

Infarto agudo de miocardio como expresión de debut del síndrome antifosfolípido

Acute myocardial infarction as the debut expression of antiphospholipid syndrome

Liliana Paola Yambay Paguay^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-5681-4095>

Mirian Mercedes Sandoval Castañeda¹ <https://orcid.org/0000-0003-4429-7529>

Ruth Marlene Urresta Plua¹ <https://orcid.org/0009-0008-6549-9136>

Marcelo Alejandro Albuja Calderón¹ <https://orcid.org/0009-0006-1945-9112>

Deisy Carolina Sánchez Sánchez¹ <https://orcid.org/0000-0001-8622-3763>

¹Médico General. Hospital General Puyo

*Autor para la correspondencia: lilys.yp0406@gmail.com

RESUMEN

Las enfermedades reumáticas cursan con un proceso inflamatorio subyacente que es considerado el principal elemento etiopatogénico de estas afecciones. La expresión de este proceso inflamatorio puede darse a nivel articular como extraarticular; siendo el aparato cardiovascular uno de los sistemas de órganos que con mayor frecuencia se afecta. El infarto agudo del miocardio es una complicación isquémica que compromete el riego sanguíneo de la capa media del corazón, múltiples son las causas que pueden generarlo, sin embargo, su principal incidencia se sitúa por encima de los 50 años de edad. El objetivo de la presente investigación es reportar el caso de una paciente de 36 años de edad en la cual se confirma el diagnóstico de infarto agudo de miocardio como expresión de debut de un síndrome antifosfolípido. Se concluye que las enfermedades reumáticas pueden debutar con complicaciones graves que llegan a poner en peligro la vida de los pacientes, y que sus manifestaciones clínicas pueden situarse en lugares distintos al sistema osteomioarticular. El proceso inflamatorio juega un papel

fundamental en la aparición de complicaciones vasculares que generen este tipo de complicaciones.

Palabras claves: enfermedad reumática; infarto agudo de miocardio; inflamación; síndrome antifosfolipídico; síndrome coronario agudo; vasculitis

ABSTRACT

Rheumatic diseases have an underlying inflammatory process that is considered the main etiopathogenic element of these conditions. The expression of this inflammatory process can occur at the articular or extra-articular level; The cardiovascular system being one of the organ systems that is most frequently affected. Acute myocardial infarction is an ischemic complication that compromises the blood supply of the middle layer of the heart. There are multiple causes that can generate it, however, its main incidence is above 50 years of age. The objective of the present investigation is to report the case of a 36-year-old patient in whom the diagnosis of acute myocardial infarction as the debut expression of an antiphospholipid syndrome is confirmed. It is concluded that rheumatic diseases can debut with serious complications that endanger the lives of patients, and that their clinical manifestations 'can be located in places other than the osteomyoarticular system. The inflammatory process plays a fundamental role in the appearance of vascular complications that generate this type of complications.

Keywords: rheumatic disease; acute myocardial infarction; inflammation; antiphospholipid syndrome; acute coronary syndrome; vasculitis

Recibido: 11/12/2023

Aceptado: 13/01/2024

Introducción

Las enfermedades reumáticas son conocidas por ser afecciones, de origen autoinmune en su mayoría, que incluyen dentro de su mecanismo etiopatogénico

la presencia de un proceso inflamatorio mantenido con producción de autoanticuerpos específicos contra distintas estructuras del cuerpo humano. La combinación de estos elementos ha sido señalada como la responsable de la aparición de las manifestaciones clínicas y complicaciones de la enfermedad.^{(1),(2)} Dentro del grupo de enfermedades reumáticas inflamatorias, se incluyen la artritis reumatoide (AR), lupus eritematoso sistémico (LES), Espondiloartropatía (EA), síndrome de Sjögren (SS) miopatías inflamatorias, vasculitis y el síndrome antifosfolípido (SAF) entre otros. Esta última enfermedad se caracteriza por un estado protrombótico que genera afectación isquémica en distintos órganos; como característica de la enfermedad, puede presentarse de manera independiente, o acompañando a otras de las enfermedades reumáticas inflamatorias antes mencionadas.^{(1),(3),(4)}

Por su parte, es importante recordar que el infarto agudo del miocardio (IMA) es parte del síndrome isquémico coronario y que si bien es cierto que son varias las causas que pueden condicionar su aparición. Se reporta una mayor incidencia de la enfermedad en pacientes por encima de 50 años de edad. Siendo la hipertensión arterial, su principal causa etiológica.⁽⁵⁾

Sin embargo, la afectación extraarticular en pacientes con enfermedades reumáticas involucra, en la mayoría de los casos, la afectación cardiovascular; la cual se presenta, según los estudios, posterior a los 3 años de evolución de la enfermedad. El objetivo de la presente investigación es reportar el caso de una paciente femenina de 39 años de edad que hace un evento coronario agudo (IMA) como debut de un SAF. Se considera importante este caso ya que muestra como la afectación cardiovascular, en este caso grave, fue el debut de la enfermedad reumática.

