

¿PUEDE EL TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADO EXCLUIR LA PRESENCIA DE ANTICOAGULANTE LÚPICO?

C. Morales-Indiano, C. Jiménez, C. García, V. Mas, A. Angona, J. Tena, M. de Ramon, E. Montero, T. Cantarero, Ll. Cocal, M. Salvado, C. Besses

Laboratori Referencia de Catalunya (LRC). Servicio de Hematología. Hospital del Mar-Parc de Salut Mar. Barcelona

Fundamento: El Anticoagulante Lúpico (AL) responde a un grupo heterogéneo de anticuerpos que actúan sobre el complejo protrombinasa. Estos *in vitro* provocan una prolongación en las pruebas de coagulación dependientes de fosfolípidos: tiempo de coagulación con caolín, tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPa), tiempo del veneno de la víbora de Russell y, muy raramente, el tiempo de protrombina. Es por ello que un alargamiento en el TTPa, test habitual de *screening* para valorar la vía intrínseca, nos puede indicar la presencia de AL. El AL está implicado en la aparición de trombosis y/o abortos de repetición y es un criterio de definitorio del Síndrome Antifosfolípido (SAF).

Objetivo: El objetivo del estudio fue valorar el TTPa en los pacientes con AL positivo y confirmar si la normalidad de esta prueba es suficiente para poder excluir la presencia de AL.

Pacientes y métodos: Se estudiaron 216 pacientes con sospecha de SAF a los que se determinó el TTPa (HemosILTM SynthASil, Instrumentation Laboratories) y la presencia de AL siguiendo las recomendaciones de la ISTH (veneno víbora Russell diluido (HemosILTM LAC screen/LAC confirm, Instrumentation Laboratories) y Silica Clotting Time (HemosILTM SCT screen/confirm, Instrumentation Laboratories). Se consideró como TTPa alargado una ratio >1.3 (VN: 0.7-1.3). Si la ratio era >1.3 se descartó la posibilidad de un defecto en la fase de contacto, muestra con heparina y un déficit de factores de la vía intrínseca. Se consideró la presencia de AL si uno o los dos tests realizados eran positivos (ratio LAC y/o ratio SCT >1.2). Se realizó una curva ROC para obtener un punto de corte del TTPa con la mejor sensibilidad y especificidad para poder clasificar correctamente aquellos pacientes con AL positivo según LAC, SCT o ambos tests.

Resultados: De los 216 pacientes estudiados, 178 (82,4%) tenían un TTPa $<1,3$ y 38 pacientes (17,6%) un TTPa $>1,3$. La presencia de AL se demostró en 45 pacientes (20,8%). De los pacientes con TTPa alargado ($>1,3$), 24 (63,2%) fueron positivos para el AL en al menos uno de los tests realizados (AL positivo: 3 para LAC, 8 para SCT y 13 para ambos). Por otro lado, 21 (11,8%) de los 178 pacientes con TTPa $<1,3$ fueron positivos para el AL. En este caso, únicamente en 2 pacientes se evidenció positividad para LAC y SCT, 9 para el LAC y 10 para el SCT. Los pacientes con AL positivo tenían significativamente un TTPa más alargado respecto a los pacientes a los que no se les detectó el AL (AL positivo: TTPa ratio= 1.37 vs AL negativo: TTPa ratio= 1.03; $p < 0,0001$). El área bajo la curva fue 0,810 (95% CI: 0,734-0,877; $p < 0,001$). A pesar de obtener un área bajo la curva significativa, en nuestra serie no encontramos un punto de corte con la suficiente sensibilidad/especificidad del TTPa para clasificar correctamente los pacientes con o sin AL.

Conclusiones: Es importante realizar 2 técnicas para poder determinar la presencia de AL, sobre todo en pacientes con sospecha de AL sin alargamiento del TTPa. Un TTPa normal no descarta la presencia de AL. A pesar de que los pacientes con SAF presentan un mayor alargamiento del TTPa, esta prueba no puede excluir la presencia de AL.