

CLÍNICA DE PEDIATRÍA

DOCENTE: SAÚL PERAZA MARÍN

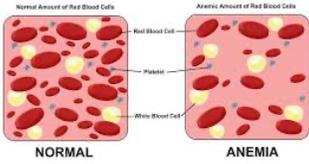
ALUMNO(A): ITZEL VALERIA ESPINOSA SARAUS

7° SEMESTRE

MEDICINA HUMANA

04/JUNIO/2020

ANEMIA



ANEMIA POR DEFICIENCIA DE B12

La anemia megaloblástica está causada por la deficiencia de vitamina B12, que produce la alteración en la producción de eritroblastos, su destrucción precoz en la médula (eritropoyesis inefectiva) y el acortamiento de la vida media eritrocitaria.

| Signos y síntomas | | |
|--|---|---|
| Generales | Hematológicos (relacionados con anemia) | Neuropsiquiátricos |
| <ul style="list-style-type: none"> Letargo Caída del cabello (si coexiste mala absorción gastrointestinal) | <ul style="list-style-type: none"> Palidez cutánea. Decoloración. Nudillos hiperpigmentados Disnea | <ul style="list-style-type: none"> Parestesias u hormigueo de manos y pies Debilidad de miembros o anomalías de la marcha Depresión. Deterioro |

Para el diagnóstico, se debe realizar un estudio analítico completo de anemias, que incluya determinación de niveles de vitamina B12, ácido fólico y homocisteína, así como cuantificación de ácido metilmalónico en orina. Niveles bajos de vitamina B12 acompañados de valores altos de homocisteína y metilmalónico confirmarán la sospecha diagnóstica (valores diagnósticos: vitamina B12 < 211 pg/ml y/o homocisteína > 10 µmol/l y/o metilmalónico en orina > 11 mmol/l). El estudio de la afectación neurológica se debe llevar a cabo mediante realización de pruebas de imagen (RMN o TAC) y EEG.

Diagnóstico diferencial
Inicialmente, dada la forma de presentación clínica habitual, deben descartarse infecciones o lesiones ocupantes de espacio que afecten al sistema nervioso central (SNC). Así mismo, se debe investigar la presencia de ciertos errores innatos del metabolismo con un debut clínico similar, como la acidemia glutárica tipo I, sobre todo en aquellos lactantes pequeños que no hayan sido sometidos al cribado neonatal. Por último, y en algunos casos concretos, debe realizarse una determinación de tóxicos en orina para excluir la presencia de los mismos.

| Tratamiento | |
|---|--|
| Cuándo tratar | Cómo tratar |
| <ul style="list-style-type: none"> Deficiencia clínicamente significativa. Correlación definida entre signos y síntomas, aún si el nivel de B12 está en el rango normal. Si hay manifestaciones neurológicas o hematológicas, o durante la niñez/embarazo, se requiere el reemplazo urgente. | <p>1 Parenteral</p> <ul style="list-style-type: none"> Si el tratamiento es urgente o hay mala absorción gastrointestinal (incluyendo la anemia perniciosa) Preferida en los ancianos Hydrocortisona, 1 mg, 3 x semana, durante 2 semanas y luego cada 3 meses. <p>2 Oral</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilizar cuando la causa posible es la dieta inadecuada (por ej., veganos). Cianocobalamina, 50-150 µg/día |

Causas de deficiencia severa de vitamina B.

- alteraciones en la absorción (causadas por un defecto del factor Castle o del receptor para la absorción del complejo IF-B, en el íleon); anemia perniciosa (anemia de Biermer), antecedente de gastrectomía, cirugía bariátrica y de resección ileal, deficiencia congénita del factor Castle, gastritis por *Helicobacter pylori*, enfermedad de Crohn, síndrome de Zollinger-Ellison, síndrome de sobrecrecimiento bacteriano
- alteraciones metabólicas congénitas, p. ej. deficiencia de transcobalamina
- óxido de nitrógeno utilizado en anestesia.

Tabla 2. Dosis de vitamina B12 recomendadas para tratamientos prolongados, según vía de administración

| Vía de administración | Dosis inicial diaria | Dosis de mantenimiento |
|-----------------------|--|---------------------------------|
| Oral | 1 000 - 2 000 µg por 1 - 2 semanas | 1 000 µg diarios |
| Intramuscular | 100 - 1 000 µg por 1 - 2 semanas (pueden administrarse en días alternos) | 100 - 1 000 µg cada 1 - 3 meses |

