



Universidad del Sureste
Campus Tuxtla Gutiérrez

“Tipos de anemias”

Fisiopatología II

Dr. Eduardo Zebadúa Guillen

Br. Merida Ortiz Viridiana

Estudiante de Medicina

3er Semestre

03 de septiembre de 2020, Tuxtla Gutiérrez Chiapas

ANEMIA FERROPÉNICA

¿QUÉ ES?

Ocurre cuando el cuerpo no tiene suficiente cantidad hierro.

ETIOLOGÍA:

- Disminución del aporte
- Disminución de la absorción: aclorhidria, malabsorción, gastrectomía y end. celíaca
- Aumento de pérdidas: sangrado crónico y hemólisis
- Aumento de necesidades
- Déficit congénito de transferrina

SÍNTOMAS:

Palidez cutaneomucosa, disnea, cefalea, mareo, acúfenos, oligoanuria y anorexia

Sx anémico + Sx ferropénico

Estomatitis angular, coiloniquia, pica, parestesias y sx plummer vinson

Dx:

Clinico + anemia microcítica hipocrómica (<VCM y < HCM)

Tx:

La causa + suplemento

- Hierro oral: 60mg/día hasta ferritina normal
- Hierro parenteral (Hb < 10)
- Paquete globular (Hb < 7)

Valores de laboratorio	
Hierro sérico 50-150 ug/dl	↓
Ferritina 20-200 ug/dl	↓
Transferrina 250-370 ug/dl	↑
Saturación de transferrina 30-50 %	↓
Protoporfirina libre 30-50 ug/dl	↑

ANEMIA MEGALOBLÁSTICA

¿QUÉ ES?

Ocurre por un déficit de vitamina B9 o B12

Macroovalocitos
+ neutrofilos
hipersegmentados

SÍNTOMAS:

Sx anémico + glositis
+ trastornos neurológicos
- Polineuropatías
- Degeneración combinada
subaguda
- Demencia

Tx:

Déficit de B12
- La causa
- Hidroxicobalamina
IM 1mg/día por 2 sem

Déficit de B9
- La causa
- Ácido fólico 1 a 5 mg/ día
por 4 meses

ETIOLOGÍA:

Déficit B12
- Disminución de la ingesta
- Disminución de la absorción
- Anemia perniciosa (Addison-Biermer)

Déficit B9
- Disminución del aporte
- < de la absorción
- > de las necesidades
- Antagonista de la DHF reductasa

Dx:

Déficit B12
- Clínico + anemia
macrocitica hiperocrómica
(>VCM y >HCM)
- Anti-CP y Anti-FI

Laboratorio	
Vitamina B12 200-600 pg/ml	↓
Vitamina B9 5-20 ng/ml	Normal
Homocisteína 5-14 umol/l	↑
Ác. metilmalónico 70-270 nmol/l	↑

Déficit B9
- Anemia macrocitica
normocrómica sin alt.
neurológica
- B9 en suero e
intraeritrocitario

Laboratorio	
Vitamina B12 200-600 pg/ml	Normal o ↓
B9 en suero 5-20 ng/ml	↓
B9 intraeritrocitario >100 ng/ml	↓
Homocisteína 5-14 umol/l	↑

ANEMIA DE TIPO INFLAMATORIO

¿QUÉ ES?

Se encuentra en personas con ciertas afecciones prolongadas (crónicas) que involucran inflamación.

SÍNTOMAS:

Enfermedad base
+ sx anémico

Tx:

