

TEMAS DE CONSENSO

PARAMETROS PARA EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL SAF EN LA EMBARAZADA

Coordinador: Dra. Graciela Kortebani

Secretario: Dra. Lorena Pérez

Panelistas:

Dra. Cecilia Varela

Dra. Valeria Lotoczko

Dra. Ofelia Viera

Dra. Laura Ramallo

Dra. Silvia Pueblas

Dr. Cristian Cárdenas

Dr. Mario Alejandro Dos Santos

Dr. Pablo Iturregui

Dra. Lina Lamanna

Dr. Gerardo Agara

Dr. Alberto Rocca

Dr. Marcelo Romero

1- Cuáles son las consultas obstétricas en las que Ud. sospecharía un SAF

Abortos recurrente, huevo anembrionado, restricción del crecimiento intrauterino, parto pretérmino, preeclampsia, muerte fetal intrauterina, pérdida embriofetal de < de 10 semanas de gestación inexplicables, síndrome hellp, Infarto, trombosis, signos de hipoflujo en la anatomía patológica de la placenta, hipertensión gestacional, hematomas placentarios, desprendimientos placentarios y alteraciones del doppler

Al respecto luego de dos abortos consecutivos tempranos o de un aborto tardío estaría justificado el estudio de la paciente investigando el síndrome

2- Que síntomas asociados al SAF Ud. consignaría en la HC

Además de la patología obstétrica señalada consideraríamos los antecedentes familiares y personales de trombosis arteriales o venosas y en la paciente la aparición de hematomas espontáneos, cefaleas, artralgias, síndrome de Raynaud, livedo reticularis, anemia, fotosensibilidad, diplopía, crisis de pánico, y plaquetopenia.

3- Considera importante los resultados de anatomía patológica de legrados y/o placentas

Son orientativos los informes que incluyen la presencia de infiltrado mononuclear, depósitos de fibrina intervlositario, vellosidades avasculares, engrosamiento capa media, trombosis recientes y/o antiguas y envejecimiento placentario precoz

4- Que estudios de laboratorio inmunológico solicitaría para confirmar o descartar el SAF

- Anticuerpos anticardiolipina
- Anticoagulante lúpico
- Anti Beta 2 glicoproteína I

Deben solicitarse determinación simultánea de Ig G e Ig M siendo significativos los títulos medios y altos. El diagnóstico se verifica con 2 muestras positivas con 12 semanas de diferencia.

Hay que destacar que algunos estudios actuales indican que un desencadenante del SAF pueden ser microorganismos del moco cervical como Chlamydia, Mycoplasma y Ureaplasma, además del citomegalovirus.

5- En caso de hallar anticuerpos negativos con fuertes sospechas de trombofilia, que estudios solicitaría

- Fosfatidilserina IgG e IgM
- Acido fosfatidico IgG e IgM
- Fosfatidilinositol IgG e IgM

Además debe solicitarse el laboratorio específico de las trombofilias como:

- Proteína S
- Proteína C
- Antitrombina III
- Lisis de euglobulinas pre y post isquemia
- PAI
- MTHMR

El anticuerpo antimitocondrial que se detecta mediante inmunofluorescencia, puede ser útil, sumado a los antecedentes, la clínica y a resultado intermedios de laboratorio, dada la composición rica en cardiolipinas de esta organela

6- Que condiciones hay que reunir para hacer diagnostico de SAF

Se requiere un criterio clínico sumado a uno de laboratorio

7- Si está realizando el seguimiento de una paciente embarazada con SAF, en que momento solicitaría una ecografía con doppler

La inicial con doppler uterino a las 11 semanas. Inclusive podría realizarse doppler de arterias uterinas y espiraladas en la consulta preconcepcional

Durante el embarazo repetir el doppler uterino a las semanas 14, 17, y 20. Luego doppler fetal uno por mes.

8-Cuál es el tratamiento que se sugiere en caso de SAF previo al embarazo

AAS en dosis de 100 mg/día como único tratamiento

9-Cuál es el tratamiento que se sugiere en caso de SAF durante el embarazo

Continua el tratamiento con AAS y agregar heparina de bajo peso molecular, dosis sugerida 40 mg diarios, vía subcutánea. Evaluación con doppler como se mencionó anteriormente, laboratorio y evolución clínico obstétrica normal.

Seguir a la paciente con dosaje de C3 y C4 cada 20 días, y si la complementemia disminuye sospechar que estas proteínas se pueden depositar en el sistema vascular placentario. En ese caso iniciar terapia con corticoides con dosis iniciales de 8 mg de meprednisona

Si la paciente recibe heparina debe interrumpirse 24/36 horas antes del nacimiento y reindicarse 24 hs después hasta los 10 días postparto

El AAS debe interrumpirse en la semana 35

Si recibe corticoides en el momento del parto debe administrarse 100 mg de hidrocortisona EV media hora antes del parto, 100 mg durante el mismo y 100 mg después del parto, con el objetivo de evitar la insuficiencia suprarrenal.