Caso clínico

Paciente femenina de 39 años de edad, con antecedentes de buena salud, que fue internada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con el diagnóstico de IMA de cara anteroseptal. Teniendo en cuenta la no existencia de antecedentes de salud

que justifiquen el cuadro presentado por la paciente y la edad inusual de presentación del IMA, se solicitó interconsulta con especialista en reumatología.

En el momento de valorar la paciente se hace un resumen de las manifestaciones clínicas que permitieron llegar al diagnóstico de IMA; se refiere la presencia de un dolor precordial de manera constante, con irradiación hacia cuello, hombro izquierdo y región mamaria izquierda. Con esta sintomatología se realizó, de acuerdo al protocolo establecido para estos casos, un electrocardiograma con el que se confirma el diagnóstico de IMA, y como tratamiento se comenzó con las medidas básicas y el protocolo de trombólisis.

Durante el interrogatorio específico para poder identificar la causa que generó el IMA, se pudo obtener como elementos positivos un antecedente de un aborto espontáneo a las 13,3 semanas de gestación 8 años atrás; refiere que no fue estudiada la causa del aborto y que 3 años después tuvo su único hijo. Adicionalmente expone que durante el último año ha presentado trastornos visuales que se habían exacerbado en los 30 días previos al IMA dados por disminución de la agudeza visual, dolor y visión borrosa, más agudo en el ojo izquierdo.

Al examen físico no se encontraron datos significativos, como tampoco se encontraron alteraciones de los resultados de las pruebas de biometría hemática ni en la química sanguínea. Sin embargo, en las pruebas inmunológicas se identificó positividad de anticuerpos antinucleares (ANA), anticardiolipina y anti B2 glicoproteína, así como negatividad de Anti CCP, factor reumatoide, anti Smith y anti DNA de doble cadena. Con estos resultados y teniendo en cuenta el evento médico presente, el sexo femenino y los antecedentes de aborto espontáneo y pérdida de la visión, se llega al diagnóstico de un SAF primario.

Inmediatamente se comienza tratamiento con 100 mg diarios de aspirina y 5 mg diarios de Warfarina de lunes a sábado y con control, de INR hasta alcanzar una puntuación entre 1.7 y 2.0. Tres meses después la paciente mantiene la misma dosis de medicación y no ha presentado más eventos de tipo trombótico; se mantiene asistiendo regularmente a consulta de control de la especialidad de reumatología.

Discusión

El diagnóstico y tratamiento del IMA se encuentra acorde a lo descrito en la literatura y a los protocolos de actuación en estos casos; por lo tanto, los esfuerzos tuvieron que ser orientados hacia la identificación de la causa que generó esta afección, teniendo en cuenta las características y antecedentes de salud de la paciente. Importante señalar la instauración del protocolo de trombólisis que permite una restauración más rápida del flujo sanguíneo al músculo afectado, lo que disminuye el riesgo de necrosis del tejido y complicaciones secundarias.

El diagnóstico de SAF se realiza para identificar la posible causa que generó el evento isquémico (IMA); este diagnóstico es importante ya que a partir de su control se pudo minimizar el riesgo de recurrencias posteriores.

El SAF es una enfermedad autoinmune, poco diagnóstica, que se caracteriza por la producción de autoanticuerpos contra células específicas del cuerpo humano. Adicionalmente cursa con estado protrombótico que genera lesiones isquémicas en cualquier sitio de la economía humana.^{(4),(5)} Es una enfermedad reumática donde la afectación articular no es frecuente ni relevante para el diagnóstico de la enfermedad,^{(4),(6)}; de ahí que en ocasiones exista un subregistro de diagnósticos de la misma.

En el caso que se presenta existen algunos elementos que son importantes de señalar en cuanto a las características generales o epidemiológicas de la paciente. El primer elemento es el sexo femenino de la paciente, se describe que las enfermedades reumáticas, a excepción de las EA y la gota, se presentan con mayor frecuencia en el sexo femenino.^{(6),(7)} La edad de la paciente es otro elemento a tener en cuenta; si bien es cierto que en la mayoría de las enfermedades reumáticas el debut de las manifestaciones clínicas y el diagnóstico suelen realizarse por encima de los 50 años de edad; existen afecciones como el LES, la fibromialgia y las EP donde el predominio de afectación se presenta en pacientes jóvenes; importante señalar en este sentido que existen afecciones que se presentan en niños y adolescentes como es el caso de la artritis idiopática juvenil.^{(7),(8)}

Un dato significativo en este caso es la no existencia de afecciones previas que refiere la paciente; sin embargo, se recogen dos antecedentes importantes, el primero de ellos un aborto espontáneo que no fue estudiado y la disminución de la

agudeza visual y otros trastornos visuales que venía presentando el paciente previo al IMA.

