

TROMBOSIS ARTERIAL EN PACIENTES CON ELEVACIÓN DE LOS NIVELES DE FVIII:C

L. Costilla Barriga, N. Fernández Mosteirín, I. Parra Salinas, C. Gallegos Llerena, M. Andrade, I. Murillo, J.F. Lucía, M. Torres, D. Rubio

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Introducción: La trombosis es una de las causas más importantes de morbi-mortalidad en el mundo. Una de las determinaciones más recientes incorporada en el estudio de trombofilia, es el factor VIII activado (FVIII:C), relacionado como factor de riesgo independiente y dosis dependiente de enfermedad tromboembólica venosa con niveles por encima de 150 IU/dL. Menos conocida es su relación con trombosis arterial (TA), tal como: insuficiencia arterial periférica (IAP), infarto agudo al miocardio (IAM) y accidentes cerebrovasculares permanentes (ACV) y transitorios (AIT); así como su influencia en el inicio y duración del tratamiento anticoagulante.

Objetivos: 1. Determinar la prevalencia de TA en pacientes con elevación del FVIII:C. 2. Describir el tipo de evento trombótico: ACV, AIT, IAM e IAP y su frecuencia. 3. Determinar los niveles de FVIII:C relacionados con una mayor prevalencia de TA.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo. Periodo de estudio enero 2006 a enero 2010. Se incluyeron pacientes entre 20 y 50 años de edad, con niveles de FVIII:C ≥ 150 IU/dL, estableciéndose 2 grupos: Grupo I: 150-175 IU/dL (n=74) y Grupo II: > 175 IU/dL (n=48). Obtención de datos mediante la revisión de historias clínicas y nuestro registro informático (Modulab-Gold). Análisis estadístico, programa SPSS versión 17.0.

Resultados: De 142 pacientes, se excluyeron 20. Se evaluaron 122 pacientes, con una media de edad $38,39 \pm 6,98$ años. El 73,8% (n=90) fueron mujeres vs. 26,2% (n=32) varones. Factores de riesgo cardiovascular: Tabaco 17,2% (n=21), HTA 12,3 % (n=15), DBM 4,9% (n=6), DLP 11,5% (n=14), Obesidad 4,1% (n=5) y alcohol 3,3% (n=4). La trombofilia asociada más frecuente fue la mutación C677T 68% (n=74), seguido del anticoagulante lúpico 6,6% (n=20), mutación G20210A 2,8% (n=3) y mutación R506Q 4,6% (n=5). La media de proteína C y S fue $113,231 \pm 27,865$ y $81,784 \pm 27,492$ respectivamente. La media de FVIII:C fue $177.35 \pm 27,865$. La prevalencia global de TA fue 26,2% (n=32), siendo más frecuente en varones 56,3% (n=18) que en mujeres 15,6% (n=14) $p=0,001$. La media de edad fue $42,31 \pm 7,01$ $p=0,001$. Se obtuvo una correlación estadísticamente significativa entre la HTA, DLP, tabaco y aparición de TA, no siendo así en el caso de DBM, obesidad, consumo de alcohol, anticoagulante lúpico, proteína C, proteína S y las mutaciones G20210A, R506Q, C677T. Se observó una mayor frecuencia de TA en el Grupo II 33,3% (n=16) vs. Grupo I 21,6% (n=16) $p=0,151$. La presentación clínica más frecuente fue ACV: 50% (n=16), seguido de AIT: 25% (n=8), IAP: 12,5% (n=4), IAM: 6,3% (n=2) y otros 6,3% (n=2): infarto esplénico e isquemia mesentérica superior.

Conclusiones: Niveles elevados de FVIII:C muestran una mayor tendencia a desarrollar TA, no alcanzando significación estadística $p=0,063$. La clínica más frecuente fue la neurológica (ACV, AIT). La frecuencia de trombosis arterial fue mayor, pero no significativa en pacientes con FVIII:C > 175 IU/dL $p=0,151$, lo cual nos sugiere un punto de corte mas elevado, en nuestra población, distinto del descrito actualmente.