

# Anemia crónica

Herrera Coronel AE, Valles Ugarte ML, Vico Martínez F

Centro de Salud Francia. Fuenlabrada (Madrid)

Mujer de 36 años de edad que consulta por anemia crónica microcítica hipocrómica por déficit de hierro desde la infancia. Ha realizado tratamientos esporádicos con hierro oral sin llegar nunca a remontar los valores de hemoglobina (valores en torno a 10 g/dl). Refiere menstruaciones abundantes desde la menarquia, hábito intestinal con alternancia de estreñimiento, dolor y distensión abdominal, con periodos de diarrea (que no respecta el sueño nocturno) sin productos patológicos.

No tiene alergias medicamentosas conocidas, ni ha sufrido intervenciones quirúrgicas ni patológicas de interés. Menarquia a los 11 años. No sigue ningún tratamiento en la actualidad. Hermano de 22 años de edad, fallecido por linfoma no Hodgkin; padre fallecido por infarto agudo de miocardio a los 50 años de edad.

Exploración física normal salvo distensión abdominal.

Analítica: glucosa 74, urea 23, creatinina 0,59, urato 4,0, colesterol total 172, colesterol HDL 54, colesterol LDL 110, triglicéridos 42, bilirrubina total 1,04, sodio 137, potasio 4,4, proteínas totales 7,5, albúmina 4,1, calcio 8,9, AST (GOT) 13, ALT (GPT) 22, GGT 17, fosfatasa alcalina 50, vitamina B12 300, folato 5,18, ferritina 5, transferrina 356, índice de saturación de transferrina 8,5%, hierro 15; TSH 2.730, tiroxina libre 1.240, anticuerpos antitiroideos <10,0, IgA 487 (87-474), anticuerpos antitransglutaminasa IgA positivos (>300.00, normal <15); leucocitos 7,5, hematíes 4,47, hemoglobina 10, hematocrito 40,7%, VCM 75,0, HCM 25,6, CHCM 29,5, plaquetas 263.000, VPM 8,4, neutrófilos 55,8%, linfocitos 35,0%, monocitos 7,5%, eosinófilos 1,6%, basófilos 0,1%; marcadores genéticos HLA: DQ2 y DQ8 positivos.

Endoscopia alta: esófago con mucosa de aspecto normal, sin lesiones; estómago con fórnix normal por retroversión, cuerpo con mucosa y pliegues normales, incisura sin alteraciones, antro sin lesiones, píloro normal; en el duodeno se observa patrón reticular; se toman biopsias de duodeno distal para descartar enfermedad celiaca.

Biopsia duodenal: presencia de linfocitos intraepiteliales.

Con el diagnóstico de enfermedad celiaca del adulto se inicia tratamiento basado en dieta sin gluten, con lo que se consigue mejoría del cuadro clínico y del perfil analítico (anticuerpos antitransglutaminasa 185, hemoglobina 13,4, VCM 90).

## COMENTARIO

La enfermedad celiaca (EC) consiste en una intolerancia permanente a las proteínas del gluten, contenidas en trigo, cebada, centeno y avena, que afecta a individuos genéticamente predispuestos [HLA tipo II, DQ2/DQ8 (+)]. Produce inflamación del intestino delgado, se manifiesta como una enfermedad sistémica y con frecuencia se acompaña de diversos procesos autoinmunes.

Las distintas formas de presentación clínica de la EC pueden simbolizarse con el conocido "Iceberg de Logan", en el que la punta o parte visible representa los pacientes que cursan con los síntomas clásicos o digestivos (diarrea, distensión, dolor abdominal, pérdida de peso); la parte sumergida del iceberg (que significa un 75-80% de los pacientes) corresponde a las formas oligosintomáticas, que cursan preferentemente en forma de manifestaciones extradigestivas.

