

## INHIBIDORES ADQUIRIDOS PARA EL FV: A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

T. Sevivas<sup>a</sup>, D. Marques<sup>a</sup>, M. Costa<sup>b</sup>, E. Gonçalves<sup>a</sup>, P. Martinho<sup>a</sup>, C. Silva Pinto<sup>a</sup>, T. Fidalgo<sup>a</sup>, R. Salvado<sup>a</sup>, N. Martins<sup>a</sup> & M. L. Ribeiro<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Hematología del Centro Hospitalar de Coimbra, Coimbra, Portugal. <sup>b</sup> Servicio de Imunohemoterapia del Hospital de San Teotónio, Viseu, Portugal

**Introducción:** Deficiencia adquirida del FV, por el desarrollo de inhibidores para el Factor V (InbFV), es muy rara. Aparte de casos idiopáticos se asocia a utilización de trombina bovina en cirugía, cirugía mayor, neoplasias, patología inmune, infecciones y antibióticos. El comportamiento clínico de estos anticuerpos es variable pudiendo provocar hemorragias severas o ser indolentes. Caracterizados por Tiempo de Protrombina (TP), Tiempo de Tromboplastina Parcial activada (TTPa) alargados, deficiencia severa de FV y presencia de inhibidores (detectados en tests de mezcla y titulados por metodología Bethesda).

**Objetivo:** Presentar nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de 2 casos de InbFV.

**Caso 1:** Noviembre 2001, hombre, 44A, Síndrome Antifosfolípido, hospitalizado por insuficiencia renal aguda y distrés respiratorio. Inicia hemodiálisis, Corticoterapia (Ct), heparina y antibióticos con mejoría. 1 mes después hemoptisis por hemorragia alveolar, que motivó estudio de coagulación: TP45"/10"; TTPa 78"/24"; FVc 3%; InbFV 34UB. Tratado con Ciclofosfamida (Cy) y Plasmaferesis (Pf) se controla la hemorragia y se erradica el InbFV tras 15 días de iniciada la terapéutica. Nunca más fue detectado el InbFV. Muere en Noviembre de 2004 a consecuencia de estenosis aórtica con hipertensión pulmonar.

**Caso 2:** Enero 2006, hombre, 72A, recurre al hospital de origen por dolor abdominal. Sometido a laparotomía exploradora, se realiza hemicolectomía por peritonitis purulenta. Preoperatorio: TP29"/13"; TTPa 40"/33"; Hemoglobina 14,8g/dL; Plaquetas  $201 \times 10^3/\mu\text{L}$ . Tratado con plasma fresco congelado y vitamina K. El día 21 de internamiento sufre hemorragia en la sutura. Hb 9.4g/dL. TP 47"/11", TTPa 97"/29", FVc 0%. Detectado InbFV (15UB). Medicado con Ct, el InbFV negativiza en dos meses. Sin otras hemorragias en este periodo. En Agosto 2006 rehospitalizado por hematemesis. InbFV de nuevo positivo (18UB). Se asocia Cy, con control de hemorragia. Tiene alta a demanda y 15 días después reingresa por hematoquécia y rectorragias, tras dejar el tratamiento. Presentaba InbFV positivo (36UB). Muere en Septiembre de 2006 a consecuencia de neumonía.

**Discusión:** InbFV es una situación rara pero potencialmente fatal. La presunción diagnóstica es fundamental, sospechando y pesquizando inhibidores, en pacientes con súbita diátesis hemorrágica o pruebas de coagulación alteradas, sobre todo pos cirugía. La rapidez diagnóstica permite la introducción de medidas terapéuticas: inmunosupresión, Pf, agentes hemostáticos (rFVIIa, Concentrados Protombínicos) o asociaciones dirigidas al control hemostático.