

UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA DE DÉFICIT DE B12

AN ATYPICAL FORM OF DEFICIT PRESENTATION OF B12

Morillo Blanco ML, Perez Moyano S, Arranz Solana S, Guilarte López-Mañas J, García Fernández JR

Hospital Comarcal de Baza, Granada.

Resumen

Paciente de 62 años sin patologías de interés que consulta por lesiones dermatológicas que persisten, habiendo sido valorado previamente por Dermatólogo. El estudio realizado para descartar patología orgánica objetiva como causa de dichas lesiones un de déficit de cianocobalamina o B12 siendo la afectación en la piel su primera manifestación. Se completa la evaluación del paciente con la búsqueda de la etiología del déficit llegando a la conclusión de una gastritis atrófica como causa e iniciándose tratamiento con suplementación vitamínica con resolución del cuadro.

Palabras clave: piel, cianocobalamina, gastritis atrófica.

Abstract

62 years old patient with other pathologies, which is attended in the Medicine Internal department because of skin lesions which weren't disappeared and which had been studied by a Dermatologist. The study performed to rule out objective organic pathology as the cause of these lesions was a vitamin B12 or cyanocobalamin deficiency and the effect on the skin was the first manifestation of the illness. After a complete evaluation with the search for the aetiology of the deficit, the conclusion was that atrophic gastritis was the origin of the deficit. Treatment by supplementing with B12 vitamin produced the resolution of the symptoms.

Keywords: skin, cyanocobalamin, atrophic gastritis.

CORRESPONDENCIA

M^a Lorena Morillo Blanco
Hospital Comarcal de Baza
18800 Granada
lorenamorilloblanco@gmail.com

Fecha de envío: 01/07/2020
Fecha de aceptación: 24/08/2020

Introducción

Se presenta un caso procedente de las consultas externas de Medicina Interna de un hospital comarcal, donde la patología que se revisa es bastante variada, abarcando distintas especialidades y en ocasiones implicando la colaboración con otras unidades, para la resolución del problema. Se trata de una forma poco usual de presentación de un déficit vitamínico.

Descripción

Paciente de 62 años que acude a consultas de Medicina Interna para valoración de lesiones dérmicas, habiendo sido revisado previamente en Dermatología y catalogado como eccema de éctasis, desde donde se envió a Cirugía Vascular que descartó patología por su parte. Se trata de un enfermo "sin antecedentes personales previos, salvo tabaquismo", que refería aparición de lesiones en plano de extensión de extremidades inferiores de unos 5 meses de evolución. No cuadro constitucional asociado, ni proceso febril acompañante o clínica respiratoria, digestiva ni urinaria o de cualquier otra índole referida. Tampoco había realizado viajes al extranjero ni recordaba salidas al campo con picaduras de insectos. Dicha afectación comentaba habían evolucionado en el tiempo desde edematización de las extremidades inferiores, hasta posterior oscurecimiento de la piel y por último descamación de la misma. A la exploración se manifiesta en ambas piernas áreas descamativas de coloración violácea en ambos maléolos no dolorosas ni supurativas. No se acompañan de artritis o de otras lesiones dérmicas en zonas distintas a las ya referidas. Resto de exploración sin alteraciones significativas. Se solicitan pruebas complementarias con perfil analítico que incluye analítica general, función renal y hepática, perfil lipídico, autoinmunidad, serología, fólculo y vitamina B12, proteinograma e inmunoglobulinas, radiografía de tórax y de manos. En dichas pruebas se objetiva negatividad para autoinmunidad, incluido factor reumatoide, péptido citrulinado, proteinograma sin alteraciones significativas e inmunoglobulinas. Estudio serológico: VIH, VHB y VHC, parvovirus, Chlamydia, Mycoplasma, Lúes todos resultados negativos, fólculo dentro de la normalidad y B12 descendida, perfil general con función renal, hepática y lipídica en parámetros normales, hemograma dentro de la normalidad. Radiografía de manos sin alteraciones y en tórax tractos fibrosos, por lo que se amplía estudio a TAC de tórax, sin hallazgos significativos. Tras dichos resultados el dato significativo es el déficit de vitamina B12. Se contacta con Hematología, aconsejando realizar endoscopia digestiva alta para confirmar posible gastritis atrófica. La gastroscopia es informada como hallazgos altamente sugestivos de gastritis atrófica. Además presenta positividad para anticuerpos anticélulas parietales; aunque la confirmación diagnóstica es mediante biopsia endoscópica. Tras conocer el resultado el paciente inicia tratamiento con suplementación de vitamina B12, tras lo cual muestra práctica desaparición de las lesiones dermatológicas. Actualmente el paciente es seguido por Hematología.

Discusión

El déficit de B12 es bastante común, sobre todo en personas ancianas con malnutrición secundaria a comorbilidad y también en personas vegetarianas. Las principales causas de déficit de vitamina B12 son por bajo aporte exógeno, maladigestión y malabsorción de la vitamina. La B12 desempeña un papel clave en la síntesis del ADN y maduración celular, así como en los lípidos neuronales. Se absorbe en el íleon distal, y se une al factor intrínseco, que se sintetiza en las células parietales del fundus gástrico. También se conocen fármacos que intervienen en la malabsorción de dicha vitamina, como omeprazol y metformina. El déficit se puede manifestar como anemia macrocítica y en casos avanzados como déficit neurológico, pero es bastante infrecuente la manifestación dermatológica, que es lo que hace más

llamativo este caso. Están descritas lesiones hiperpigmentadas en manos y pies, flexuras, mucosa oral y también glositis, pero no es común en las áreas donde las manifiesta el paciente. La solicitud del TAC de tórax se hace en relación a que la piel es un órgano donde se manifiestan multitud de lesiones paraneoplásicas y dado que el enfermo es fumador podría haber lesión pulmonar neoplásica. Una vez descartado este origen y apoyado en que el paciente sigue una dieta variada es cuando el Hematólogo hace hincapié en la solicitud de endoscopia, ya que, "según me explica", las manifestaciones no hematológicas pueden presentarse previas a la anemización. Respecto a la hiperpigmentación, se han descrito varias hipótesis, algunas relacionadas con niveles bajos de glutatión y con ello aumento de la melanogénesis. Otras relacionadas con la fenilalanina que también interviene en la síntesis de la melanina. Concluyendo este apartado la importancia está en descubrir la existencia del déficit de B12, ya que si no se establece una corrección del mismo puede tener otras consecuencias de mayor severidad como son la afectación hematológica y neurológica, con el consiguiente deterioro cognitivo secundario.

Bibliografía

1. Vera- Kellet C., Andino-Navarrete R., Navajas-Galimany, L. Déficit de vitamina B12 y sus diversas manifestaciones dermatológicas. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2015; 106(9):762-764.
2. Mariño-Suárez JE, Monedero-Remero J, Peláez- Laguno C. Deficiencia de vitamina B12 y tratamiento por vía oral. Una opción tan eficaz como (todavía) poco utilizada. *Atención Primaria* 2003;32(6):382-387.
3. Camarero-Shelly M. Niveles de vitamina B12 en la población consultante de un centro de salud urbano de Madrid. *Medicina de Familia. SEMERGEN* 2018; 44(3):161-167.
4. Riera- Matute G., Riera-Alonso E. La aftosis oral recurrente en Reumatología. *Reumatología Clin.* 2011,7(5):323-328