso utilizar ningún método anticonceptivo por su religión. Se realiza captación precoz con 7 semanas, seguida por ultrasonido diagnóstico 6/4/23 para 7,3 semanas. Evaluación como riesgo relevante por sospecha de síndrome antifosfolipídico, obeso grado III, HTA crónica sin tratamiento. Riesgo de diabetes gestacional, riesgo de enfermedad tromboembólica, Rh negativo y período intergenésico corto. Seguimiento diario por cmf y semanal por ginecobstetra del área e ingreso hospitalario a las 12 semanas según protocolo. En el primer trimestre confirmado el embarazo se comienza con tratamiento con progesterona 250 mg vía intramuscular hasta las 36 semanas de embarazo, aspirina dosis oral 150 mg al día hasta las 36 semanas y fraxiparina 0,3 ml subcutáneo diario hasta los 42 días del puerperio, además del tratamiento antihipertensivo con hidralazina y nifedipino.

Resultados de exámenes complementarios.

Hb 149 g/L	Triacilglicerido 2.3 mol/l
Hto: 0.43	Proteínas totales: 70 mol/l
VSG: 12	Albúmina sérica: 23 mol/l
PCR negativo	Coagulograma: normal
Creatinina: 69 mol/l	Glicemia 4,9 mol/l
Colesterol: 5,2 mol/l	Ácido úrico: 261 mol/l
Grupo y factor: B negativo	Prueba de Coombs: negativa
Proteinuria de 24 horas: 0.36 g/l	

DISCUSIÓN

El SAF constituye unas de las enfermedades autoinmunes que con mayor frecuencia se asocia con pérdidas fetales a repetición durante el embarazo. Así con otras alteraciones obstétricas en las que se destaca Preclampsia prematuridad, insuficiencia placentaria sufrimiento fetal y enfermedad troboembólica materna arterial o venosa.⁴ No obstante en Cuba aún no contamos con datos cuya solidez nos permita conocer la prevalencia general del síndrome en mujeres embarazadas. Por lo que las autoras del trabajo realizaron un estudio en el mes de abril del 2023. En las pacientes con SAF es obligatoria una valoración preconcepcional por el especialista en enfermedades autoinmunes, que permitirá estimar el riesgo materno-fetal, determinar la seguridad de los fármacos e informar sobre los posibles riesgos y complicaciones. En caso de requerir tratamiento antitrombótico debería realizar una visita educativa con Hematología. Tomando en cuenta los resultados de Bustillos Dávila y Andrea Estefanía,⁵ en su investigación, con frecuencia el SAF-O conlleva la aparición de abortos frecuentes y malos resultados obstétricos como hipertensión arterial (preclampsia), recién nacidos bajos peso y partos prematuros. Dato que coincide con el presente caso ya que la gestante tuvo dos nacimientos prematuros uno a las 34 semanas con fallecimiento del recién nacido y el otro a las 32 semanas de gestación, los dos debido a preclampsia grave.

La patología del embarazo resulta compleja para la Atención Primaria de Salud pues sus acciones requieren de un trabajo temprano desde la condición de riesgo preconcepcional con una buena planificación familiar. Autores europeos recomiendan

que las pacientes sean evaluadas en la consulta de riesgo preconcepcional para decidir el momento justo en que estén compensadas. De igual modo, el seguimiento se realizará mensualmente desde el primer trimestre y partir de las 15 semanas será quincenal. Se sugiere planificar la inducción del parto en la semana 37-38 en ausencia de anomalías.⁶ El caso en estudio se realizó un total de 22 consultas prenatales con seguimiento quincenal en el primer trimestre y luego semanal en 2 y 3 trimestre, se planificó su cesárea en la semana 39 según los protocolos de actuación, teniendo un resultado perinatal favorable con respecto a los 2 embarazos anteriores.

De acuerdo a la clasificación de SAF de 2005³, las tres manifestaciones del SAF son muerte fetal intrauterina inexplicable (IUFD) a \geq de 10 semanas de gestación, embarazo pretérmino \geq 34 semanas debido a preclampsia severa o rasgos reconocibles de insuficiencia placentaria o al menos 3 embarazos perdidos de forma inexplicable y consecutivos antes de las 10 semanas. Un estudio encontró que la IUFD fue el más frecuente signo de SAF y se relacionó con complicaciones maternas⁷, elemento que coincide con en el presente caso.

