



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/2277 - PIENSA EN EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO (SAF) EN EL VARÓN

M. Díaz Casado de Amezuza^a, C. Alarcón^b y N.M. Descalzo^b

^aMédico de Familia; ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena.

Resumen

Descripción del caso: Varón 43 años. Dolor crónico > 5 años mmii. atribuido a hernia discal y refractario a tratamiento. Seguimiento por Sanidad Privada. Consulta en nuestro centro por no mejoría. Antecedentes familiares: abuelo materno cardiopatía isquémica fatal, tío paterno y padre by-pass < 55 años. Antecedentes personales: infarto miocardio inferolateral FE 49% a los 22 años, afasia sensitiva, exfumador, esplenectomizado, HTA, hernia discal L5-S1, ictus isquémico agudo con trombo cardiaco apical inmóvil, parestesias MSD, hipertransaminasemia por estatinas, mutación gen metilén-tetrahidrofolato reductasa MTHFR C677T/A1298C, hiperuricemia e hiperhomocisteinemia, déficit de ácido fólico. Antecedentes y características del dolor hacen sospechar origen vascular. En el momento de consulta toma acenocumarol para tratamiento trombolítico cardíaco postictus. Al presentar INR persistentemente fuera de rango se sustituyó por rivaroxaban desde hospital privado con mala respuesta sufriendo isquemia aguda en contexto de base isquémica crónica grado IV de pierna izquierda programándose intervención quirúrgica para by-pass femoropoplíteo. Al cuarto día postoperatorio presentó trombosis de by-pass por lo que se decidió tratamiento con cámara hiperbárica, alprostadilo y se inició warfarina, ácido acetil salicílico 300 mg y cilostazol. Tras cambio terapéutico mejoró.

Exploración y pruebas complementarias: Ecodoppler: ausencia de flujo en arteria tibial posterior derecha y ateromatosis difusa. Signos de isquemia crónica arterial de miembro inferior izquierdo Insuficiencia venosa valvular femoral superficial grado III-IV. Analítica: p-ANCA y c-ANCA+, elevación de FvW y VIII. Anticoagulante lúpico-. Elevación persistente de Ac anticardiolipina característico de SAF: IgG 68 GPL U/mL (positivo > 20) IgM 2,4 (positivo > 20), IgG 68 e IgG 57.

Juicio clínico: Trombosis arteriales y venosas repetitivos. Hemoglobinuria paroxística nocturna. Criterios SAF.

Diagnóstico diferencial: Leriche. Vasculitis. SAF.

Comentario final: SAF se caracteriza por baja frecuencia. Prevalencia SAF primario 0,5-1% (40/100.000 habitantes). Incidencia: 5/100.000 habitantes/año. SAF primario mujeres 3:1. SAF asociado a lupus eritematoso mujeres 7:1. Puede aparecer en cualquier edad, 15-50 años (85%). Incidencia y morbimortalidad aumenta con edad. Siempre que existan fenómenos arteriales y venosos, incluso con tratamiento correcto pautado, hay que pensar SAF. No siempre se conocerá la etiología.

Bibliografía

1. Belmonte MA, et al. Enfermedades Reumáticas. Actualización Sociedad Valenciana de Reumatología. 2013:111-31.

Palabras clave: *Hipercoagulabilidad. Cardiopatía isquémica precoz. Vasculitis. SAF. Trombosis.*