

Enfermedad arterial coronaria y síndrome de plaquetas pegajosas. A propósito de un caso

Borges-Moreno Y¹, Castillo-González DC², Borges-Moreno Y², Guevara-Mirabal G¹, Hechavarría-Pouymiro S¹, Hernández-Carrillo A¹.

¹Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular; ² Instituto de Hematología e Inmunología, La Habana, Cuba.

RESUMEN

Paciente femenina de 27 años de edad con antecedentes patológicos familiares de trombosis antes de los 30 años, además de infarto agudo del miocardio sin elevación del ST (IAMSETS) en la madre a los 28 años; con historia de 5 meses de evolución de dolor precordial típico. Al examen físico no se evidencian de alteraciones cardiovasculares. Se le realiza prueba ergométrica diagnóstica donde se aprecia infradesnivel isquémico del segmento ST en región inferior y anterolateral asintomático con recuperación tardía y coronariografía con arterias angiográficamente normales. Teniendo en cuenta estos antecedentes, la edad de la misma y los resultados obtenidos por cardiología sin demostrar causa aterosclerótica de los síntomas se le realiza estudios hematológicos para descartar trombofilia hereditaria, confirmándose el diagnóstico de síndrome de plaquetas pegajosas (SPP). Este constituye un fenómeno de hipercoagulabilidad que cada vez más se encuentra asociado con accidentes tromboembólicos, es un marcador importante en los pacientes con trombosis, fundamentalmente, en aquellos que no tienen ningún marcador asociado.

Palabras clave: enfermedad arterial coronaria, trombofilia, síndrome de plaquetas pegajosas, adulto joven.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de las arterias coronarias es una de las causas principales de muerte en las mujeres en todo el mundo. Numerosos trastornos diferentes del aterosclerosis pueden afectar a

las arterias coronarias y provocar un síndrome coronario agudo, por ejemplo los trastornos hematológicos como la trombofilia que juega un papel fundamental ocasionando trombosis in situ en presencia de arterias coronarias normales.¹

La trombofilia se define como un trastorno de la hemostasia en el cual hay una predisposición congénita o adquirida a desarrollar episodios trombóticos debido alteraciones en el flujo sanguíneo, composición de la sangre o de la pared vascular.² El síndrome de plaquetas pegajosas fue descrito por primera vez en 1983, sin embargo su prevalencia no fue reconocida significativamente hasta años más tarde en la literatura médica; desde 1998 se viene considerando como la segunda causa dentro de los problemas hereditarios relacionados con fenómenos trombóticos, después de la resistencia a la proteína C activada.³ Este constituye un trastorno plaquetario autosómico dominante, se cree que el defecto específico puede estar localizado en los receptores de la superficie plaquetaria y está caracterizado por un incremento anormal de las plaquetas con ADP, epinefrina o ambas, mediante pruebas de agregometría. El SPP constituye un fenómeno de hipercoagulabilidad que cada vez más se encuentra asociado con accidentes tromboembólicos; investigaciones comunican que es responsable del 23% de las trombosis arteriales inexplicables y del 14% de las venosas en las que no es posible identificar una causa.⁴

La enfermedad arterial coronaria es un evento inusual en adultos jóvenes. Datos epidemiológicos sugieren que el perfil de los factores de riesgo cardiovasculares difieren en los supervivientes jóvenes de esta entidad, de ellos existe una alta prevalencia del tabaquismo, las dislipidemias y la historia familiar; y una baja incidencia de hipertensión y diabetes; sumándose que los síndromes coronarios agudos en edades tempranas pueden estar influenciados por factores genéticos. A pesar de la alta tasa de los factores de riesgo cardiovasculares tradicionales, datos angiográficos indican que la aterosclerosis coronaria es menos prominente en estos pacientes. Consecuentemente existe un debate en curso del interés creciente acerca de la prevalencia de la trombofilia y los nuevos factores de riesgo en jóvenes supervivientes de SCA. Mientras numerosos estudios han evaluado los desórdenes genéticos y de la coagulación, pocos de ellos lo han abordado de forma integral asociados a otras enfermedades.⁵



En Cuba, existen pocos reportes de la evaluación clínica de pacientes con esta afección; lo que resulta necesario realizar estudios más profundos para establecer la magnitud de la enfermedad.

