



Mi Universidad

INFOGRAFIA

Nombre del Alumno: Andi Saydiel Gómez Aguilar

Nombre del tema: Anemias hemolíticas

Parcial: III

Nombre de la Materia: Inmunología

Nombre del profesor: Dr. Luis Antonio González Méndez

*Nombre de la Licenciatura: **Licenciatura en Medicina Humana.***

Semestre: IV

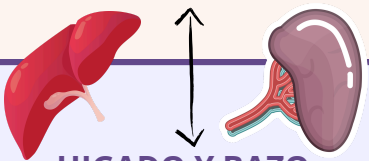
Lugar y Fecha de elaboración: Tapachula, Chiapas a 30 de Mayo del 2025

ANEMIA HEMOLITICA

Anemia por disminución de supervivencia del eritrocito por destrucción anormal de los mismos

VIAS PRINCIPALES PARA LA DESTRUCCION DE LOS ERITROCITOS

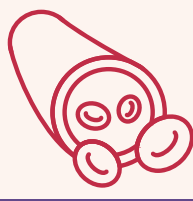
DESTRUCCIÓN EXTRAVASCULAR



HIGADO Y BAZO

Lugar de produccion

DESTRUCCIÓN INTRAVASCULAR

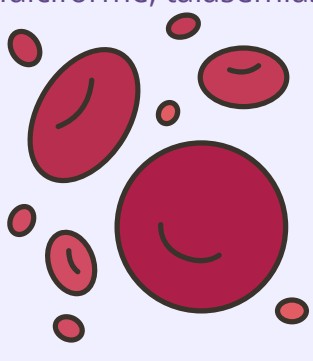


TORRENTE SANGUINEO

ETIOLOGIA

CONGENITAS (INTRINSECAS)

- Defectos de membrana (esferocitosis hereditaria).
- Defectos enzimáticos (déficit de G6PD, piruvato quinasa).
- Hemoglobinopatías (anemia falciforme, talasemias).



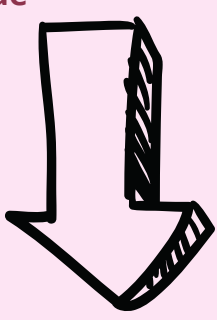
- Membranopatías
- Enzimopatías
- Hemoglobinopatías

ADQUIRIDAS (EXTRINSECAS)

- Inmunológicas (anemia hemolítica autoinmune, AHAI).
- Microangiopatías (Púrpura trombocitopénica trombótica, CID).
- Infecciosas (malaria, Clostridium).
- Fármacos, toxinas, quemaduras.
- Anemia hemolítica mecánica (válvulas protésicas, circulación extracorpórea).

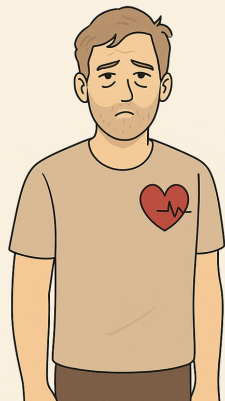
FISIOPATOLOGÍA

- Aumento de destrucción de eritrocitos
- Liberación de Hb
- Elevación de bilirrubina indirecta
- Activación de la médula ósea (reticulocitosis).



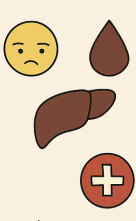
MANIFESTACIONES CLINICAS

MANIFESTACIONES CLÍNICAS



Síntomas generales de anemia

- Fatiga
- Palidez
- Disnea
- Taquicardia



Síntomas específicos

- Ictericia, orina oscura
- Esplenomegalia
- Dolor abdominal o lumbar (hemólisis aguda)
- Fenómenos trombóticos (en hemólisis intravascular o autoinmune)
- Crisis hemolíticas (episódicas, desencadenadas por infecciones o fármacos)



ANEMIA HEMOLITICA INMUNE

CLASIFICACION

- Anticuerpos calientes
- Anticuerpos fríos o crioaglutininas
- Anticuerpos bifasicos

CUADRO CLINICO

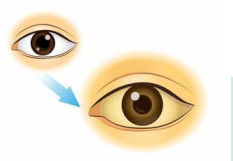
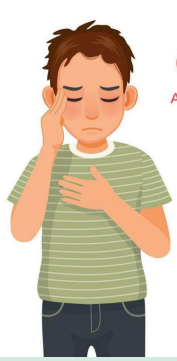
- Anemia: Disnea o fatiga, palidez, taquicardia al reposo, soplo sistólico
- Ictericia
- Esplenomegalia



Bazo normal



Esplenomegalia



EVALUACIÓN DIAGNOSTICA

- Anemia
- Coombs directo positivo
- DHL incrementado
- Bilirrubina indirecta incrementada

TRATAMIENTO

GENERAL

- Tratar causa subyacente.
- Ácido fólico (suplementación).
- Transfusiones si es necesario.



ESPECIFICO

- AHAI: corticoides (prednisona), inmunosupresores, rituximab, esplenectomía.
- Déficit de G6PD: evitar desencadenantes (fármacos, infecciones, habas).
- Esferocitosis hereditaria: esplenectomía si es severa.
- Anemia falciforme: hidroxiurea, vacunación, analgesia, transfusión.
- Talasemias: transfusiones regulares, quelantes de hierro, trasplante de médula ósea.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Jameson, J. L., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., & Loscalzo, J. (2022). *Harrison. Principios de medicina interna* (21.^a ed.). McGraw Hill.

Rojas-Espinosa, O. (2017). *Inmunología* (4^a ed.). Editorial Médica Panamericana