Las enfermedades reumáticas tienen como características que su expresión se produce de forma lenta y gradual; por lo que los antecedentes, independientemente del tiempo que hayan transcurrido, ya que su sola identificación puede ser interpretada como una expresión del proceso inflamatorio que acompaña a este tipo de enfermedades. En el caso que se presenta tiene una enorme significación la historia de aborto espontáneo ya que es una de las manifestaciones de complicación del SAF.^{(5),(8)}

Desde el punto de vista clínico, el SAF se caracteriza por la presencia de episodios de trombosis, tanto arteriales como venosas, así como a morbilidad durante el embarazo. En este último aspecto destaca la presencia de abortos espontáneos de repetición durante en el primer trimestre, muerte fetal tras la 10ª semana de gestación, y nacimientos prematuros debidos a preeclampsia o insuficiencia placentaria como sus principales causas.^{(8),(9)}

El SAF es considerado como una de las pocas trombofilias que afecta tanto al territorio arterial como al venoso. Existen otras afecciones en las que ocurre algo similar con destaque para los trastornos mieloproliferativos como es el caso de la enfermedad de *Waldestron* y la policitemia Vera y otras enfermedades como la homocisteinemia y las disfibrinogenemias entre otras. Todas estas afecciones forman parte del diagnóstico diferencial del SAF primario.^{(9),(10)}

El diagnóstico de SAF se encuentra sustentado por criterios perfectamente definidos y validados a nivel internacional.⁽⁹⁾ La presencia de antecedentes de afectación trombótica, en este caso el aborto previo y el IMA, y la positividad de los anticuerpos anticardiolipina o antifosfolípido y del beta 2 glicoproteína.^{(9),(10)} En esta paciente se pudo identificar que cumple con estos elementos, lo que justifica el diagnóstico de SAF. La definición de SAF primario en este caso se justifica por la ausencia de elementos a la anamnesis, examen físico y exámenes complementarios que puedan activar la sospecha clínica de otra afección que pudiera condicionar la aparición del SAF, pero de forma secundaria.

El tratamiento que se propuso en este caso, para el control del SAF primario, se basa fundamentalmente en el uso de antiagregantes plaquetarios (dosis entre 85

y 120 mg de ácido acetil salicílico) y de anticoagulantes. Al estar ya trombolizada la paciente se decidió comenzar tratamiento con anticoagulante oral, en este caso Warfarina.^{(10),(11)} No existe una dosis específica de Warfarina a prescribir, la dosis será individualizada y se regula según el resultado del INR.^{(10),(12)}

Si bien es cierto que el valor normal del INR es entre 1 y 1,5; en el caso de los pacientes con alguna enfermedad con estado trombotico se sugiere mantener un INR entre 1,5 y 2, para disminuir el riesgo de trombosis arterial o venosa.^{(10),(12)} Es importante monitorear frecuentemente el estado del INR ya que existen muchos factores, incluyendo otros medicamentos, que pueden condicionar alteraciones en su metabolismo, lo que puede generar aumento del riesgo de trombosis o de sangramiento.⁽¹²⁾

En relación al seguimiento del SAF y la permanencia del esquema terapéutico, se preconiza el uso de anticoagulantes orales y antiagregantes por periodo de 2 años posterior al último evento trombotico y a partir de ese periodo mantener solamente el uso de antiagregantes orales.^{(10),(12),(13)}

Conclusiones

Las enfermedades reumáticas pueden debutar con complicaciones graves que llegan a poner en peligro la vida de los pacientes, y que sus manifestaciones clínicas pueden situarse en lugares distintos al sistema osteomioarticular. El proceso inflamatorio juega un papel fundamental en la aparición de complicaciones vasculares que generen este tipo de complicaciones

Referencias bibliográficas

- 1.- Villafuerte Morales JE, Hernández Batista SC, Chimbolema Mullo SO, Pilamunga Lema CL. Manifestaciones cardiovasculares en pacientes con enfermedades reumáticas y COVID-19. Rev Cuba Reumatol [Internet]. 2021 [citado 11/11/2023];23(1): e190. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962021000100004&lng=es

