



DÉFICE DE VITAMINA B12: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO NA PANCITOPENIA

Luciana Sousa, Rita Magalhães, Sofia Caridade, Ilídio Brandão



INTRODUÇÃO: A vitamina B12 é um elemento essencial na eritropoiese, devendo o seu défice ser interrogado quando na presença de eritrócitos macrocíticos com ou sem anemia, existência de pancitopenia ou aparecimento de sintomas ou sinais neurológicos inexplicados. O diagnóstico é obtido através da confirmação directa da sua diminuição ou indirectamente pela presença de precursores aumentados. Os factores etiológicos são os mais diversos, podendo variar desde factores dietéticos ou iatrogénicos, até doenças hereditárias ou então infecção ou colonização por bactérias. O tratamento passa pela correcção da causa e reposição oral ou intramuscular (IM) da vitamina.

HISTÓRIA CLÍNICA

- G.V. 61 anos, género feminino, autónoma.
- Submetida em Dezembro 2013 a gastrectomia subtotal por tumor neuroendócrino do estômago, sem profilaxia de vitamina B12.
- Recorreu ao serviço de urgência em Março 2014 por quadro de astenia progressiva nos últimos meses e edema dos membros inferiores nos últimos 8 dias.

EXAME FÍSICO

- Emagrecida, pálida, anictérica
- Hemodinamicamente estável
- Edema e petéquias nos membros inferiores



Fig. 1
Ecografia abdominal
“Ascite de médio volume”



Fig. 2
Endoscopia digestiva alta
“Gastrectomia quase total-Billroth II”

TABELA 1: ESTUDO ANALÍTICO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

| | | | |
|-----------------------|---------------------|----------------------|-----------------|
| Hemoglobina | 3,4 g/dl | Glic | 96 mg/dl |
| HTC | 9,6 % | Ureia | 40 mg/dl |
| VGM | 105,5 fl | Creat | 0,6 mg /dl |
| CHGM | 35,4 g/dl | K+ | 4,5 mmol/L |
| Leuc | 1.2 x10^3/uL | Na+ | 141 mmol/L |
| Neut | 65,3 % | Cl- | 106 mmol/L |
| Eo | 0,8 % | Bilir. Total | 1,11 mg/dl |
| Basof | 0,0 % | Bilir. direct | 0,27 mg/dl |
| Linf | 28,8 % | AST | 98 U/L |
| Mono | 5,1 % | ALT | 53 U/L |
| Plaq | 23 000/uL | FA | 37 U/L |
| Reticulócitos | 1,8 % | LDH | 4385 U/L |
| Vit. B12 | 102 pg/ml | Ferro | 190 ug/dL |
| ÁC. Fólico | 18 ng/ml | Ferritina | 249 ng/dL |
| Coombs directa | negativa | TIBC | 220 ug/dl |
| Haptoglobina | <8 mg/dL | PCR | <2,9 mg/L |

Transusão de
2 unidades
globos rubros



Subida de
hemoglobina
para 6,7 g/dL

INTERNAMENTO

Hemogramas prévios

| | 07/11/2014 | 02/12/2013 | 10/12/2013 |
|-------|--------------|---------------|---------------|
| Hb | 12,2 g/dl | 13,5 g/dL | 10,9 g/dL |
| HTC | 34 % | 37,8 % | 30,5 % |
| VGM | 98 fl | 101,3 fl | 101,3 fl |
| CHGM | 35,4 g/dl | 35,7 g/dL | 35,7 g/dL |
| Leuc | 3,7 x10^3/uL | 4,8 x 10^3/uL | 3,3 x 10^3/uL |
| Neut | 73,0 % | 76,4 % | 68,6% |
| Eo | 0,8 % | 0,4 % | 3,1 % |
| Basof | 0,0 % | 0,0 % | 0,0% |
| Linf | 21,9 % | 19,0 % | 22,5 % |
| Mono | 4,3 % | 4,2 % | 5,8 5 |
| Plaq | 79 000/uL | 98 000/uL | 125 000/uL |

