

# Dos casos de Síndrome Antifosfolípido Catastrófico en tres meses.

**Objetivos:** describir factores desencadenantes, manifestaciones clínicas, parámetros analíticos e inmunológicos, tratamiento y consecuencias de pacientes con síndrome antifosfolípido catastrófico (SAFC) atendidos en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV).

**Material y métodos:** estudio observacional descriptivo de una serie de casos consecutivos de SAFC atendidos en nuestro centro entre los meses de Enero de 2013 y Enero de 2023.

## Resultados

	CASO 1	CASO 2
Año	Octubre 2021	Enero 2022
Sexo	Varón	Mujer
Edad	40 años	74 años
FRCV	Fumador (tabaco y cannabis) Ex bebedor	No conocidos
Antecedentes personales autoinmunes	-Síndrome de Evans (trombopenia y anemia hemolítica autoinmune). - Portador de AAF.	- LES con nefropatía y neumonitis lúpicas, inactivas. - SAF: dos pérdidas fetales, dos abortos, ETEV.
AAF previos	Triple positivo fuerte	Triple positivo fuerte
Otros antecedentes personales	-Insuficiencia renal crónica - Epilepsia focal	-Hipertiroidismo - Aplasia medular con antitiroideos
Especialidad seguimiento	Hematología, Medicina Interna	Hematología, Nefrología
Tratamiento domiciliario	Levetiracetam Toma intermitente de AAS 100 mg	AAS 100 mg Lorazepam 1 mg Micofenolato 500 mg Propiltiuracilo 50 mg Omeprazol 20 mg

Caso 1: paciente derivado a la Unidad Coronaria del HCUV por shock cardiogénico secundario a disfunción biventricular e insuficiencia aórtica severa. Durante el ingreso se evidenció además: isquemia digital en ambos pies de origen microvascular, con necrosis del pulpejo de los primeros dedos (figura 1); disminución del nivel de consciencia, cuyo TAC cerebral corresponde a isquemia parcheada en lóbulos occipitales y parietal izquierdo (figuras 2-3), con eco-doppler y angio-TAC de troncos principales normales; e insuficiencia renal crónica agudizada que precisó hemodiafiltración. La RMN cardíaca objetivó isquemia microvascular, e insuficiencia aórtica severa.

Caso 2: mujer ingresada por hematoma glúteo sobreinfectado tras caída, que precisó tratamiento antibiótico y retirada de antiagregación. Es derivada a Unidad Coronaria del HCUV por shock mixto séptico-cardiogénico tras edema agudo de pulmón, SCASEST, fibrilación auricular paroxística, disfunción ventricular moderada con hipocontractilidad difusa e insuficiencia mitral moderada. Además, fracaso renal agudo que requirió hemodiálisis, hepatitis isquémica con hiperbilirrubinemia. Durante el ingreso, aparición de acrocianosis y flictenas en las cuatro extremidades (figuras 4-7).

**Discusión:** El SAFC aparece en menos del 1% de pacientes con SAF. El 40% de los casos asocia otra enfermedad autoinmune, siendo LES la más frecuente (como ocurre en uno de los pacientes presentados). El 65% son desencadenados por factores precipitantes. En los pacientes presentados, el desencadenante del primero pudo ser una mala adherencia al tratamiento, y por su parte, en la mujer la sobreinfección del hematoma. Los pacientes sufrieron afectación de los órganos mencionados (riñón, corazón y piel) a excepción patología pulmonar y de afectación cerebral (la cual solo se produjo en uno de los casos). La enfermedad descrita tiene una mortalidad de entre el 37% y el 50%, siendo la principal causa las infecciones (20%) como sucedió en los dos casos planteados.



## Conclusión:

- El SAFC es una complicación altamente infrecuente, con frecuente afectación hematológica, cardiológica y neurológica y de elevada morbimortalidad.