

O QUE É A SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE

A associação entre anticorpos antifosfolípidos (AcAF) e perdas gestacionais foi descrita pela primeira vez em 1975 por Nilsson et al e em 1980 por Soulier e Boffa.

O diagnóstico de Síndrome Antifosfolípide (SAF) é realizado com a presença de critérios clínicos e laboratoriais, baseado na tabela abaixo (pacientes devem ter pelo menos 1 critério clínico e 1 laboratorial):

Critérios clínicos e laboratoriais para o diagnóstico de Síndrome Antifosfolípide

Achados Clínicos	Achados Laboratoriais
Perda gestacional	Anticoagulante lúpico positivo
Trombose (venosa ou arterial)	IgG anticardiolipina + (> 20 GPL)
Trombocitopenia auto-imune	IgM anticardiolipina + (> 20 MPL)
Outros (coombs positivo, livendo reticular)	_

Os quadros ginecológicos e obstétricos que fazem parte dos critérios clínicos são:

1) 1 ou mais mortes fetais sem causa aparentes após 10 semanas de gestação, com morfologia fetal normal ao ultra-som ou macroscopicamente, 2) 1 ou mais partos prematuros antes de 34 semanas gestacionais em decorrência a pré-eclampsia grave ou insuficiência placentária e 3) 3 ou mais abortos espontâneos consecutivos antes de 10 semanas de gestação, com outras causas descartadas.

Além de aborto recorrente, óbito fetal e pré-eclampsia grave, a SAF parece estar relacionada com outras patologias como trombose no período gestacional, insuficiência placentária, sofrimento fetal e parto prematuro iatrogênico.

A prevalência de AcAF é bastante variável entre diversos tipos populacionais. Veja a seguir um resumo das prevalências de AcAF em algumas populações:

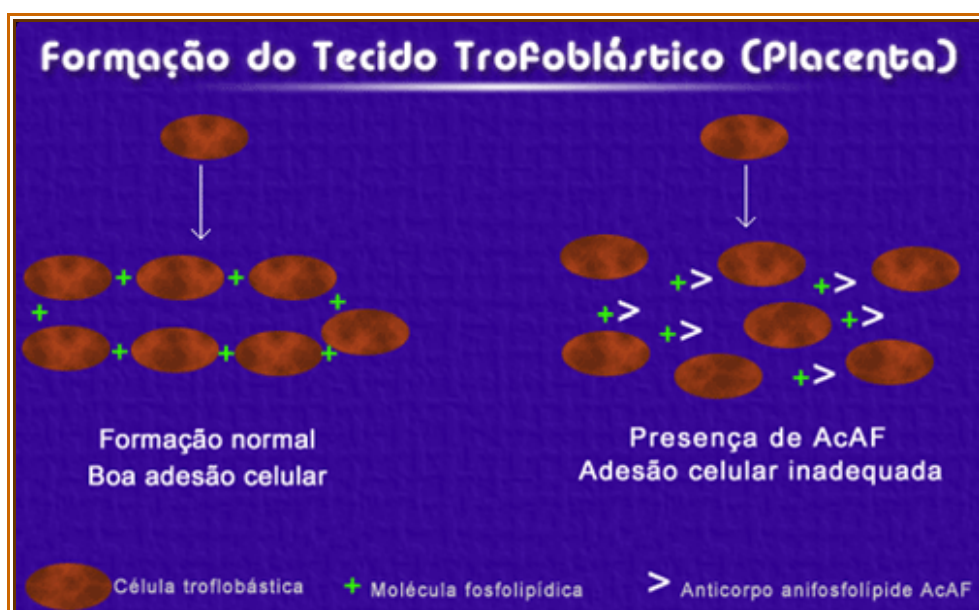
Prevalência de AcAF em diferentes grupos:

Grupo estudado	Prevalência mínima - máxima
Pacientes com história obstétrica normal	2 a 9,8%
Pacientes com aborto de repetição	8 a 41,2%
Pacientes submetidas a FIV	15 a 45%
Pacientes com LES	17 - 86%

FIV= fertilização in vitro, LES= lúpus eritematoso sistêmico.

A incidência de SAF em pacientes com aborto de repetição pode ser de até 41,2% (no momento da terceira perda gestacional) e acredita-se que a cada nova perda ocorre uma elevação de 15% nessa incidência.

Fosfolípides são moléculas que fazem parte da composição da membrana celular e de mecanismos de transmissão de sinais celulares, que regulam a divisão e secreção celular. Fosfolípides como fosfatidilserina e fosfatidiletanolamina parecem estar envolvidos no mecanismo de fusão celular. Fosfatidilinositol participa do processo de proliferação de células amnióticas. Tais fosfolípides estão envolvidos na adesão de células do citotrofoblasto e sinciotrofoblasto. Existem vários tipos de moléculas fosfolípídicas, anticorpos se relacionam com insucessos gestacionais. Os anticorpos mais estudados são: anticardiolipina, anticoagulante lúpico, antifosfatidilserina, anti ácido fosfatídico, antifosfatidilinositol, antifosfatidilcolina e antifosfatidiletanolamina.



O mecanismo pelo qual pacientes com SAF apresentam uma maior tendência à coagulação sanguínea, estado hipercoagulável, ainda não está totalmente descrito. Existem várias teorias:

- 1) Alteração no balanço ecosanóide.
- 2) Efeito sobre agentes anticoagulantes.
- 3) Efeitos sobre células endoteliais e plaquetas.
- 4) Efeito sobre Anexina V.
- 5) Ativação monocitária.
- 6) Alteração placentária.

Recentes estudos procuram correlacionar AcAF com infertilidade e falhas repetidas de fertilização in vitro (FIV). Tal disfunção imunológica estaria envolvida na diminuição da fertilidade, no pobre desenvolvimento embrionário e na falha do desenvolvimento placentário.

Baixos títulos de AcAF estão relacionados com melhores resultados gestacionais. Vários tratamentos têm sido propostos para a SAF, entre eles: 1) uso de medicações anticoagulante (heparina e AAS) e 2) medicações que procuram diminuir a produção de anticorpos

(corticosteróides e imunoglobulina humana). Os melhores resultados gestacionais se encontram entre as pacientes tratadas com drogas do primeiro grupo.