



PROGRESOS EN GASTROENTEROLOGÍA

Aproximación al diagnóstico y tratamiento de la anemia crónica secundaria a causas digestivas



Francisco Rodríguez-Moranta*, Lorena Rodríguez-Alonso y Jordi Guardiola Capón

Unidad de Gastroenterología, Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet del Llobregat, IDIBELL, Barcelona, España

Recibido el 14 de mayo de 2014; aceptado el 24 de julio de 2014

Disponible en Internet el 16 de octubre de 2014

PALABRAS CLAVE

Anemia ferropénica;
Endoscopia alta;
Colonoscopia;
Cápsula endoscópica;
Hemorragia digestiva de origen oscuro;
Test de sangre oculta en heces

KEYWORDS

Iron deficiency anemia;
Upper gastrointestinal endoscopy;
Colonoscopy;
Capsule endoscopy;

Resumen La anemia ferropénica es la forma más frecuente de anemia. Puede causar astenia, deterioro cognitivo y funcional y descompensar las enfermedades de base. No es una enfermedad, sino la consecuencia de un problema médico potencialmente grave, por lo que siempre debe investigarse la causa subyacente; en varones y mujeres posmenopáusicas es la pérdida digestiva y la malabsorción de hierro. En este grupo se aconseja una gastroscopia, una colonoscopia y una serología de celiaquía. Si los resultados son negativos deberá valorarse la repetición de exploraciones y se acepta una pauta de tratamiento con hierro. En caso de refractariedad o recidiva de la anemia debe ser investigado el intestino delgado. En este caso la cápsula endoscópica es la exploración de elección. En todos los casos debe tratarse la anemia ferropénica hasta la normalización de los depósitos, para lo cual disponemos de una gran variedad de formas de hierro oral y parenteral.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. y AEEH y AEG. Todos los derechos reservados.

Approach to the diagnosis and treatment of chronic anemia secondary to gastrointestinal diseases

Abstract Iron deficiency anemia is the most common type of anemia and can cause asthenia, cognitive and functional impairment, and decompensation of underlying diseases. Iron deficiency anemia is not a disease but is the result of a potentially serious medical problem. Consequently, patients should always undergo investigation of the underlying cause. In men and postmenopausal women, the condition is caused by gastrointestinal loss and malabsorption of iron. In this group, recommended procedures are gastroscopy, colonoscopy and serological testing for celiac disease. If the results of these tests are negative, repeat examinations and

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: frmoranta@bellvitgehospital.cat (F. Rodríguez-Moranta).

Obscure gastrointestinal bleeding;
Fecal occult blood test

iron therapy should be considered. In treatment-refractory or recurrent anemia, the small intestine should be investigated. In this case, the procedure of choice is capsule endoscopy. Iron deficiency anemia should always be treated until iron deposits have returned to normal levels. A wide variety of preparations are available, in both oral and parental formulations.
© 2014 Elsevier España, S.L.U. and AEEH y AEG. All rights reserved.

Introducción

Epidemiología

La anemia ferropénica (AF) es la causa de anemia más frecuente en el mundo. Su prevalencia presenta una enorme variación geográfica, siendo menor del 10% en el norte de América y Europa y mayor del 50% en África y el sur de Asia. En nuestro medio se observa en el 2 al 5% de la población¹. En individuos mayores de 65 años entre un 36 a 70% de los diagnósticos de anemia crónica se deben a ferropenia². En las áreas de hospitalización por causa digestiva la prevalencia de AF es de hasta un 60%³. Así mismo, la AF es una causa frecuente de derivación al especialista de gastroenterología por ser el indicio de una enfermedad potencialmente grave⁴.

Clínica

La AF, con frecuencia, es asintomática y puede ser detectada en una analítica rutinaria. Puede manifestarse como astenia, descompensación de las enfermedades de base del paciente (insuficiencia cardíaca, bronquitis crónica) o un deterioro cognitivo (especialmente en población anciana). La ferropenia, incluso sin anemia, se ha relacionado con un menor rendimiento físico y mental^{5,6}. También se ha asociado con la aparición de membranas esofágicas, trastornos de la conducta alimentaria (pica) o el síndrome de las piernas inquietas.