-Tratamiento del trastorno subyacente
-No hay que administrar hierro

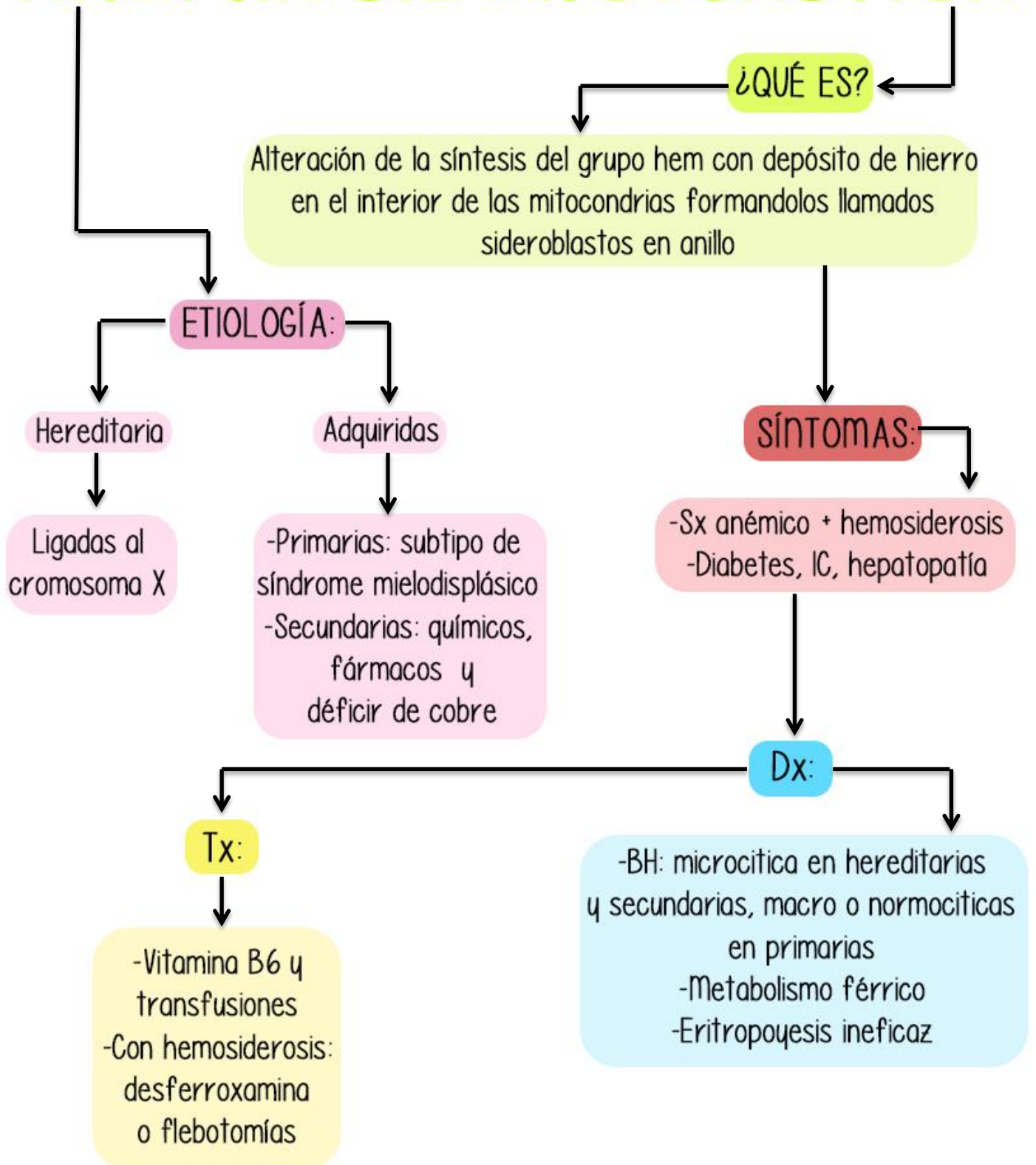
ETIOPATOGENIA:

- Bloqueo del hierro
- Eritropoyesis disminuida
- Acortamiento de la vida media
- Infecciones
- ERC

Dx:

- BH y morfología
- Eritropoyetina aumentada
- Aspirado de médula ósea
- Metabolismo férrico:
ferritina normal, <hierro,
transferrina normal,
saturación de transferrina
normal o disminuido

ANEMIA SIDEROBLÁSTICA



ANEMIA HEMOLÍTICA

¿QUÉ ES?

Destrucción patológica de los eritrocitos

Adquiridas

Congénitas
(intracorporales)

Alt. membrana
Esferocitosis hereditaria
-Sx anémico + sx hemolítico agudo y crónico
-Dx: BH(>CHCM), >reticulocitos, esferocitos, prueba de hemólisis osmótica
-Tx: >6a esplenectomía + ácido fólico

Hemolítica autoinmune
-Infecciones, lupus, leucemia linfática crónica
-Dx: test de coombs directo o indirecto
Tx: causa + corticoides/ esplenectomía/ inmunosupresores

Hemoglobinuria paroxística nocturna
-Ligada al X
-Anemia hemolítica + pancitopenia + trombosis
-Dx: citometría de flujo
Tx: trasplante MO, eculizumab

Trastornos del metabolismo
Déficit de G6P-DH:
-Ocasiona crisis hemolíticas y cuerpos de Heinz
-Dx: déficit de la enzima
-Tx: Prevenir crisis hemolíticas + ác. fólico

Alt. hemoglobina
Talasemias (beta y alfa)
-Autosómicas recesivas
-Grave con >EPO
-Dx: BH, >Fe y electroforesis
-Tx: trasplante MO, esplenectomía y transfusión

Alt. hemoglobina
Anemia falciforme
-Forma HbS
-Crisis vaso-oclusivas
-Sx torácico a. e infecciones
-Dx: Electroforesis de Hb
-Tx: Analgesia, hidratación, vacuna, hidroxiurea