

¿Debemos utilizar la vía oral como primera opción para el tratamiento del déficit de vitamina B₁₂?

R. Rabuñal Rey, R. Monte Secades, M. Peña Zemsch, M. Bal Alvaredo y A. Gómez Gigirey
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo. España

Objetivo. Analizar la utilidad de los preparados comerciales disponibles en nuestro país para el tratamiento del déficit de vitamina B₁₂ por vía oral.

Método. Desde junio de 2003 a diciembre de 2005 se ofreció a los pacientes con déficit de vitamina B₁₂ diagnosticados o en seguimiento en una consulta externa de Medicina Interna el inicio del tratamiento por vía oral o el cambio de la vía intramuscular por la oral. Se realizaron controles clínicos y analíticos al inicio del tratamiento oral y a los 2, 4, 6, 12, 18 y 24 meses de seguimiento.

Resultados. Se incluyeron en el estudio 28 enfermos (55,6% mujeres), con una edad media de 74,96 ± 9,98 años. Veintitrés casos (82,1%) presentaban anemia perniciosa y 5 estaban gastrectomizados. En los pacientes que recibían tratamiento intramuscular (16 casos) no se observaron diferencias en los valores medios de hemoglobina y vitamina B₁₂ tras cambiar a vía oral. Los enfermos que iniciaron tratamiento directamente por vía oral presentaron ya a los dos meses un ascenso de los valores de hemoglobina (de 9,9 ± 2,8 g/dl a 13,5 ± 1,1, p = 0,003) y vitamina B₁₂ (de 118 ± 50 pg/ml a 496 ± 229, p = 0,001). Estas diferencias se mantuvieron a lo largo de todo el período de seguimiento. Ningún paciente abandonó el tratamiento oral y no se registraron efectos secundarios atribuibles al mismo.

Conclusión. La efectividad, seguridad y tolerancia del tratamiento por vía oral del déficit de vitamina B₁₂ con los preparados comerciales disponibles en España son excelentes.

PALABRAS CLAVE: deficiencia de vitamina B₁₂, tratamiento, administración oral.

Rabuñal Rey R, Monte Secades R, Peña Zemsch M, Bal Alvaredo M, Gómez Gigirey A. ¿Debemos utilizar la vía oral como primera opción para el tratamiento del déficit de vitamina B₁₂? *Rev Clin Esp.* 2007;207(4):179-82.

Should we use oral replacement for vitamin B₁₂ deficiency as the first option of treatment?

Objective. Analyze whether the tablets available in Spain are useful for oral replacement in the treatment of vitamin B₁₂ deficiency.

Methods. From June 2003 to December 2005, patients with vitamin B₁₂ deficiency attended at the Internal Medicine Clinic, were offered the possibility of starting or switching to oral therapy. Clinical and biochemical responses were monitored at baseline and at 2, 4, 6, 12, 18 y 24 months of follow-up.

Results. Twenty-eight patients were included (55.6% women), with a mean age of 74.96 ± 9.98 years. Twenty-three cases (82.1%) had pernicious anemia, and 5 were gastrectomized. Patients who switched from intramuscular to oral therapy (16 cases) showed no decrease in the mean values of hemoglobin and B₁₂ levels during the follow-up. Patients who started on oral therapy showed an increase in the values of hemoglobin (from 9.9 ± 2.8 g/dl to 13.5 ± 1.1, p = 0.003) and vitamin B₁₂ (from 118 ± 50 pg/ml to 496 ± 229, p = 0.001) as early as two months after baseline, maintaining the response during the follow-up. No patient refused oral therapy and no toxic effect attributed to oral therapy was recorded.

Conclusions. Oral replacement of vitamin B₁₂ deficiency with the tablets available in Spain is safe, effective and acceptable to patients.

KEY WORDS: vitamin B₁₂ deficiency, drug therapy, oral administration.

Correspondencia: R. Rabuñal Rey.
Servicio de Medicina Interna.
Complejo Hospitalario Xeral-Calde.
C/ Severo Ochoa, s/n.
27004 Lugo. España.
Correo electrónico: Ramon.Rabunal.Rey@sergas.es

Aceptado para su publicación el 17 de noviembre de 2006.

Este trabajo ha sido presentado parcialmente en el XXVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Interna, Lanzarote 2005.

Introducción

El déficit de vitamina B₁₂, secundario a anemia perniciosa o a gastrectomía, es una patología frecuente en nuestro medio¹. La práctica clínica habitual es tratar dicho déficit por vía intramuscular, lo que está considerado de elección en un tratado de Medicina Interna

TABLA 1

Evolución de los parámetros hematológicos en 5 pacientes con anemia marcada no sintomática tratados desde el inicio con cianocobalamina oral

Edad (años)	Sexo	Etiología	Fármacos	Hemoglobina (g/dl)				VCM (fL)				Vitamina B ₁₂ (pg/ml)			
				basal	2 m	4 m	6 m	basal	2 m	4 m	6 m	basal	2 m	4 m	6 m
84	Mujer	A perniciosa	No	9,6	12	12,2		123	95	85		117	736	703	
80	Varón	Gastrectomía	Sí	8,9	11,8	12	13,3	90	89	90	91	105		510	660
61	Varón	A perniciosa	Sí	7,4	14,4	15		111	86	79		79	349	517	
88	Mujer	A perniciosa	No	7,1	14	14,4	15,3	135	97	90	94	205	919	1054	985
75	Mujer	A perniciosa	Sí	6	12,7	13,9	13,2	134	105	87	89	84	266	835	1050

A: anemia.

editado recientemente en nuestro país². Sin embargo, se ha demostrado hace ya 50 años que estas patologías se pueden tratar con éxito por vía oral, independientemente de su etiología^{3,4}, pero a pesar de ello no se ha extendido el uso de este tipo de formulaciones, tampoco en nuestro país⁵. El objetivo del presente estudio es evaluar si los preparados comerciales por vía oral existentes en nuestro país permiten el tratamiento del déficit de vitamina B₁₂ de forma segura, económica y eficaz.

