

Anemias carenciales en geriatría

Abel Lomelí-Guerrero*

Las anemias carenciales en sujetos mayores de 60 años son más frecuentes de lo que se piensa y revisten una gran importancia no sólo por el impacto en sí del síndrome, sino porque habitualmente son secundarias a alguna patología subyacente que en ocasiones da como primera manifestación la anemia.

Las situaciones más frecuentes son la deficiencia de hierro y las anemias megaloblásticas por deficiencia de folatos o de cobalamina (vit. B 12). Las deficiencias proteínicas y de otros elementos como vitaminas y minerales (piridoxina, cobre, etc) como causa única de anemia son extremadamente raras, aunque pueden coexistir en deficiencias nutricionales múltiples.

Deficiencia de ácido fólico

La causa más frecuente de deficiencia de folatos en este grupo de edad es la pobre ingesta. Las reservas de folatos son relativamente pequeñas (3000 a 5000 microgramos) comparadas con los requerimientos diarios (50 a 200 microgramos), por lo que, ante una pobre ingesta o absorción, la deficiencia se hace patente en poco tiempo. Esto es frecuente en sujetos viejos, y mucho más si se conjuntan además pobreza y alcoholismo, situaciones ambas frecuentes en nuestro medio.

Otras causas frecuentes son la hemodialisis y la hiperalimentación parenteral, por remoción y por falta de aporte respectivamente. En la enfermedad hepática crónica se puede observar anemia megaloblástica por deficiencia de folatos, debido tanto a una ingesta insuficiente como a las pobres reservas hepáticas.

Malabsorción de folatos: el sprue no tropical induce inflamación crónica y atrofia de la mucosa de intestino delgado proximal, con deficiencias múltiples, diarrea y esteatorrea. La anemia megaloblástica

es frecuente. El diagnóstico se basa en la demostración de malabsorción intestinal, los hallazgos de la biopsia de yeyuno y la mejoría con una dieta sin gluten.

En este grupo de edad debe considerarse siempre una posible deficiencia de folatos en resecciones amplias de intestino, infiltración linfomatosa, esclerodermia, amiloidosis y diabetes mellitus.

El aumento en los requerimientos de folatos es infrecuente en sujetos mayores de 60 años excepto en los casos de hemólisis crónica y en dermatitis exfoliativa

Además de la anemia, habitualmente hay también leucopenia y trombocitopenia. Los datos morfológicos de la maduración megaloblástica tanto en sangre periférica como en médula ósea pueden ser francos y floridos o pueden ser moderados o enmascarados por deficiencia de hierro concomitante. Se encuentran también los datos de la causa de la deficiencia. El ác. Fólico en suero se encuentra por debajo de 3 ng/ml; la dieta del hospital puede elevar esta cifra en 2-3 días

El tratamiento debe dirigirse a la causa subyacente y a suplementar con ác. Fólico, 1 a 5 mg diario. Se puede usar también ác. Folínico IM.

Deficiencia de cobalamina

La causa más frecuente es la pobre o nula absorción intestinal, pudiendo tener su origen en estómago, páncreas o intestino delgado.

La anemia perniciosa es muy frecuente en anglosajones, en países del norte de Europa y en negros de los EUA; en nuestro país y en orientales es muy poco frecuente. En algunas series analizadas en nuestro país, se ha encontrado una frecuencia de no más de 2%, sin embargo, hay otras situaciones frecuentes en las que la producción de

* Agrupación Mexicana para el Estudio de la Hematología, A.C. San Francisco No. 1626-406 Col. Del Valle C.P. 03100 México, D.F. Tel. 55341856 Te/Fax: 55241112.

factor intrínseco (FI) es escasa o nula y sobre todo en sujetos mayores de 60 años.

Resección gástrica. Si después de una gastrectomía total no se administra la vitamina, en 5-6 años todos los pacientes desarrollan deficiencia con anemia megaloblástica. Si la gastrectomía es parcial, sólo 1-2% de los pacientes desarrollarán anemia megaloblástica, pero hasta 50% puede tener deficiencia de cobalamina sin anemia.

Nosotros hemos visto dos casos de gastritis atrófica con aclorhidria y anemia megaloblástica

Ca en sujetos de entre 60 y 70 años de edad, en los que el único antecedente era la ingestión de 3 a 4 litros diarios de coca-cola, sin otras patologías o datos de autoinmunidad.

Algunas patologías del intestino pueden conducir a deficiencia de cobalamina: resección de íleon, ileítis regional u otros procesos inflamatorios, daño por radiación, tb, linfoma, malabsorción por hipotiroidismo, sprue, síndrome de asa ciega quirúrgico, estenosis, divertículos grandes, alteraciones de la motilidad como en la esclerodermia, amiloidosis y D.M. con neuropatía.

La insuficiencia pancreática exócrina puede causar deficiencia de cobalamina por pobre absorción.

Además del síndrome anémico, los datos de la patología causal subyacente, los datos morfológicos tanto en s.p. como en m.o. se observan alteraciones neuropsiquiátricas que van desde la neuropatía, alteraciones de la sensibilidad propioceptiva, pérdida del sentido de posición, ataxia espástica y daño cerebral manifestado por somnolencia, alteraciones en el gusto y el olfato, atrofia óptica y finalmente demencia progresiva crónica que semeja enfermedad de Alzheimer, hasta la psicosis franca o locura megaloblástica.

Deficiencia de hierro

Es frecuente y causa importante de morbilidad, sobre todo por pérdidas sanguíneas crónicas y

ocultas. Puede ir desde la depleción de Fe sin anemia hasta la franca anemia microcítica hipocrómica.

En EUA se han encontrado frecuencias, en sujetos entre 50 y 75 años de edad de 2% en varones y 6% en mujeres. En nuestro medio la frecuencia es mayor.

Hasta 50% de los sujetos sometidos a gastrectomía desarrollan def. de Fe por tránsito gastroyeyunal rápido, pobre digestión y hemorragia crónica.

En nuestro medio, en el varón adulto la causa más frecuente es la hemorragia de tubo digestivo; la frecuencia de hernia hiatal o incompetencia del esfínter esofágico inferior es de hasta 50% de la población, y de éstos, hasta el 15% llega a desarrollar def. de Fe por hemorragia crónica. Los tumores y divertículos así como hemorroides sangrantes son causas frecuentes. En la mujer la principal causa es la hemorragia uterina. La ingestión crónica de aspirina y antiinflamatorios es una causa muy frecuente.

La importancia de descubrir la anemia hipoferémica o la deficiencia de Fe es doble: por una parte, la deficiencia *per se* ocasiona morbilidad importante y por otra, por la posibilidad de descubrir a tiempo una patología subyacente que requiera atención inmediata.

El diagnóstico deberá hacerse por la sospecha clínica, la citometría hemática en donde el VGM y la HCM son muy importantes y deberá corroborarse con una cuantificación de Fe sérico, la capacidad de fijación de la transferrina, así como una cuantificación de ferritina sérica, sobre todo cuando deba hacerse diagnóstico diferencial con anemia por infección o inflamación crónica, por neoplasia, enfermedad renal y otras.

En ocasiones se requiere un estudio de la m.o.

El tratamiento consiste en dar suplementos adecuados de Fe farmacológico, así como identificar y resolver la causa.