

ANTICOAGULANTE LÚPICO

Material de Coleta

Plasma pobre em plaquetas (PPP) colhido com citrato a 3,2%.

Preparo do paciente

O paciente deve informar todos os medicamentos tomados nos últimos sete dias, especialmente anticoagulante oral e heparina. Para usuários de heparina em injeções intermitentes devem colher o exame uma hora antes da próxima dose. Caso a heparina já tenha sido aplicada, a coleta deve ser feita três horas após a aplicação. Esta orientação não vale para usuários de heparina em infusão contínua.

Descrição do Exame

Anticoagulante Lúpico

Método

Colher tubo de citrato totalmente preenchido, tanto para adultos como crianças, sem garrotear ou com garroteamento mínimo. Centrifugar imediatamente após a coleta (3000 rpm por 15 minutos). - Separar o plasma cuidadosamente, transferindo-o para um tubo plástico. Cuidado para não tocar a ponteira na camada de células, pois isto pode contaminar o plasma com plaquetas. - Repetir o processo de centrifugação transferindo novamente o sobrenadante para outro tubo com os mesmos cuidados anteriores a fim de garantir um plasma com menos de 5.000 plaquetas por mm³ de plasma. - Contar o número de plaquetas residual e caso tenha mais de 5.000/mm³ repetir o processo de centrifugação. - Separar o plasma e congelar imediatamente. - Enviar o material congelado em gelo seco, com volume mínimo de 2 mL de plasma pobre em plaquetas.

Consevação

Congelado -20°C:3 dias

Interferentes

Presença de plaqueta > 5000/mm³

Valor de Referência

1ª etapa: testes de triagem TTPA menor ou igual a 1,20: ausência de inibidor dRVVT menor ou igual a 1,20 ausência de inibidor 2ª etapa: Se há "correção" do tempo obtido na 1ª etapa = deficiência de fator(es) Se NÃO há "correção" do tempo obtido na 1ª etapa = Presença de um inibidor 3ª etapa: testes confirmatórios RVVT Confirmatório menor ou igual a 1,19 = AUSÊNCIA de inibidor inespecífico (Anticoag. Lúpico)

Interpretação

Os anticoagulantes lúpicos (LAC), assim como os anticorpos anticardiolipina (ACA), são imunoglobulinas antifosfolipídicas heterogêneas, pertencentes às classes IgG, IgM ou IgA, que interferem nos testes de coagulação fosfolípide-dependentes.

Esses anticorpos podem ocorrer em duas síndromes intimamente relacionadas, porém clínica, bioquímica e laboratorialmente distintas: a síndrome antifosfolipídica primária e a síndrome antifosfolipídica secundária. Ambas se associam a manifestações tromboembólicas (venosas, arteriais e de microcirculação) em qualquer tecido ou órgão e a complicações da gestação (abortos espontâneos de repetição, morte fetal e nascimento de prematuros). LACs e ACAs podem estar presentes nas quatro situações abaixo especificadas: 1) Em indivíduos normais, sem doença de base. 2) Em portadores de afecções de base, entre as quais: *doenças auto-imunes (lúpus eritematoso sistêmico, anemia hemolítica auto-imune e artrite reumatóide); *doenças do tecido conjuntivo; *neoplasias malignas; *quadros neurológicos (acidente cerebral isquêmico, acidente isquêmico transitório, epilepsia, coreia, enxaqueca, esclerose múltipla, amaurose fugaz, mielite transversa, síndrome de Sneddon e síndrome de Guillain-Barré); *quadros cardíacos: doença valvular mitral e coronariana; *quadros dermatológicos: livedo reticularis e necrose de dedos e dérmica; *quadros hematológicos: anemia hemolítica Coombs-positiva. 3) Durante o uso de medicamentos (hidralazina, procainamida, interferon, clorpromazina, quinidina, fenitoína e vários antibióticos, entre outros). 4) Pós-infecções virais (HIV), bacterianas (amigdalite inespecífica) ou parasitárias (Pneumocystis). * Convém ressaltar que o LAC e o ACA não são os mesmos anticorpos e podem ocorrer independentemente. Na vigência de suspeita clínica, ambos devem ser pesquisados.

