

Capítulo XII.

SÍNDROME ANÉMICO Y PATOLOGÍA DIGESTIVA.

Autores:

R. E. Martínez Ramírez, M. López Quemada, F. De Vera Almenar, R. J. Pérez Serra, J. V. Vidal Ruiz, A. M. Pulido Sánchez.

Médicos Especialistas en Medicina del Aparato Digestivo.

Hospital "Virgen de los Lirios". Alcoy. Alicante. España.



AREA DE SALUD 14



Índice Temático.

Capítulo XII.

- I. Introducción.
 - II. Anemia Ferropénica.
 - III. Anemia Macroscítica Y Patología Digestiva.
 - IV. Anemia Hemolítica y Patología Digestiva.
-

Capítulo XII.

I. Introducción.

En los Procesos Digestivos, al igual que en la Patología de otros órganos, existen frecuentemente Alteraciones Hematológicas, destacando entre ellas las Anemias que en base a su Intensidad y Tipo pueden ser Más o Menos Relevantes en la Patología Digestiva.

II. Anemia Ferropénica [AF].

Ante una Anemia Microcítica una vez Descartado:

- Un **Proceso Inflamatorio Crónico**, por diferentes Parámetros Analíticos de Laboratorio, tales como el Aumento de la Velocidad de Sedimentación Globular, Niveles Séricos de Reactantes de Fase Aguda Elevados [Proteína C Reactiva, Fibrinógeno, etc.], Nivel Sérico de Ferritina Elevado, Alteraciones Séricas en Factor Reumatoide, ANA, etc.,
- Y una β **Talasemia**, por Diferentes Técnicas Analíticas tales como:
 - Electroforesis de Hemoglobina, o
 - Cromatografía en Columna de Alta Resolución [HPLC].

si los Niveles Séricos de Ferritina y Hierro se encuentran Disminuidos, nos encontramos ante un Síndrome muy frecuente en la práctica clínica diaria, el de la Anemia Ferropénica.

Hasta llegar a la Anemia Ferropénica podemos observar:

- Una Disminución o Ausencia de Depósitos Medulares de Hierro [Ferropenia Precoz].
 - La Disminución de los Depósitos Medulares de Hierro queda confirmada por un Nivel Sérico de Ferritina $< 25 \mu\text{g/L}$ en Mujeres en Edad Fértil o por un Nivel Sérico de Ferritina $< 30 \mu\text{g/L}$ en Hombres, o en Mujeres [Sin Menstruación].
 - La Ausencia de Depósitos Medulares de Hierro queda confirmada con un Nivel Sérico de Ferritina $\leq 15 \mu\text{g/L}$.
- Una Disminución del Nivel de Hemoglobina Total, pero Dentro de los Rangos de Normalidad [Alteración de la Síntesis de Hemoglobina].
- Unos Índices Eritrocitarios Dentro de los Rangos de Normalidad: Normocitosis y Normocromia.
- Pero, cuando el Nivel Sérico de Hierro Disminuye por Debajo del Límite Inferior del Rango de Normalidad [$< 55 \mu\text{g/mL}$], se produce la Anemia y la Alteración de los Índices Eritrocitarios.
- Dando lugar a una Anemia Microcítica Hipocrómica Ferropénica.

Las Causas mas frecuentes de AF en nuestro medio son:

- Las Pérdidas de Sangre por el Tubo Digestivo,
- Las Pérdidas de Sangre de origen Ginecológico, y
- También hay que tener en cuenta los Procesos de Mala Absorción Intestinal, fundamentalmente la Enfermedad Celíaca, que se manifiesta en los

adultos habitualmente como Anemia Ferropénica Crónica "intratable".

Ante un Paciente con este Síndrome nuestra Actitud consiste en realizar una Anamnesis Digestiva Completa que incluya la contemplación de la Toma de Gastroerosivos, las Molestias Dispépticas y los Cambios del Ritmo Intestinal.

En el caso de la Mujer debe también Descartarse Patología Ginecológica sea ésta manifiesta, o no, dada la dificultad practica para evaluar las perdidas menstruales.

Una vez Excluida la Patología Ginecológica el primer paso debe ser un Estudio de Sangre Oculta en Heces [SOH] preferiblemente con Determinación simultanea de Anticuerpos Anti-Hemoglobina Humana y Anti-Transferrina Humana, lo cual nos orientará sobre el Origen Gastrointestinal del Proceso y si las Perdidas son Altas (Gástricas - Intestino Delgado) o Bajas (Colónicas).

- Existe un **nuevo "Juego de Reactivos"**, en el Laboratorio de Análisis Clínicos, para **Determinar la Sangre Oculta en Heces**, que podría **Diferenciar una Hemorragia Digestiva Alta** de una **Baja**.
 - Con este "Juego", se determina la Positividad o Negatividad de la Transferrina y Hemoglobina Humanas, en una Muestra Fecal.
 - Si la Transferrina es Positiva y la Hemoglobina Negativa, la Hemorragia Digestiva sería Alta.
 - Si la Transferrina y la Hemoglobina, son Positivas, la Hemorragia puede ser Alta o Baja.
 - Si da Negativo a las dos Pruebas, no hay Hemorragia o no la Detectamos [debido a la porción de Muestra Fecal que se analice y que contenga o no Restos de Sangre].
 - El Fundamento del Ensayo es que la Transferrina soporta los efectos del CIH en el Estómago, y la Hemoglobina no.

