**XV CONGRESO DE HEMATOLOGÍA
V CONGRESO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**

CASOS CLÍNICOS: ANEMIA MEGALOBLÁSTICA EN PEDIATRÍA.

Díaz P., Neira L., Carmona M.C., Córdova M., Sánchez E.

Unidad de Hemato-Oncología, Servicio de Pediatría, Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar.

Relator : Paulina Díaz Romero
E-mail : paulinadiaz@vtr.net

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Las anemias megaloblásticas agrupan una serie de desordenes con apariencia morfológica característica en sangre periférica y médula ósea, pudiendo afectar todas las líneas hematopoyéticas. 95% de los casos son resultado de una deficiencia de ácido fólico, vitamina B12 o ambos. La alteración en cualquiera de los pasos del proceso de asimilación de estos micronutrientes, ocasiona la interrupción de éste y, por tanto, la posibilidad potencial de desarrollar una deficiencia de los mismos. La presentación clínica es variable, siendo las alteraciones neurológicas características en el déficit de vitamina B12.

CASO 1: Varón en control desde 9m por desnutrición, retraso desarrollo sicomotor leve, anemia severa macrocítica y trombopenia. Antecedente de ruralidad, alimentación con lactancia materna e ingesta deficitaria de sólidos. Hemograma: anisocitosis, signos de hemólisis e hiperregeneración, hipersegmentación de neutrófilos. Mielograma: megaloblastosis, serie megacariocítica disminuída. Se descarta mala absorción. Refuerzo nutricional y suplementación con vit B12, respuesta favorable clínica y hematológica. En edad preescolar reinicia estudio por pancitopenia, con mismas características morfológicas en sangre periférica y médula ósea; niveles plasmáticos ác. fólico normales, vit B12 muy disminuidos. Tránsito de intestino delgado normal. Endoscopia digestiva alta y biopsia: gastritis crónica inespecífica leve. Ac anti células aprietales gástricas (-). Estudio autoinmunidad (-) Screening metabólico en sangre y orina (-). No se realizan otros estudios por falta de recursos en el medio. Actualmente en buenas condiciones, recibiendo vit B12 trimestral.

CASO 2: Niña 1a 3m, antecedente de ruralidad y madre vegetariana, lactancia materna exclusiva. Desde 8º mes de vida presenta hipoactividad y retraso desarrollo sicomotor, palidez con hiperpigmentación de manos y dermatitis del pañal severa.

CASO 3: Niña 1a 1m, antecedente de ruralidad y lactancia materna exclusiva. Compromiso de conciencia progresivo desde el año, palidez y gingivorragia.

En CASO 2 y 3 se observó: Hemograma: pancitopenia con anemia severa macrocítica. Mielograma: megaloblastosis, serie megacariocítica disminuída. Niveles plasmáticos de ác. fólico normales, vit B12 disminuídos. Estudio metabólico INTA normal. Evolución satisfactoria recibiendo vit B12 IM.

Consideramos que la deficiencia de vit B12 en la edad pediátrica es un problema de relativa frecuencia, siendo interesante presentar las distintas formas de evolución de estos pacientes, con objeto de intentar aclarar su diagnóstico etiopatogénico.