

## PREECLAMPSIA Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

*Alba Paula\**, *Allende Guillermo Einer\*\**

El término síndrome antifosfolípido (SAF) ó síndrome de Hughes se aplica a un estado de hipercoagulabilidad que predispone a trombosis venosa, arterial o ambas asociado a la presencia de AAF como los ACA y el anticoagulante lúpico(AL). Este síndrome puede presentarse en forma aislada, SAF, o en asociación con enfermedades del tejido conectivo, principalmente LES.

Los AAF se asocian con trombosis que pueden ocurrir a cualquier nivel del territorio vascular arterial y venoso y pueden afectar a vasos de todos los tamaños. A nivel venoso, las trombosis más frecuentes son en las extremidades inferiores y se acompañan a menudo de embolismo pulmonar. Las trombosis arteriales constituyen otra de las manifestaciones más importantes del SAF. La isquemia cerebral asociada con la presencia de AAF es la manifestación trombótica arterial más frecuente <sup>(1,2)</sup>. La edad de presentación de la isquemia cerebral asociada a AAF es más temprana comparada con la población que habitualmente la presenta <sup>(3)</sup> y puede afectar cualquier territorio vascular <sup>(4)</sup>. Las manifestaciones obstétricas del SAF incluyen abortos recurrentes, pérdidas fetales, retraso en el crecimiento intrauterino, prematuridad, desprendimiento placentario y preeclampsia.

En la cohorte europea de 1000 pacientes con SAF con un seguimiento a 10 años, las manifestaciones obstétricas fueron muy frecuentes y dentro de ellas la pérdida del embarazo temprana (definida por criterios de Sydney) y la prematuridad fueron las más importantes (15.3% y 51% respectivamente). <sup>(5)</sup>

La pérdida fetal es el hallazgo obstétrico más característico. Estas pérdidas pueden ocurrir en cualquier momento del embarazo pero alrededor del 50% de las pacientes con SAF experimentan

pérdida fetal en el segundo y tercer trimestre del embarazo <sup>(6)</sup>.

Dos recientes metátesis han evaluado la asociación de muerte fetal y AAF. Abou-Nassar K et al. encontraron asociación con la presencia de AL, ACA y ABGPI. <sup>(7)</sup> Silver et al. en un reciente estudio poblacional multicéntrico reportaron también la presencia de niveles altos de ACA y ABGPI con feto muerto. <sup>(8)</sup>

Los trastornos hipertensivos complican alrededor de 10 % de todos los embarazos; el 4.4 % corresponde a la preeclampsia (PE). La PE es un trastorno multisistémico, siendo una de las principales causas de morbi-mortalidad materna y perinatal. En el mundo, se producen 600.000 muertes maternas por año, de las cuales, 200.000 (33%), son por esta patología. En Argentina, en el 2009 la tasa de mortalidad fue de 5,5 x 10.000 de las cuales, el 10%, correspondió a los trastornos hipertensivos que complican el embarazo.

La hipertensión durante el embarazo con lleva a mayor riesgo de desprendimiento prematuro de placenta, coagulación intravascular diseminada, hemorragia cerebral, insuficiencia hepática e insuficiencia renal aguda. <sup>(9)</sup>

La asociación de AAF y PE ha sido evaluada en algunos estudios. Una revisión sistemática de la literatura evaluó la asociación de ACL y preeclampsia en mujeres sin enfermedad autoinmune comparados con embarazos sanos, encontrando una asociación con formas severas de PE. <sup>(10)</sup> Abou-Nassar y col. analizaron en un metaanálisis la asociación de AAF con complicaciones obstétricas ( Muerte fetal, Preeclampsia, RCIU, y abruptio placentae) encontrando una asociación con AL, ACA y anti BGPI y PE. <sup>(7)</sup>

Postgrado de Reumatología Hospital Córdoba, Càtedra de Medicina I UHMI n 3,

\*\* Servicio de Cardiología del Sanatorio Allende, Càtedra de Medicina II UHMI n 3 Hospital Córdoba. Universidad Nacional de Córdoba.

En las recientes recomendaciones de expertos sugieren que existe una asociación entre AAF y PE, en base a estudios de casos controles, pero destacan que los metaanálisis realizados usan estudios existentes con definiciones clínicas y metodologías de laboratorio diferentes y recomiendan la realización de estudios bien diseñados. <sup>(6)</sup>

### Bibliografía

1. Shah NM, Khamashta MA, Atsumi T, et al. Outcome of patients with anticardiolipin antibodies: a 10 year of follow up of 52 patients. *Lupus* 1998; 7:3-6.
2. Krnic-Barrie S, Reister O'Connor C, Looney SW, et al. A retrospective review of 61 patients with antiphospholipid syndrome. *Arch Intern Med* 1997; 157:2101-2108.
3. Levine SR, Brey RL, Sawaya KL, et al. Recurrent Stroke and thrombo-occlusive events in antiphospholipid syndrome. *Ann Neurol* 1995; 38:119-124.
4. Coull BM, Levine SR, Brey RL. The role of antiphospholipid antibodies and stroke. *Neurol Clin* 1992; 10:125-143.
5. Cervera R, Serrano R, Pons-Estel GJ, Cervera R, Shoenfeld Y, de Ramón E, Buonaiuto V, Jacobsen S, Zeher MM, Tarr T, Tincani A, Taglietti M, Theodossiades G, Nomikou E, Galeazzi M, Bellisai F, Meroni PL, Derksen RH, de Groot PG, Baleva M, Mosca M, Bombardieri S, Houssiau F, Gris JC, Quéré I, Hachulla E, Vasconcelos C, Fernández-Nebro A, Haro M, Amoura Z, Miyara M, Tektonidou M, Espinosa G, Bertolaccini ML, Khamashta MA; on behalf of the Euro-Phospholipid Project Group (European Forum on Antiphospholipid Antibodies) Morbidity and mortality in the antiphospholipid syndrome during a 10-year period: a multicentre prospective study of 1000 patients. *Ann Rheum Dis*. 2014 Jan 24.
6. De Jesus GR, Agmon-Levin N, Andrade CA, Andreoli L, Chighizola CB, Flint Porter T, Salmon J, Silver RM, Tincani A, Ware Branch D. 14th International Congress on Antiphospholipid Antibodies Task Force Report on Obstetric Antiphospholipid Syndrome. *Autoimmun Rev*. 2014 Aug; 13(8):795-813.
7. Abou-Nassar K, Carrier M, Ramsay T, Rodger MA. The association between antiphospholipid antibodies and placenta mediated complications: a systematic review and meta-analysis. *Thromb Res* 2011; 128(1):77-85.
8. Silver RM, Parker CB, Reddy UM, Goldenberg R, Coustan D, Dudley DJ, et al. Antiphospholipid antibodies in stillbirth. *Obstet Gynecol* 2013; 122(3):641-57.
9. Report of the National High Blood Pressure Education Program. Working Group Report on high blood pressure in pregnancy. *Am. J Obstet Gynecol*. 2000; 183:S1-22.