- o **No requiere una Dieta Alimenticia Previa**, ya que Detecta la Transferrina y Hemoglobina Humana, por Anticuerpos Específicos Anti-Hemoglobina y Anti-Transferrina Humanas.
- o Este Ensayo, serviría para efectuar Endoscopia Digestiva Alta o Colonoscopia, de un modo selectivo.

Si sospechamos Perdidas Gastrointestinales Altas el siguiente paso será realizar una Endoscopia Digestiva Alta con toma de Biopsias de las Lesiones Existentes y con toma de Biopsia Duodenal si se aprecian signos sospechosos de Malabsorción Intestinal.

Si existen Cambios del Ritmo y Presencia de Transferrina y Hemoglobina en el Estudio de SOH realizaremos una Colonoscopia con Ileoscopya en los casos sospechosos de Enfermedad de Crohn.

Es importante señalar que las Neoplasias Colónicas y Gastrointestinales se manifiestan frecuentemente y a veces únicamente con Anemia Ferropénica, por ello **nunca debe ser Tratada una Anemia de este tipo sin realizar un Diagnostico Etiológico**.

Es además frecuente que en el Estudio Etiológico se encuentren más de un posible origen para las Pérdidas Digestivas.

Sólo en caso de objetivarse el Sangrado Activo o los Signos de Sangrado Reciente [coagulo adherido, vaso visible] puede Asegurarse el Origen.

El error mas frecuente suele ser atribuir a una Hernia Hiatal no complicada el origen de la Anemia Demorando el Diagnostico de una Neoplasia Colónica.

Esta situación, por tanto, obliga en caso de duda a realizar un Estudio de la Totalidad del Tubo Digestivo.

Si no constatamos Perdidas Digestivas debe descartarse una Malabsorción Intestinal.

Para ello realizaremos un Estudio Serológico, con Anticuerpos Antigliadina IgG e IgA y Anticuerpos AntiTransglutaminasa IgA, Cuantificación de Inmunoglobulinas, Esteatocrito en Heces y Transito Intestinal.

En caso de sospecha de Enfermedad Celiaca añadiremos una Biopsia Intestinal.

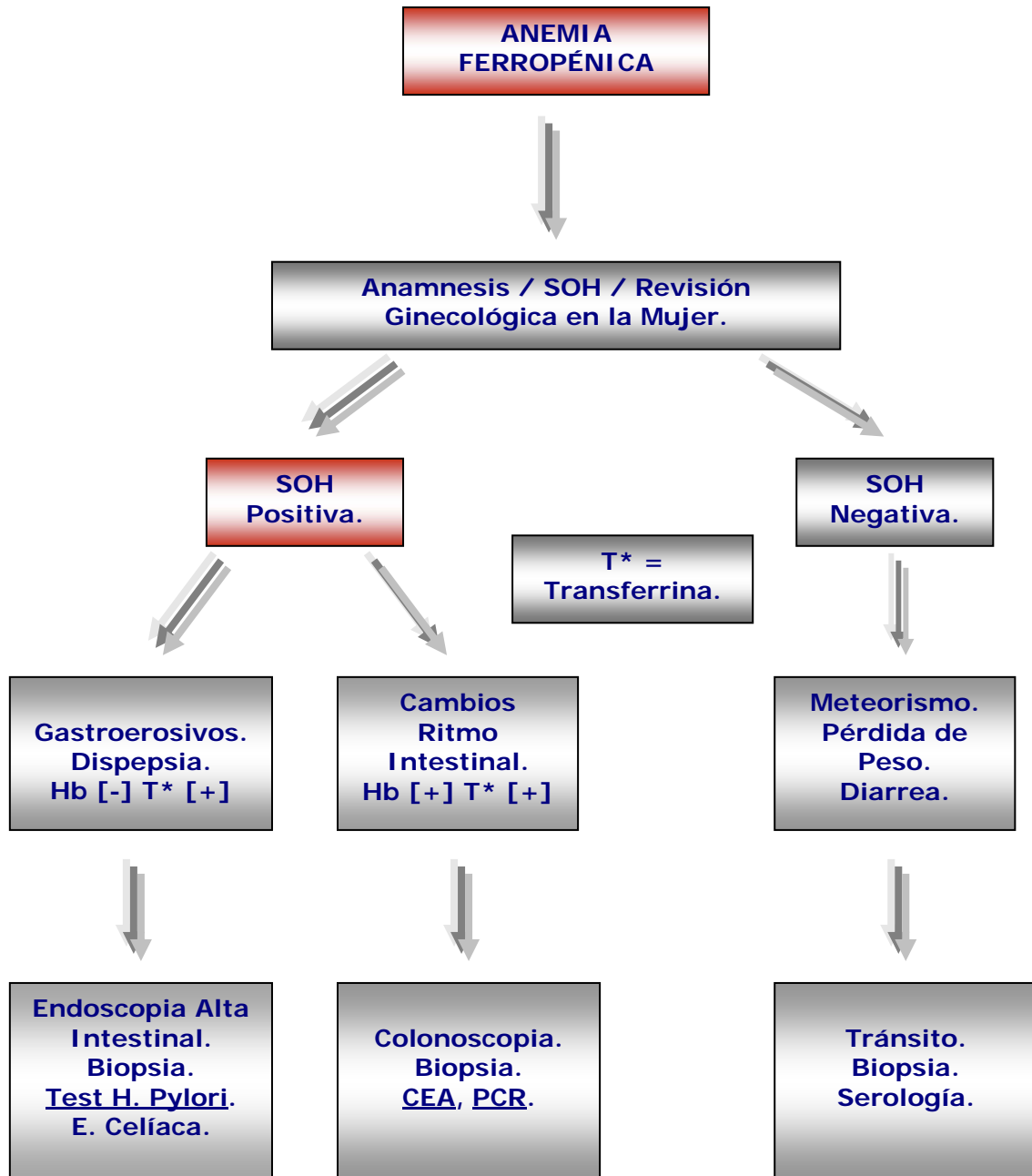
La Cápsula Endoscópica puede ser útil para el Diagnostico de los casos no resueltos con otros métodos.

