

Por ANA SOPENA MURILLO

DENTRO de las anemias la más frecuente y conocida es la anemia ferropénica producida por un déficit de hierro. En este artículo vamos a hablar de otro tipo de anemia igualmente importante y muy frecuente, especialmente en la población anciana.

La anemia megaloblástica se clasifica dentro de las anemias macrocíticas, es decir, aquellas en las que el volumen de los hematíes o glóbulos rojos es mayor de lo normal (Volumen corpuscular medio (VCM) > 100 fL).

Esta anemia se caracteriza por un problema en la síntesis del material genético (ADN) que se produce, principalmente, por la carencia de la vitamina B12 (cobalamina) o vitamina B9 (ácido fólico). Estas vitaminas son esenciales para la producción de los hematíes, pero también afecta a la producción de otras células sanguíneas como los leucocitos o glóbulos blancos y plaquetas. También están implicadas en otros procesos como en la formación de elementos neuronales o en el desarrollo del tubo neural. Todo ello dará lugar a la sintomatología que tiene lugar en su déficit. Déficit de vitamina B12 o cobalamina: esta vitamina es sintetizada por nuestras propias bacterias intestinales, sin embargo, no somos capaces de aprovechar esta producción y se elimina a través de las heces. Por tanto, la vitamina B12 debe ser aportada en la dieta, principalmente a través de proteínas animales (carne, pescado, huevos o leche). Una vez ingerida, la vitamina B12 necesita unirse a una proteína (factor intrínseco), producida en las células de la pared del estómago, para ser absorbida en la parte final del intestino delgado (íleon).

Causas de déficit de vitamina B12

- Disminución de la ingesta. Una dieta equilibrada asegura un correcto aporte de vitamina B12, solamente dietas vegetarianas estrictas carecen de suficiente cobalamina y pueden dar lugar a un déficit.
- Alteración de la absorción: déficit de factor intrínseco, anticuerpos contra factor intrínseco o células parietales (anemia perniciosa), alteraciones del intestino delgado (enfermedad de Crohn, celiacía, etc...), resección total o parcial de estómago o gastritis por *Helicobacter pylori*, pancreatitis crónica, malabsorción de cobalamina de los alimentos (frecuente en ancianos).
- Aumento de los requerimientos: embarazo, lactancia, hipertiroidismo, leucemias, anemias hemolíticas.



Anemia megaloblástica

- Fármacos: metformina, colestiramina, azatioprina, omeprazol, etc...
- Déficit de vitamina B9 o ácido fólico: esta vitamina se obtiene, principalmente, de los alimentos de origen vegetal (espinacas, lechuga, espárragos, brócoli, frutas).

Causas de déficit de ácido fólico

- Aporte insuficiente.
- Aumento de los requerimientos: embarazo, lactancia, hipertiroidismo, leucemias, hemólisis.
- Malabsorción: alcoholismo, resección o enfermedades intestinales.
- Fármacos: antiepilépticos, antagonistas de ácido fólico (metotrexato).

Síntomas clínicos:

- Síndrome anémico: mareos, acúfenos, cefalea, palpitaciones, astenia, palidez.
- Lengua depilada con alteración de gusto.
- En el déficit de vitamina B12 se puede presentar alteraciones neurológicas (parestias o sensación de cosquilleo), incapacidad para caminar, alteraciones psiquiátricas como depresión o demencia en algunos casos.

Diagnóstico

Además de la historia clínica es necesario realizar una analítica de sangre para confirmar el déficit vitamínico. La analítica debe constar de un hemograma donde se puede objetivar la anemia macrocítica (VCM >100 fL) aunque debe tenerse en cuenta que la presencia de otras patologías concomitantes como anemia ferropénica, talasemia o enfermedad renal pueden compensar la macrocitosis y no observar-

se este aumento del volumen. Es por ello que es necesario dosificar los niveles de vitaminas B12 y ácido fólico si existe sospecha clínica. El déficit vitamínico debe tratarse incluso si no se manifiesta la anemia ya que la carencia de estas vitaminas puede dar lugar a otras alteraciones del hemograma como leucopenia (disminución de glóbulos blancos) o trombopenia, y evolucionar a formas graves de anemia si no se tratan.

Tratamiento

Es primordial, antes de tratar, conocer la causa de la anemia megaloblástica. Está contraindicado tratar sólo con ácido fólico una anemia producida por déficit de vitamina B12 ya que el tratamiento con ácido fólico intensifica los síntomas neurológicos.

En el déficit de vitamina B12 el tratamiento consiste en la administración de cianocobalamina o hidroxicobalamina, preferentemente por vía intramuscular, hasta recuperar el déficit o de por vida dependiendo de la causa.

En el déficit de ácido fólico el tratamiento consiste en la administración de ácido fólico durante cuatro meses, preferentemente por vía oral, aunque en algunos casos es necesaria la vía parental.

En conclusión, el déficit de vitaminas (B12 y/o ácido fólico) son las causas más frecuentes de la anemia megaloblástica. Es una patología que tiene un tratamiento efectivo y, por ello, es importante sospecharla y diagnosticarla ante unos síntomas muy inespecíficos. Especialmente importante es su diagnóstico diferencial en pacientes mayores donde algunos síntomas pueden ser confundidos con otras patologías relacionadas con la edad avanzada. Igualmente es importante su correcto tratamiento para evitar el desarrollo de las alteraciones neurológicas, en el caso del déficit de vitamina B12, ya que algunas de ellas son irreversibles. ●

Vocal de Análisis Clínicos del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Huesca

El farmacéutico es el profesional sanitario más accesible y el experto en el medicamento

