

4 de Outubro de 2007.
Professor Fernando Pretti.

Síndromes Anêmicas

Interrogatório: dados importantes no interrogatório do paciente anêmico.

Raça

Sexo

Ocupação

Doenças anteriores

Idade

Residência

Alimentação

Antecedentes familiares

A) Raça

Anemia falciforme

Muito rara na raça branca.

No Brasil como a mistura racial é muito grande, pessoas tidas como brancas podem ter origem negra. Assim, é possível que paciente totalmente brancas sejam falcêmicas.

Em alguns regiões do mediterrâneo, como Grécia e Itália, é possível encontrar pessoas com essa anemia.

No traço falciforme o paciente é assintomático e não possui anemia. Seu genótipo é NS (ele possui um gene normal e um gene para anemia falciforme).

Alfa talassemia

Antes se pensava ser muito rara no Brasil e frequente na África.

Hoje é considerada muito freqüente, porém pouco importante: possui poucas alterações clínicas e hematológicas, mas a biologia molecular mostra o defeito.

A Hb possui quadro cadeias alfa. O indivíduo com ausência de uma cadeia alfa (deleção de um gene), é praticamente normal (alfa talassemia). A deleção de dois genes de cadeia alfa identifica o indivíduo com beta talassemia que é grave.

Beta talassemia

É menos freqüente, porém é mais importante, especialmente geograficamente. Incide muito em italianos, espanhóis, gregos e portugueses.

O DX da beta talassemia é maior, apesar de ser menos prevalente.

Na talassemia a pessoa possui redução da síntese da cadeia Beta. Se a redução for parcial é a forma menor, se a redução for total o paciente vai apresentar a forma grave (major). A forma grave ocorre quando ambos os pais são heterozigotos.

Fator de V de Leiden

A pessoa com mutação no fator V é mais propensa a trombose venose.

Possui prevalência extremamente variável no mundo: muito prevalente nos países nórdicos (na Escandinávia 45% da população que tiveram trombose apresentam a mutação nesse gene, já na África e no Japão é de praticamente 0%. No Brasil é em torno de 20%).

Não é encaixada em Síndrome Anêmica.

B) Antecedentes familiares

Anemia falciforme

Talasseмииs

O paciente com beta-talassemia major apresenta um aspecto raiado do RX do crânio: hiperplasia da MOV. É o crânio em escova.

Anemia hemolítica intensa conduz à fâscies típicas (horse fascies): protusão de zigomático pela hiperplasia da MOV conduz à "abertura da boca", aspecto amendoado dos olhos, alargamento da base da narina (hipertelorismo).

Esferocitose hereditária: é um defeito de membrana da hemácia e não uma hemoglobinopatia. Apresenta penetrância variável: algumas pessoas com forma leve, outras moderada e outras ainda intensa. Nestas últimas retira-se o baço e provoca-se a cura clínica do paciente. A forma leve descarta possibilidade de cirurgia e a forma moderada exige discussão sobre a cirurgia.

História familiar + esferócitos no sangue periférico + baço palpável + exame específico são DX.

Esferócito: hemácia mais esférica que favorece sua destruição.

Eliptocitose hereditária

Apresenta semelhanças com a esferocitose.

Eliptócito: a hemácia fica ovalada. Alguns pacientes possuem sobrevida encurtada e a retirada do baço resolve o problema do paciente.

Deficiência de G-6-PD

Conduz à anemia hemolítica. O fato de ser muito prevalente, não significa ser importante.

Essa enzima reduz a hemoglobina, faz com que o ferro fique bivalente. Quando o ferro se oxida, a Hb passa a ser lesiva e tóxica para a hemácia, promovendo a lise da membrana da hemácia.

Existem fatores que deflagram essa anemia hemolítica: estresse, uso de sulfa, exercício, uso de drogas.

A grande maioria das pessoas possui essa deficiência "pelo laboratório" e só vão ter anemia hemolítica se houver um fator deflagrador como uma infecção.

C) Idade

Anemia perniciosa

Deficiência de vitamina B12 graças a um autoanticorpo que agride a mucosa GI (gástrica) que deixa de produzir fator intrínseco que, assim, deixa de se ligar à vitamina para permitir sua absorção.

Existem outras formas de anemia por carência de vitamina B12.

Em princípio é uma doença de idosos.

Anemia ferropriva

Acomete qualquer faixa etária, mas é mais freqüente no lactente (dieta pobre em ferro e crescimento exagerado por ano) e mais freqüente na mulher (por perda menstrual).

Anemias hereditárias

DX é mais precoce porque são genéticas. Também não é incomum o DX em pessoas adultas, dependendo da penetrância (formas mais leves passam despercebidas).

D) Sexo

Anemia ferropriva

Incidência maior na mulher pela gravidez (o feto consome o ferro da mãe) e pela menstruação.

E) Ocupação/residência

Anemia aplástica

Ocorre em pacientes que trabalham com benzeno e seus derivados (provocam anemia aplástica, trombocitopenia, pancitopenia).

Os agrotóxicos e radiações também podem conduzir à anemia aplástica.

Anemia por deficiência de B12.

Acomete principalmente Finlandeses, porque há consumo de muito peixe cru das profundezas. Um verme presente no peixe compete com a vitamina B12 e impede sua absorção.

Anemia ferropriva

Pessoas que trabalham em ambientes insalubres (como a coleta de arroz) infestados de vermes. O ancilostomídeo está muito relacionado à anemia ferropriva. Entretanto, não é comum verminoses conduzirem à anemia. A anemia causada exclusivamente por verminose ocorre quando a infestação é muito grande.