Método

Desde junio de 2003 a diciembre de 2005 se realizó un estudio prospectivo con los enfermos diagnosticados de déficit de vitamina B₁₂ en la consulta externa del Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo, tanto si se trató de nuevos diagnósticos como de pacientes en seguimiento. A estos últimos se les ofreció la posibilidad de seguir con su tratamiento habitual por vía parenteral o pasar a tratamiento oral. En los de nuevo diagnóstico con clínica neurológica o síndrome anémico grave se inició el tratamiento por vía parenteral, con paso posterior a vía oral; cuando no concurren dichas circunstancias se inició directamente tratamiento por vía oral, previa obtención de consentimiento por parte del paciente.

Como tratamiento parenteral se usó Optovite B₁₂[®] (cianocobalamina, 1 mg) intramuscular, un vial diario durante una semana, posteriormente un vial semanal durante un mes y por último dosis de mantenimiento con un vial mensual. En el tratamiento oral se utilizaron indistintamente los preparados Benexol B₁ B₆ B₁₂[®] (1 mg de cianocobalamina, 250 mg de piridoxina y 250 mg de tiamina) y Neuromade[®] (1 mg de cianocobalamina, 50 mg de piridoxina y 50 mg de tiamina), a dosis de una cápsula diaria. Se realizaron controles clínicos y analíticos al inicio del tratamiento oral y a los 2, 4, 6, 12, 18 y 24 meses de seguimiento; en cada visita se interrogó específicamente a los pacientes acerca del cumplimiento terapéutico y los posibles efectos secundarios del tratamiento.

Los datos obtenidos se incorporaron a una base de datos creada a tal efecto elaborada en Excel y se analizaron con el paquete estadístico SPSS 11.5.

Resultados

Se incluyeron en el estudio 28 enfermos (55,6% mujeres), con una edad media de 74,96 ± 9,98 años. Dieciséis pacientes (57,1%) recibieron tratamiento intramuscular previo al inicio del tratamiento oral; de ellos seis

fueron nuevos diagnósticos realizados durante el período de estudio y diez estaban ya en seguimiento. Los doce pacientes restantes recibieron tratamiento oral desde el principio. Todos los pacientes consultados mostraron su preferencia por el tratamiento por vía oral. Veintitrés casos (82,1%) presentaban anemia perniciosa (16 mujeres) y 5 estaban gastrectomizados (todos hombres). Doce pacientes (42,9%) tomaban fármacos en los que se ha descrito interferencia con la absorción oral de la vitamina B₁₂, como omeprazol, metformina o estatinas. El tiempo medio de seguimiento fue de 16,8 ± 7,5 meses, con un mínimo de 4 y un máximo de 24. Ningún paciente abandonó el tratamiento oral y no se registraron efectos secundarios atribuibles al mismo. En los pacientes que recibían tratamiento intramuscular no se observaron diferencias en los valores medios de hemoglobina y vitamina B₁₂ tras el cambio a la vía oral, en ninguno de los controles de seguimiento efectuados. Los enfermos que iniciaron tratamiento directamente por vía oral presentaron ya a los dos meses ascenso de los valores de hemoglobina (de 9,9 ± 2,8 g/dl a 13,5 ± 1,1, p = 0,003), hematocrito (29 ± 8% a 40,2 ± 3,4, p = 0,003) y vitamina B₁₂ (118 ± 50 pg/ml a 496 ± 229, p = 0,001), además de un descenso del volumen corpuscular medio (VCM) (114 ± 15 fL a 96 ± 6, p = 0,003). Estas diferencias se mantuvieron a lo largo de todo el período de seguimiento (figs. 1 y 2). En la tabla 1 se muestran los datos de los cinco pacientes con anemia más marcada no sintomática, donde se evidencia la rápida recuperación de todos los parámetros ya a los dos meses de tratamiento oral.

Los pacientes que tomaban fármacos que potencialmente interfieren en la absorción oral de vitamina B₁₂ presentaban niveles de vitamina más bajos a los dos meses de tratamiento, aunque dentro de límites normales (377 ± 99 pg/ml frente a 561 ± 192, p = 0,03), sin observar diferencias a partir de los cuatro meses (480 ± 171 pg/ml frente a 624 ± 182, p = NS); esta diferencia no tuvo relevancia clínica, ya que no se reflejó en los parámetros hematológicos. Los pacientes gastrectomizados presentaron una recuperación más lenta de las cifras de hemoglobina a los cuatro meses comparado con el grupo de la anemia perniciosa (12,5 ± 1,3 g/dl frente a 14 ± 1,2, p = 0,001), que se igualaron a los 18 meses de tratamiento (13,7 ± 1,3 g/dl frente a 14,3 ± 1,1, p = NS). En tres de ellos se demostró gastritis del muñón y ferropenia.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3829794>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3829794>

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