

## IMPORTANCIA DE LA ANTI-BETA 2 GLICOPROTEINA 1 IG A COMO FACTOR DE RIESGO PROTROMBÓTICO

F. de la Cruz<sup>a</sup>, R. Moya<sup>a</sup>, M. Vinuesa<sup>a</sup>, J.Digón<sup>a</sup>, M. Monedero<sup>a</sup>, F.J.GªHdez<sup>b</sup>, Guerrero MªA<sup>c</sup>, G.Pereira<sup>d</sup>.

*Sº Hematología y Hemoterapia<sup>a</sup>, Unidad de Colagenosis<sup>b</sup>, Sº de Nefrología<sup>c</sup>, Centro Regional de Transfusión Sanguínea<sup>d</sup> H.H.U.U. “ Virgen del Rocío” . Sevilla*

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de AAF, particularmente anti#b2 glicoproteina 1 IgA en una cohorte de pacientes con tendencia a la trombosis, relacionándolos con la población sana, detectando si existe o no, riesgo trombótico y si puede ser pronóstico su determinación.

**Diseño, material y método:** Análisis prospectivo en nuestro hospital durante 10 meses que recoge de forma aleatoria una muestra de 100 pacientes: 55 controles sanos procedentes del CRTS y 45 pacientes con riesgo trombótico de diferentes Servicios. El 33.3% eran varones y el 66.7% mujeres. Como antecedentes personales encontramos un 44.4% de pacientes con PTI, el 22.2% pacientes en pre-diálisis, el 22.2% con colagenopatías, un 4.4%, con artritis reumatoide, un 4.4% con TEP y un 2.2% con TVP. De las 30 mujeres, un 13.3% abortadotas. A todas las muestras se realizaron determinaciones (mediante ELISA) de ACA totales y específicos IgG e IgM y #beta totales y específicos :IgA, IgG e IgM. El análisis de los grupos se hizo con el programa SPSS 14.0, relacionando variables como datos demográficos, patologías previas (de los casos), valores de anti#2 totales y específicos, ACA totales y específicos y clínica actual. Se incluyó también el Test U Mann Whitney y ANOVA.

**Resultados:** El “cut off” para los Beta fue 24 y para los ACA de 13(ambos totales y específicos). 2 controles presentaron Anti#b2 totales positivos sin corresponderse con anti#b2 IgA, ni con los ACA. *Anti#b IgA:* 21 casos positivos (46.6%), el 42.9% en pre-diálisis, el 23.8% PTI, el 14.9% con colagenopatías, el 14.9% de respiratorio y el 4.8% de reumatología. Los niveles elevados de IgA y su relación con cada grupo de patologías fue estadísticamente significativo ( $p < 0.012$ ). De estos 21, 5 presentaron trombosis, (2 TEP, 1 TVP y 2 abortadoras), sin significación estadística ( $p < 0.094$  y  $p < 0.88$ , respectivamente). 15 casos presentaron ACAS positivos, y 10 casos *AMBOS* positivos. No hubo relación estadísticamente significativa entre las patologías previas, y los niveles elevados de ACAS, ni ACAS y Anti#b2.

**Conclusiones:** 1-Valores elevados de Anti#b2 IgA se correlacionan con patología protrombótica (SAF 1º y 2º) y tienen una mayor especificidad que la determinación de ACAS. 2-Los nefrópatas presentan altos valores de #b2 IgA y menores de IgM e IgG, y ACAS negativos. 3-La presencia de Anti#b2 IgA puede ser predictiva en grupos de riesgo trombótico, por lo que debería estar incluida en el estudio de hipercoagulabilidad de éstos.