El principal objetivo del manejo SAF es la prevención de los episodios trombóticos o de las complicaciones obstétricas. El tratamiento debe comenzar lo más precozmente posible, incluso antes de la gestación. Los investigadores coinciden en que el primer paso terapéutico es el antiagregante plaquetario sólo en pequeñas dosis de aspirina si no hay trombosis. Se añade anticoagulantes: Heparina, si existe antecedente de enfermedad trombótica y las Inmunoglobulinas se utilizan si lo anterior falla.⁸ La gestante durante su atención prenatal y posnatal presentó tratamiento con aspirina y fraxiparina de acuerdo a los protocolos vigentes cumpliendo así las pautas de tratamiento establecidas. Además, el tratamiento del SAF-O debe incluir a un equipo multidisciplinario de especialistas: obstetras, inmunólogos, hematólogos e internistas maternos fetales, que tengan experiencia en el manejo del síndrome. El éxito del tratamiento se basa no solo en la intervención medicamentosa, sino también en el estricto control y seguimiento durante todo el embarazo e inclusive en el período preconcepcional y post-concepcional.

En la bibliografía médica internacional se reconoce ampliamente esta entidad clínica, a pesar de su relativa baja incidencia, pero a juicio de las autoras, en nuestro medio y en

Cuba aún no se establece como diagnóstico diferencial al estar frente a gestantes con una historia obstétrica desfavorable, incide además la baja cobertura de medios diagnósticos para detectar los anticuerpos AFL lo que constituye una barrera para el personal de salud a la hora de realizar el diagnóstico.

CONCLUSIONES

El presente caso tuvo como manifestaciones obstétricas para el diagnóstico de SAF dos nacimientos prematuros con neonatos morfológicamente normales que a partir de las 34 semanas de gestación presentaron complicaciones, debido a preclampsia grave o eclampsia, o a una insuficiencia placentaria grave. La misma llevó tratamiento con aspirina y fraxiparina permitiendo resultado perinatal favorable. Durante la gestación en las pacientes con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos continúa siendo una entidad de alto riesgo materno y fetal que supone un reto que debe enfrentar el equipo multidisciplinario en la atención primaria de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valverde Calderón G. Alfaro Cordero M. Síndrome Antifosfolípido Obstétrico. Rev. Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD. [en línea] 2020 [citado 18 ene 2023]; 10(2).

Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/40383>

2. Mayor Barrera V, Cajamarca Barón JH. Síndrome antifosfolípido y complicaciones hemorrágicas: revisión narrativa de la literatura. Rev. Colombiana de Reumatología [en línea] 2023 [citado: 2023, febrero 19]; 30(3): 262-269. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0121812321001250>

3. Zapata Marín MF, Pinzón Reyes GM, Cabrera Vega EN, Salazar Ibarra BF, Carrión Ordóñez RR, Gallón Estrada D, et al. Enfoque del síndrome antifosfolípidos en el embarazo. Rev. Ciencia Latina [en línea] 2022 [citado 25 ene 2023]; 6(3): 1586-97.

Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/2315>

4. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos asistenciales en obstetricia: Síndrome antifosfolípido en obstetricia. Madrid [en línea] 2002 [citado

29 ene 2023] Disponible en:
<https://bibliotecavirtual.sego.es/uploads/app/1297/elements/file/file1681371747.pdf>

5. Bustillos Dávila A. Síndrome Antifosfolípídico Obstétrico: revisión bibliográfica del manejo en cuanto a su diagnóstico y tratamiento. Quito: UCE. [en línea] 2021 [citado: 25 ene 2023]; p:66. Disponible en:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/23330>

6. Alijotas-Reig J, Esteve-Valverde E, Ferrer-Oliveras R, Sáez-Comet L, Lefkou E, Mekinian A, et al. El Registro Europeo del Síndrome Antifosfolípido Obstétrico (EUROAPS): un estudio de 1000 casos consecutivos. Rev. Autoimmun [en línea] 2019 [citado 30 Dic 2022]; 18(4): 406-414. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30772493/>

7. Vila Betancor JA, Solís Pérez Q, Medina Batista J. Actualización diagnóstico-terapéutica del síndrome antifosfolípido o de Hughes. CCM [en línea]. 2018 [citado 25 Ene 2023]; 22(3). Disponible en:
<https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2788>

8. Cervera R. Estrategias terapéuticas en el síndrome antifosfolípídico. Rev. Reumatología Clínica. [en línea] 2010. [citado 2 Feb 2023]; 6(1): 37-42. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1699258X09001004>