Hay situaciones con connotaciones especiales como son:

- La Anemia Ferropénica asociada al Estomago Operado que requiere Estudio de Quimismo Gástrico, Pepsinogenos Séricos y Gastrinemia.
- La AF asociada a Cirrosis Hepática, habitualmente debida a Sangrado Crónico por Gastropatía de Hipertensión Portal, que requiere valoración Ecodoppler y Tratamiento Vasoactivo y Argonterapia o Láser.
- También, la AF de la Enfermedad Inflamatoria Crónica Intestinal [EICI] que asocia a las Perdidas de Sangre, las de un Proceso Inflamatorio Crónico, sin olvidar el posible Desarrollo de Neoplasias Asociadas.



A continuación, Esquematizamos el Manejo de una **Anemia Ferropénica desde el Punto de Vista Digestivo:**



III. Anemia Macrocitica y Patología Digestiva.

Este tipo de Anemia puede deberse a Déficit de Vitamina B12 o de Ácido Fólico.

En la práctica, lo más frecuente es el Déficit de Vitamina B12 asociado a la Gastritis Atrófica o Atrofia Gástrica con Hipo o Aclorhidria y con Déficit de Factor Intrínseco.

GASTRITIS CRÓNICA.

	TIPO A	TIPO B
Relación con la Edad	Si	No
Secreción Ácida	Aclorhidria	Aclorhidria
Anticuerpos Anti Células Parietales	Positivos	Negativos
Deficit de Vitamina B12	Posible	No
Gastrinemia Basal	Aumentada	Normal
Histología del Antro	Normal	Gastritis
Masa células G	Aumentadas	Disminuidas

Esta situación conocida como Anemia Perniciosa es un Estado Preneoplásico que obliga a Descartar por Endoscopia la presencia de Displasia o Cáncer Gástrico.

Realizando, así mismo, una Analítica con Anticuerpos Anti Factor Intrínseco, Anticuerpos Anti Células Parietales, Gastrinemia, Pepsinógenos Séricos y Estudio de Quimismo Gástrico.

En la Patología del Intestino Delgado, cuando existe Resección o Afectación del Íleon Terminal, también puede observarse este tipo de Anemia.

La causa mas frecuente es la Enfermedad de Crohn, siendo otras causas posibles el Linfoma y la Tuberculosis de ésta localización. Su estudio requiere Transito Intestinal.

La Mala Absorción Intestinal, el Sobrecrecimiento Bacteriano, el Alcoholismo y la Toma de Inmunosupresores del Tipo de la Azatioprina en EICI, suelen dar lugar a Anemia Macrocitica con Déficit de Ácido Fólico o Mixto.

En su manejo, hay que tener en cuenta la **necesidad** de realizar, en general, **aportes de vitamina B12** por vía parenteral y **siempre antes de utilizar el Ácido Fólico** por vía oral.

IV. Anemia Hemolítica y Patología Digestiva.

Las Anemias Hemolíticas en la Patología Digestiva están Asociadas habitualmente a Enfermedades Autoinmunes [CBP, Hepatitis Autoinmune, Enfermedad de Crohn, Colitis Ulcerosa, etc.].

La Intoxicación por Plomo, la Enfermedad de Wilson, la toma de Ribavirina para la Hepatitis C y las Neoplasias con Anemia Microangiopática son algunas de las causas frecuentes de este tipo de Anemia.



Volver al Principio del Capítulo XII.

Consultas y Sugerencias:

Dr. J. V. Vidal Ruiz.

vidal_jvi@gva.es

Fin.