

ANEMIA FERROPÉNICA REFRACTARIA EN LA INFANCIA ¿Y SI LA CAUSA NO ES TAN FRECUENTE?

U. Díaz-Moreno¹, G. Sanchís-Blanco², M. Cañellas¹, S. Fuertes¹, C. Vidal¹, C. Marhuenda²

¹Servicio de Pediatría, Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca ²Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Son Espases, Palma de Mallorca

La anemia ferropénica (AF) afecta 50% niños en algún momento de su vida. Las causas principales son carencias nutricionales, sangrado gastrointestinal o síndromes malabsortivos. Describimos un paciente con etiología poco frecuente AF Refractaria (AFR).

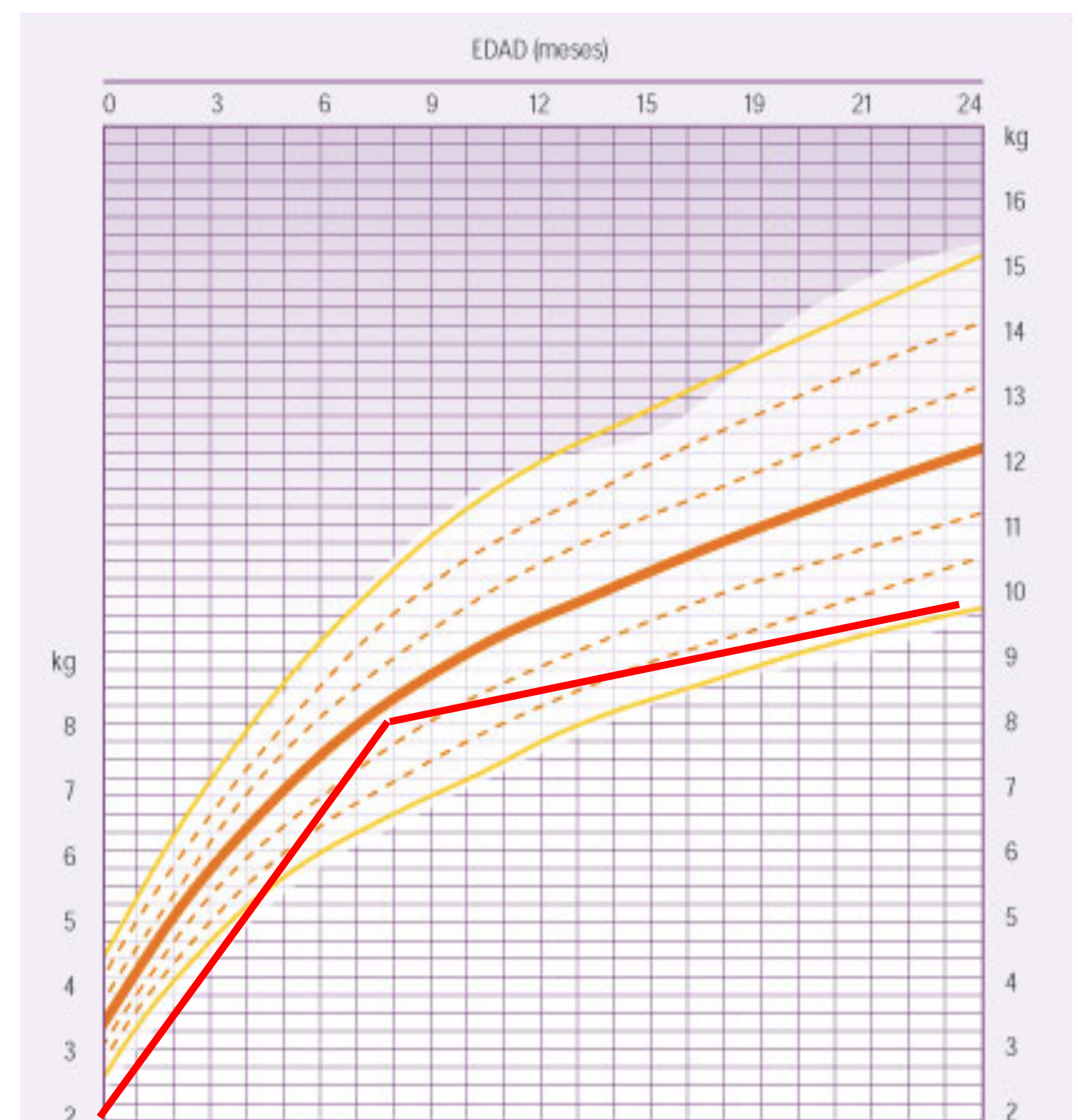
MOTIVO DE CONSULTA:

Varón 4 años con palidez cutánea y decaimiento de 7 meses evolución.

Asociaba dolor abdominal de 1 año evolución, diaria, postprandial, periumbilical, escasa duración y saciedad precoz. Mal comedor. No otros síntomas.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Antropometría compatible con desnutrición moderada. Afectación estado general, taquicárdico, intensa palidez mucocutánea, sin adenomegalias



ANTECEDENTES DE INTERÉS:

- Primer hijo pareja joven, origen magrebí, consanguíneos (Primos hermanos).
- Ingreso 6 meses antes por anemia grave (Hb 3,2g/dl) atribuida a Parvovirus B19, resolvió parcialmente tras transfusión concentrado hematíes (TCH)(Hb 7g/dl). Analítica al mes Hb 12 g/dl.
- Curva ponderal aplanada desde los 6 meses.