3

REPORTE DEL CASO

Paciente femenina de 27 años de edad con antecedentes patológicos familiares de muerte por infarto agudo del miocardio (IAM) de abuela y bisabuela maternas antes de los 30 años, además de IAMSEST en la madre a los 28 años. Paciente con historia de 5 meses de evolución de dolor precordial típico inicialmente al esfuerzo y posteriormente al reposo acompañándose de disnea moderada, sudoración y decaimiento. El examen físico sin evidencia de alteraciones cardiovasculares. Los exámenes de hemoquímica, radiografía de tórax, electrocardiograma y ecocardiograma dentro de parámetros normales, seguidamente se le realiza prueba ergométrica diagnóstica que en etapa de ejercicio se aprecia infradesnivel isquémico del segmento ST en región inferior y anterolateral con recuperación tardía y en etapa de recuperación se observa un electrocardiograma normal. Posteriormente se le realiza una coronariografía invasiva donde se evidencia arterias coronarias angiográficamente normales.

Teniendo en cuenta los antecedentes de la paciente, su edad y los resultados obtenidos por cardiología sin demostrar causa aterosclerótica de los síntomas se le realiza estudios hematológicos para descartar trombofilia hereditaria.

La tabla muestra una alteración en la agregación espontánea y un aumento en las agregaciones con epinefrina y ADP, confirmándose el diagnóstico de síndrome de plaquetas pegajosas tipo I.

Tabla 1. Estudio de trombofilia hereditaria - Laboratorio de Hemostasia – IHI



Determinaciones	Resultados	Valores de referencia
Dímero D	≤ 0.5 mg/mL	< 0.5 mg/mL.
Tiempo de protrombina (s)	Control: 13.6 Paciente: 13.5	Hasta 3 s por encima del control.
Tiempo parcial de tromboplastina activada con Kaolín (s)	Control: 32.5 Paciente: 30.4	Hasta 6 s por encima del control, de 6-10 dudoso, más de 10 patológico.
Tiempo de trombina (s)	Control: 19.1 Paciente: 18.5	Hasta 3 s por encima del control.
Fibrinógeno	3.14 g/L	2.2-4.5 g/L
Proteína C	98 %	94-126 %
Proteína S	84 %	72-106 %
Anticoagulante Lúpico	Negativo	Negativo
Estudio de hipersensibilidades plaquetarias		
Agregación espontánea	5 %	0 %
Agregación con ADP 1/10	105 %	7.5-55 %
Agregación con ADP 1/20	4 %	2-36 %
Agregación con ADP 1/40	7 %	0-12 %
Agregación con epinefrina 1/10	61 %	39-80 %
Agregación con epinefrina 1/20	65 %	15-27 %
Agregación con epinefrina 1/40	61 %	9-20 %
Estudio de genética		
Mutación del gen de la protrombina G20210A		No presente
Mutación del factor V Leiden		No presente

DISCUSIÓN

Las trombosis arteriales dentro de ellas la enfermedad arterial coronaria constituye un problema de salud, con una alta morbilidad y mortalidad a nivel nacional, en pacientes menores de 45 años su incidencia es considerable sobre todo asociado a trombofilia hereditaria.

CONCLUSIONES

De ahí que el conocimiento y manejo de las trombofilias fundamentalmente el síndrome de plaquetas pegajosas como causa no ateroscleróticas de isquemia miocárdica en el adulto joven presenta serias implicaciones diagnósticas, profilácticas y terapéuticas con el objetivo fundamental de evitar la recurrencia y disminuir la mortalidad asociada a esta entidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Falk E, Nakano M, Bentzon IF, Finn AV, Virmani R. Update on acute coronary síndromes: the pathologists' view. *Eur Heart J*. 2013 Mar;34(10):719-28. doi: 10.1093/eurheartj/ehs411.
2. Velazquez Sánchez de Cima S, Zamora Ortiz G, Hernández Reyes J, Vargas Espinosa J, García Chavez J, Rosales Padrón J, et al. Primary Thrombophilia in México X: A Prospective Study of the Treatment of the Sticky Platelet Syndrome. *Clin App Thrombosis/Hemostasis*. 2015; 21(1): 91-5
3. Castañeda Travieso M, Carballo Treto T, Torres Yibar W, Cepero LLauger K, Montero López M, Montero López X, et al. Síndrome de las plaquetas pegajosas como marcador importante de trombosis en los pacientes con trombofilia. *Rev Cubana Medicina*. 2015;54(3): 214-26
4. Ruiz-Argüelles GJ, Ruiz-Delgado GJ, López-Martínez B. The sticky platelet syndrome: a frequent but unrecognized cause of thrombophilia. *Rev Invest Clin*. 2012 Sep-Oct; 54(5):394-6.
5. Nabel EG, Braunwald E. A tale of coronary artery disease and myocardial infarction, *N Engl J Med*. 2012 Jan 5;366(1):54-63. doi: 10.1056/NEJMra1112570.