Definición y diagnóstico de ferropenia y anemia ferropénica (tabla 1)

La Organización Mundial de la Salud define anemia como una concentración de hemoglobina inferior a 130 g/l en varones, 120 g/l en mujeres no embarazadas y 110 g/l en mujeres embarazadas¹.

Ferropenia es un déficit del hierro corporal total. Existe AF cuando la ferropenia es lo suficientemente intensa y prolongada como para disminuir la eritropoyesis y causar un defecto en la síntesis de hemoglobina produciendo unos eritrocitos más pequeños (microcitosis) y con menor cantidad de Hb (hipocromos).

El patrón oro para el diagnóstico de ferropenia se establece mediante la determinación del hierro en la médula ósea. La presencia < 10% de normoblastos teñidos mediante el azul de Prusia es diagnóstico de ferropenia⁷. Se trata de una prueba invasiva, hecho que limita su utilidad en la práctica clínica.

La microcitosis y la hipocromía son indicadores sensibles de ferropenia en ausencia de enfermedad crónica o coexistencia de un déficit de B₁₂ o folatos. No obstante, debe hacerse el diagnóstico diferencial con la talasemia, la anemia sideroblástica y la anemia por enfermedad crónica.

Un nivel bajo de saturación de transferrina, sideremia y ferritina también se asocia a la AF. El dato más específico de AF es la ferritina. La concentración de ferritina es proporcional a los niveles de hierro corporal y se considera el mejor test no invasivo para detectar ferropenia. Unos niveles menores de entre 12 y 15 mg/l se consideran patognomónicos de ferropenia^{8,9}. Sin embargo, su sensibilidad es baja, especialmente en población anciana. La síntesis de ferritina puede verse aumentada por el efecto de algunas citoquinas, como la IL-1, actuando como un reactante de fase aguda. Así, en presencia de una neoplasia, una infección o inflamación, el punto de corte de ferritina en sangre para definir ferropenia podría ser de 50 mg/l o incluso mayor. En estas circunstancias se ha sugerido calcular el cociente entre la concentración del receptor soluble de la transferrina y el logaritmo de la ferritina sérica, cuya sensibilidad para la detección de AF es del 88%^{7,10}. Un resultado < 1 sugiere anemia de la enfermedad crónica sin ferropenia, mientras que una proporción > 2 indica ferropenia con o sin anemia de la enfermedad crónica¹¹.

Como alternativa en situaciones dudosas se aconseja un ensayo con hierro oral o intravenoso (en caso de mala tolerancia o sospecha de mala adherencia) durante 3 semanas. Un aumento de la hemoglobina corpuscular media en los siguientes 7 días apoyaría el diagnóstico de AF.

Metabolismo del hierro

En condiciones normales la eritropoyesis precisa 25 mg diarios de hierro¹². La mayor fuente de hierro es proporcionada por los macrófagos que reciclan el hierro procedente de los eritrocitos destruidos. Por otro lado, a diario consumimos alrededor de 10 mg de hierro en la dieta. De estos solo el 10% es absorbido a través de los enterocitos. El hierro dietético se encuentra en forma ferrosa y, mayoritariamente, en forma férrica. Este último debe ser reducido a hierro ferroso para poder ser absorbido. De este modo, podrá atravesar el borde en cepillo de los enterocitos a través del transportador *Divalent Metal Iron Transporter 1* (DMT1), proteína con un dominio transmembrana que transporta metales divalentes como el hierro, el cobalto, el manganeso o el cinc¹³. La transferrina, una glucoproteína de 79,6 kDa, será la responsable de su transporte en el plasma. El exceso de hierro se almacenará en su proteína de almacenaje, la ferritina. La ferritina es una glucoproteína formada por

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3287981>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3287981>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)