

## 329/169 - SINDROME DE MALABSORCIÓN ASOCIADA A GASTRITIS CRÓNICA ATRÓFICA

I. Veli Cornelio<sup>1</sup>; B. Gutiérrez Muñoz<sup>1</sup>; P. Minchong Carrasco<sup>2</sup>; S. Lisca Pérez<sup>3</sup>; N. Otero Cabanillas<sup>4</sup>; G. Rosario Godoy<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Cantabria.<sup>2</sup>Médico Residente. Centro de Salud Centro. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santoña. Cantabria. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochoico. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 43 acude a consulta por astenia, fatigabilidad y disnea de grandes esfuerzos desde hace 3 meses. Asocia pérdida de unos 20 kg a pesar de mantener misma ingesta. No alteración de ritmo intestinal, dolor abdominal, parestesias, ni otros síntomas. Se realiza analítica control evidenciándose anemia moderada con ferropenia y déficit de B12.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 125/75 mmHg, peso 58 kg, talla 151 cm, IMC 25.4. Colaboradora, normosómica, bien nutrida e hidratada, palidez mucosas. Cabeza y cuello: No adenopatías, no bocio. No ingurgitación yugular, ni soplos carotídeos. Tórax: ACP normal. Abdomen normal. Extremidades: Pulsos presentes. No edemas. Neurológica normal. Pruebas laboratorio. Bioquímica general: glucosa 86, urea 50 mg/dl, creatinina 0,69 mg/dl, FG >90 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, ácido úrico 4,9 mg/dl, ALT 12 U/l, AST 19 U/l, GGT 12 U/l, bilirrubina total 0,4 , LDH 145 U/l, colesterol 159 mg/dl, calcio 9,9 mEq/l, sodio 139 mEq/l, potasio 4,8 mEq/l, ferritina 9 ?g/dl, albumina 4,5 g/dl, TSH 2,6 ?U/ml, vitamina B<sub>12</sub> 65 pg/ml. Hematimetría: Leucocitos 4.700/?l (72,6% neutrófilos, 20% linfocitos), hemoglobina 8,2 g/dl, hematocrito 23,8%, VCM 102 fL, plaquetas 163.000/?l. Comentario: frotis revisado. Intensa anisopoiquilocitosis a expensas de dacriocitos y macroovalocitos, así como neutrófilos hipersegmentados. Sugestivo de anemia megaloblástica. Autoinmunidad: Ac anti-transglutaminasa IgA negativo, Ac anti-Factor Intrínseco negativo, Ac anti-células parietales gástricas negativo. IgA 260 g/dl. Pruebas radiología: Eco abdominal: hígado volumen normal, presenta un parénquima heterogéneo finamente granular que traducen hepatopatía inespecífica. No se visualizan lesiones focales intrahepáticas. Vesícula biliar normal. Páncreas homogéneo sin masas, quistes ni dilataciones de ductos. Bazo, riñones y vías urinarias sin alteraciones. No se observan masas ni adenopatías mesentéricas ni retroperitoneales. Útero de aspecto miomatoso. Gastroscopia: compatible con gastritis atrófica. Biopsia: gastritis con atrofia y metaplasia intestinal, sin observarse Helicobacter.

**Juicio clínico:** Gastritis crónica atrófica. Anemia megaloblástica.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome malabsorción gástrica. Gastritis crónica atrófica (anemia perniciosa). Síndrome Zollinger-Ellison. Linfoma intestinal. Pancreatitis crónica.

**Comentario final:** Ante la existencia de anemia megaloblástica siempre es fundamental realizar un diagnóstico diferencial. La causa más frecuente es la malabsorción asociada a gastritis crónica atrófica (anemia perniciosa). En nuestro caso, dado el nivel de sospecha alto, se realizó el tratamiento inicial con

suplementos de hierro y vitamina B12 y se solicitaron las demás pruebas complementarias (inmunología, gastroscopia) para confirmar diagnóstico. Finalmente tras 2 meses de tratamiento la paciente presenta niveles de hemoglobina normales y gana 2 kg peso. El pronóstico es excelente con tratamiento, debiéndose realizar una gastroscopia cada 3-4 años debido a la alta incidencia de adenocarcinoma gástrico en estos pacientes, aunque este riesgo es también discutido en la actualidad. Si tras 2 meses de tratamiento no se han normalizado los niveles de hemoglobina, habría que descartar una de las siguientes patologías: hipotiroidismo, ferropenia, enfermedad de Crohn, insuficiencia renal, neoplasias y el déficit de ácido fólico.

## Bibliografía

González-Martínez KI, Farell-Rivas J, Bautista-Piña V. Anemia megaloblástica por deficiencia de vitamina B12. Med Int Méx. 2016;32(3):359-63.

F.L. Reinoso Pérez, Rivas Pollmar I, de Paz Arias R, Hernández Navarro R. Diagnóstico y tratamiento de las anemias megaloblásticas. Medicine. 2008;10(20):1326-33