Histologia da peça cirúrgica

- Tumor neuroendócrino do estômago. pT1 G2 N0
- Gastrite crónica atrófica

PROVA TERAPÊUTICA cianocobalamina IM 1mg/dia durante 1 semana

| | | | |
|--------------|--------------|-----------------------|-----------------------|
| Hb | 6,3 g/dl | Reticulócitos | 17,9 % |
| HTC | 19,3 % | Bilir. total | 0,55 mg/dL |
| VGM | 100,5 fl | Bilir. directa | 0,12 mg/dL |
| CHGM | 32,8 g/dl | LDH | 1905 U/L |
| Leuc | 2,0 x10^3/uL | Haptoglobina | <8 mg/dL |
| Neut | 49,3 % | Prot. totais | 5,1 g/dL |
| Eo | 1,5 % | Albumina | 3,3 g/dL |
| Basof | 0,5% | Elect. Prot. | Sem picos monoclonais |
| Linf | 34,8 % | TSH | 1,8 uUI/ml |
| Mono | 13,9 % | T4 | 0,9 ng/dL |
| Plaq | 25 000/uL | | |



Fig. 3: TC-tóraco-abdómino-pélvica
“esplenomegalia homogênea, ascite de médio volume, gastrectomia parcial”

Esfregaço de sangue periférico

Presença de neutrófilos **hipersegmentados**
Anisocitose, poiquilocitose eritrocitária

Mielograma

Quadro morfológico compatível com síndrome mielodisplásico com displasia bilinear (mielóide e eritróide)

Estudo genético

Onco-FISH para SMD: 5% positivo para del (20) (q12)
Cariótipo de linfócitos: sem alterações cromossómicas

Dada estabilidade clínica, teve alta orientada para consulta externa de Medicina Interna, medicada com cianocobalamina IM 1mg/semana

SEGUIMENTO EM CONSULTA

Abril

Maio

Agosto

Sem astenia ou anorexia.
Corada, anictérica, hidratada.
Hemodinamicamente estável, apirética.
Sem alterações de relevo ao exame físico.

| | 17/04/2014 | 06/06/2014 | 04/08/2014 |
|-----------------|--------------|---------------|---------------|
| Hb | 11,0 g/dl | 14,0 g/dL | 14,2 g/dL |
| HTC | 34,2 % | 86,7 % | 41,6 % |
| VGM | 101,1 fl | 86,7 fl | 90,4 fl |
| CHGM | 32,2 g/dl | 34,7 g/dL | 34,1 g/dL |
| Leuc | 4,1 x10^3/uL | 3,9 x 10^3/uL | 5,2 x 10^3/uL |
| Neut | 72,0 % | 72,3 % | 78,5 % |
| Eo | 3,2 % | 0,3 % | 0,4 % |
| Basof | 0,5 % | 0,3 % | 0,2 % |
| Linf | 17,5 % | 21,5 % | 15,5 % |
| Mono | 6,8 % | 5,6% | 5,4% |
| Plaq | 117 000/uL | 144 000/uL | 117 000/uL |
| Vit. B12 | 1035 pg/ml | | 266 pg/ml |



Fig. 4: TC-tóraco-abdómino-pélvica
“Sem derrame pleural ou pericárdico ... sem massas ou adenomegalias ... fígado tem configuração globosa, mantendo contornos regulares e textura homogênea...sinais de gastrectomia...sem sinais de ascite...”

Doente mantém seguimento em consulta de Medicina Interna, medicada com cianocobalamina IM 1mg/mês

CONCLUSÃO: A pancitopenia, quando presente, deve levar à exclusão de outros diagnósticos como síndrome mielodisplásico (SMD), leucemia mielóide aguda ou anemia aplásica. Apesar de no caso apresentado não se poder excluir diagnóstico de SMD, foi evidente a contribuição do défice vitamínico para a clínica apresentada. É interessante o facto de a gastrectomia não ter sido o factor etiológico mas sim provável factor precipitante do quadro clínico. Uma vez que tinha sido realizada gastrectomia quase total, decidimos não progredir com estudo etiológico da gastrite crónica atrófica, tendo sido iniciado tratamento através da reposição por via parentérica da vitamina. A resposta ao tratamento foi positiva, uma vez que, a uma reticulocitose inicial, se seguiu a normalização dos valores hematológicos.