

Anemias Hemolíticas Hereditarias

Anemia	Etiopatología	clínica	Diagnóstico	Tratamiento
Esferocitosis hereditaria + Frente 70% leve	Alteración en las proteínas de membrana (Ankirina 6%, Banda 3: 10%, Espectrina 16%) Esferocito Propenso Agua.	- clínica clásica hemolítica - crisis hemolíticas (infección) - calcículos biliares	- Suben: LDH, BI, reticulocitos - VCM normal o bajo - HCM Alto - Micro-Hiper - Prueba hemólisis osmótica	ACIDO FÓLICO Esplenectomía (se espera hasta 5-6 años)
Deficit glucosa 6 P	Oxidación de la Hemoglobina por falta de NADPH y glutatión.	Clinica clásica crisis hemolíticas por: infección, baba, anormalidades y atb. + Fr varones	Suben: LDH, BI, reticulocitos Prueba de heitler y electroforesis (evidenciar déficit G6PD)	ACIDO FÓLICO Evitar riesgos a crisis hemolíticas (comer habs, antipalúdicos, sulfas).
Talasemia B mayor (Cooley)	Menor síntesis de cadena B (HbA1) + Entropoiesis, Hipoplaza NO, entropoiesis, extra medular	Entropoiesis Ineficaz Pseudoquistes "cráneo en cepillo" "cara ardilla" Hipoxia tisular crónica Hemosiderosis Secundaria	Electroforesis de Hb (menor HbA1, más HbA2 y HbF). HbA1: 2 a 2 D 97%. HbA2: 2 a 2 D HbF: 2 a 2 G	Trasplante alógico medula ósea Esplenectomía Transfusión
Talasemia B menor	Menor síntesis de cadena B	Asintomáticos No hay "anemia"	Px con microstosis -VCM y CHCM normal + HbA2 y Fe normal	Según gravedad
De células falciformes Drepanocitosis	Sustitución Ac glutámico x valina (posición 6 de cadena B) Hbs	Variable Crisis vasooclusivas Isquemia e infarto Auto-esplenectomía	+ LDH, BI, RET, clínica vasooclusiva Electroforesis de Hb.	Crisis: analgesia e hidratación Vacunación Trasplante célula falciforme