En el adulto uno de los hallazgos más frecuentes es la presencia de una anemia ferropénica

refractaria al tratamiento sustitutivo con hierro oral y ferropenia con descenso de ferritina. Las manifestaciones óseas carenciales, como la osteoporosis, son hallazgos muy frecuentes, por malabsorción de calcio y proteínas de forma crónica. En la mujer la infertilidad, el retraso del desarrollo del feto, los abortos de repetición y las alteraciones menstruales deben sugerir al clínico la posibilidad de una EC asociada.

La presencia de problemas psicológicos, como trastornos de la conducta, ansiedad y depresión, pueden hacernos pensar también en este proceso. No es infrecuente la asociación con enfermedades neurológicas como epilepsia, ataxia cerebelosa, esclerosis múltiple, mioclonias...

La asociación con enfermedades autoinmunes se presenta hasta en 20% de los casos, ya que

varias de ellas comparten los mismos haplotipos del sistema HLA que la EC; así es frecuente encontrar alteraciones tiroideas asociadas (hipo/hipertiroidismo) con anticuerpos antitiroideos positivos, diabetes mellitus tipo 1, presencia concomitante de cirrosis biliar primaria (CBP) con anticuerpos antimitocondriales [AMA (+)] y hepatitis autoinmune tipo I con anticuerpos antinucleares [ANA (+)].

El tratamiento consiste en la supresión de todos los alimentos cuya composición o elaboración contenga harina de trigo, centeno, cebada, avena.

Es deseable que los médicos realicen una búsqueda activa de nuevos casos de EC para intentar corregir el importante desequilibrio existente entre los casos diagnosticados y los realmente existentes, pendientes por tanto de diagnosticar.

## BIBLIOGRAFÍA

- Drut R, Cueto Rúa E. The histopathology of pediatric celiac disease: order must prevail out of chaos. *Int J Surg Pathol* 2001;9:261-4.
- Marsh MN. Gluten, major histocompatibility complex and the small intestine. A molecular and immunobiologic approach to the spectrum of gluten sensitivity ("celiac sprue"). *Gastroenterology* 1992; 102:330-54.
- Riestra S, Fernández E, Rodrigo L, García S, Ocio G. Prevalence of coeliac disease in the general population of Northern Spain. *Strategies of serological screening. Scand J Gastroenterol* 2000;35:398-402.
- Maki M, Mustalahti K, Kokkonen J, et al. Prevalence of celiac disease among children in Finland. *N Engl J Med* 2003;348:2517-24.
- Fasano A, Catassi C. Current approaches to diagnosis and treatment of coeliac disease: an evolving spectrum. *Gastroenterology* 2001;120:636-51.
- López-Vázquez A, Rodrigo L, Fuentes D, Riestra S, Bousoño C, García-Fernández S, Martínez-Borra J, González S, López-Larrea C. MHC class I chain related gene A (MICA) modulates the development of coeliac disease in patients with the high risk heterodimer DQA1\*0501/DQB1\*0201. *Gut* 2002; 50:336-40.
- Riestra S, Fuentes D, Fernández E, Rodrigo L. Aspectos actuales de la enfermedad celiaca. *Rev Gastroenterol* 2001;3:153-68.
- López-Vázquez A, Rodrigo L, Fuentes D, Riestra S, Bousoño C, García-Fernández S, Martínez-Borra J, González S, López-Larrea L. MICA5.1 allele is associated with atypical forms of coeliac disease in HLA-DQ2 negative patients. *Immunogenetics* 2002; 53:989-91.
- González S, Rodrigo L, López-Vázquez A, Fuentes D, Agudo-Ibáñez L, Rodríguez-Rodero S, Fernández-Morera JL, Martínez-Borra J, López-Larrea C. Association of MHC class I related gene B (MICB) to celiac disease. *Am J Gastroenterol* 2004;99:676-80.
- Conferencia "Enfermedad celiaca estado actual" Dr. Luis Rodrigo Sáez. Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo 2008.