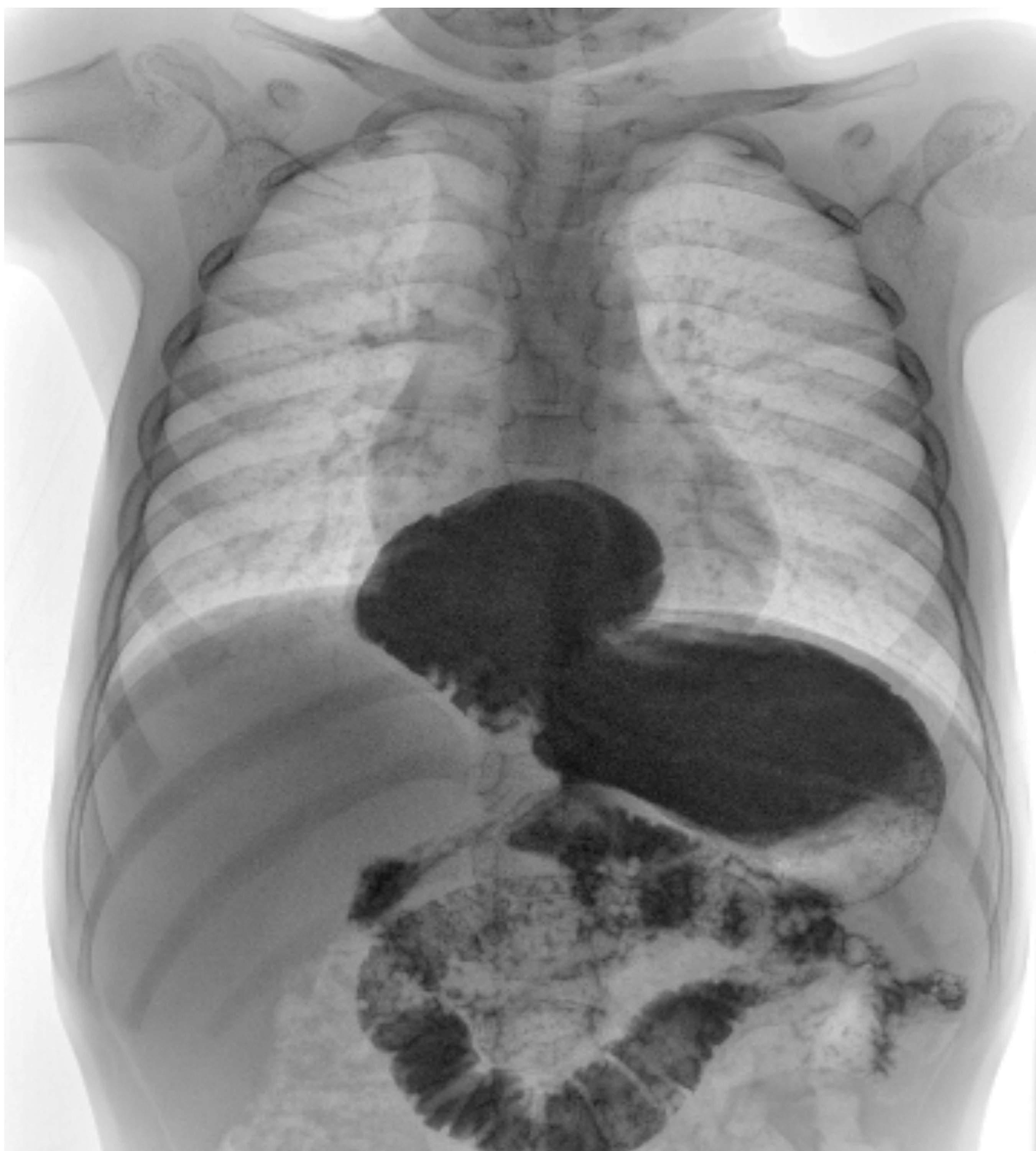


Imagen2: Tránsito esofagogastroduodenal presencia de hernia hiatal mixta

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Hemograma: Hb 2.88g/dl, Hto 10,10% VCM 56,40fL, RDW 20.70%, Ferritina 3,44 ng/ml. No hemólisis.
- Morfología sangre periférica: Aninopoiquilocitosis moderada, microcitosis e hipocromía marcadas. No esquistocitos. Serie blanca y plaquetas sin alteraciones morfológicas.
- Precisó TCH urgente y terapia con hierro (Fe) oral 6mg/kg/día**

Estudio etiológico:

- Electroforesis: Normal.
- Serología celiacía: negativo
- H pylori test aliento: positivo, tratado y erradicado.
- **Sangre oculta heces: negativo.**
- Gastroscopia: hernia hiatal (HH) moderada, sin lesiones esofágicas ni gástricas
- Biopsias: normales
- Gammagrafía Tc99: no mucosa gástrica ectópica.
- **Tránsito esofagogastroduodenal** presencia de HH mixta (por deslizamiento y paraesofágica).

EVOLUCIÓN: Tras 5 meses de Fe oral Hb max.10.20 g/dl, ante AFR se pauta Fe endovenoso consiguiendo Hb. 12.90 g/dl y recaída tras interrupción (Hb.10.20 g/ dl). Se reparó quirúrgicamente con reducción de la hernia, cierre del gran defecto de pilares diafragmáticos y funduplicatura Nissen. La evolución posterior ha sido satisfactoria con desaparición de la clínica abdominal y no nuevos episodios de anemia.

CONCLUSIÓN: Los casos AFR y HH descritos en la literatura son frecuentes en adultos. En la edad pediátrica son pocos, pero muy similares al nuestro. Una vez descartadas las causas más habituales de AF en la infancia, el diagnóstico de HH debe ser considerado como posible causa de AFR. El tratamiento de la HH, aunque asintomática, debe ser siempre quirúrgico ante la presencia de AFR y HH.