- 2.- Sánchez-Zuno GA, Oregón-Romero E, Hernández-Bello J, González-Estevez G, Vargas-Rosales R, Muñoz-Valle JF. Enfermedades reumáticas y alergias, la dualidad del sistema inmunológico. Rev. alerg. Méx. [Internet]. 2021 [citado 21/11/2023];68(4):264-75. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902021000400264&lng=es
- 3.- Solis Cartas U, Calvopiá Bejarano SJ, Nuñez Sánchez BL, Yartú Couceiro R. Relación entre adiposidad corporal y presión arterial en niños y adolescentes con enfermedades reumáticas. Rev Cuba Reumatol [Internet]. 2019 [citado 17/11/2023];21(1):e51. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962019000100002&lng=es
- 4.- Camacho Abarca EM, Llerena Flores GE, Tixi Berrones NS, Quishpe Chirau SM, Quijosaca Cajilema LA. Autoanticuerpos en pacientes con diagnóstico de COVID-19 y enfermedades reumáticas. Rev Cuba Reumatol [Internet]. 2021 [citado 19/11/2023];23(1):e195. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962021000100007&lng=es
- 5.- Dattoli-García CA, Jackson-Pedroza CN, Gallardo-Grajeda AL, Gopar-Nieto R, Araiza-Garygordobil D, Arias-Mendoza A. Infarto agudo de miocardio: revisión sobre factores de riesgo, etiología, hallazgos angiográficos y desenlaces en pacientes jóvenes. Arch. Cardiol. Méx. [revista en la Internet]. 2021 [citado 15/11/2023];91(4):485-92. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402021000400485&lng=es
- 6.- Llaguno de Mora R, Loján Córdova M, Lema Barahona A, Castillo Jumbo E, Flores Acosta M. Manejo del síndrome antifosfolípido primario en el embarazo. Correo Científico Médico [Internet]. 2020 [citado 20/11/2023];24(4). Disponible en: <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3391>
- 7.- Solis Cartas U, Valdés González JL. Actividad del sistema inmune en pacientes reumáticos. Rev. cuban. med. mil. [Internet]. 2022 [citado 22/11/2023];51(4):e2029. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572022000400011&lng=es

8.- Alvarez Guachichulca J, Abad Amoroso A, Aguirre Bermeo H. Evolución clínica de un paciente con diagnóstico presuntivo de síndrome antifosfolípido catastrófico. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas [Internet]. 2023 [citado 17/11/2023];42(1). Disponible en:

<https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/1421>

9.- Alonso Santor JE, Inglada Galiana L, Pérez Paredes G. Síndrome antifosfolípido: estado actual. An. Med. Interna (Madrid) [Internet]. 2017 [citado 23/11/2023];24(5):242-8. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000500009&lng=es

10.- Garate Correa DG. Síndrome antifosfolípido: Más allá de los criterios diagnósticos. RevReumDia [Internet]. 2022 [citado 19/11/2023];16(2). Disponible en: <https://reumatologiaaldia.com/index.php/rad/article/view/4630>

11.- Pérez de Alejo Rodríguez MM, Pérez de Alejo Rodríguez AJ, Jiménez Domínguez LJ, Mérida López FR. Impacto social del síndrome antifosfolípido: su impacto en la calidad de vida de los pacientes. EDUMECENTRO [Internet]. 2022 [citado 24/11/2023];14:e2459. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742022000100098&lng=es

12.- Milián Hernández EJ, Betancourt Castellanos L, Daza Coello KM. Síndrome antifosfolípido, lupus eritematoso sistémico y tromboembolismo pulmonar. Rev Cuba Reumatol [Internet]. 2020 [citado 23/11/2023];22(3):e752. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962020000300014&lng=es

13.- Bejarano-Muñoz FV, Mier-Báez CD, Chávez-Guevara KJ, Vaca-Colcha SE, Catucuamba-Herrera NL. Síndrome antifosfolípido obstétrico y su prevalencia en Ecuador. Rev Inf Cient [Internet]. 2023 [citado 01/12/2023];102(2 Sup).

Disponible en: <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/4371>

Conflictos de intereses

Los autores no refieren conflictos de intereses

Contribución de los autores

Liliana Paola Yambay Paguay: participó en la concepción de la investigación, búsqueda de información científica, redacción y revisión final del manuscrito.

Mirian Mercedes Sandoval Castañeda: participó en la concepción de la investigación, búsqueda de información científica, redacción y revisión final del manuscrito.

Ruth Marlene Urresta Plua: participó en la concepción de la investigación, búsqueda de información científica, redacción y revisión final del manuscrito.

Marcelo Alejandro Albuja Calderón: participó en la concepción de la investigación, búsqueda de información científica, redacción y revisión final del manuscrito.

Deisy Carolina Sánchez Sánchez: participó en la concepción de la investigación, búsqueda de información científica, redacción y revisión final del manuscrito.