F) Alimentação

Anemia ferropriva

O ferro vegetal apresenta baixa biodisponibilidade.

A principal fonte do ferro é a carne vermelha: o vegetariano faz anemia ferropriva porque não come carne.

Anemia de deficiência de folato

Deficiência de G-6-PD

Anemia do Alcoolismo

O álcool sozinho pode ser tóxico para medula óssea.

A anemia do alcoolismo é multifatorial: toxicidade direta, gastrite, hipercaloria (pessoa come menos), cirrose hepática (conduz à anemia também).

G) Doenças anteriores

Nem sempre a causa da anemia é hematológica. Assim, a anamnese é muito importante.

Hemorragia

Hipermenorréia?

Lembrar das hemorragias do tubo digestivo.

Hepatopatia

Insuficiência renal

A dosagem de creatinina permite o DX.

Perguntar sempre ao paciente se ele é hipertenso.

Neoplasia

O câncer pode recidivar, e também, a RTX pode lesar a MOV.

Infecção

Infecção de 1 M a 2 M pode conduzir a anemia importante.

Pode paralisar a medula.

O TTM envolve ATB.

Manifestações cutâneas

Para ter certeza se o paciente é anêmico ou não deve ser feito o hemograma: paciente com vasos profundos pode parecer anemia e não ser; pacientes com vasos superficiais pode parecer não ter anemia e ter sim.

Palidez

Icterícia

Os dois primeiros podem ser anemia hemolítica, ou uma neoplasia das vias biliares.

Petéquias + Equimoses

Pode pensar em leucemia, aplasia de medula pela trombocitopenia.

A púrpura trombocitopênica só daria a petéquia e não daria anemia.

Coiloníquia

Unha aplanada ou até côncava.

Unha quebradiça também é sinal de deficiência de ferro.

Queda de cabelos

Também é sinal de deficiência de ferro.

Úlcera de perna

Característica da anemia falciforme: pessoa de raça negra com úlcera de perna requer pensar em anemia falciforme.

Vitiligo

Existe relação maior com anemia perniciosa.

Queilite angular

Deficiência de ferro, B12, folato.

Aparelho digestivo**Queilite angular**

Glossite atrófica: ferro, B12 e folato pode comprometer toda a mucosa, especialmente as com turn over muito alto.

Boca: lesões necro-hemorrágicas: aplasia de medula ou leucemia aguda → neutropenia → necrose. Paciente com alto risco de septicemia.

Diarréia crônica e perda de peso: paciente fica com mucosa aplanada e não absorve.

Endoscopia digestiva alta: gastrites por qualquer causa destroem as células da mucosa e dificultam absorção de ferro. Pessoas com gastrite tem dificuldade de resposta ao tratamento.

A EDA permite ver se não há perda crônica de sangue por varizes de esôfago, câncer de estômago.

Pacientes com anemia sem causa aparente exige solicitação de EDA, apesar de existir o exame de sangue oculto nas fezes.

EDA normal exige colonoscopia.

Colonoscopia**Intestino delgado****Parasitológico****Hepato-esplenomegalia**

Pode ser uma anemia hemolítica, uma leucemia, etc.

Cálculo biliar: sugere anemia hemolítica, especialmente se a pessoa for jovem.

Síndrome anêmica hepato-esplênica

Os pacientes são submetidos ao sistema de hipertransfusão (de 20 em 20 dias), nos quais a criança se desenvolve normal.

Esferocitose hereditária**Eliptocitose hereditária****Talassemia maior (menor é rara)**

Anemia falciforme: só na criança, depois a fibrose reduz o baço.

Anemia hemolítica auto-imune**Hemoglobinúria paroxística noturna****Sistema respiratório e cardiovascular**

De modo geral são sintomas inespecíficos com força relacionada à intensidade da anemia.

É comum sopros.

Dispnéia.**Taquicardia.****Arritmias.****Sopro sistólico.****Hipertrofia ventricular.**

Cardiomegalia: em 100% dos pacientes com anemia falciforme depois de 20 anos.

Insuficiência cardíaca.

Crise torácica: paciente falcêmico faz muita trombose e obstrução de vasos (da costela e de regiões).

Edema de MMII.**Sistema nervoso**

Os sintomas são muito inespecíficos.

O paciente com anemia perniciosa perde a sensibilidade profunda por lesão dos cordões laterais e posteriores da medula. Conduz à alteração da marcha e perda da sensibilidade.

Tonteira.**Cafaléia.**

Zumbido.

Sonolência.

Sensibilidade profunda

Alteração da marcha.

A alteração da sensibilidade e da marcha reduziu muito com a implantação da dosagem de B12 que pode ser corrigida antes mesmo da manifestação da anemia.

A alteração da marcha e a parestesia pode ser perene.

Fundo de olho.

Sistema músculo-esquelético

Fraqueza

Fácies

Crise algica: característica da anemia falciforme. A hemácia afoçada (diferente da bicôncava) tem dificuldade de passar em capilares → obstrui → trombose → necrose do tecido. Pode comprometer articulação coxo-femoral (necrose da cabeça do fêmur), coluna, etc.

Sistema genito-urinário

Hematúria: característica da falciforme. A obstrução ocorre nos glomérulos → necrose → pode sangrar.

Hemoglobinúria

Priapismo: a ereção costuma ser parcial. Geralmente é uma situação grave, qualquer conduta costuma levar à impotência definitiva. **Causas:** anemia falciforme (Hb de 8 ou 9) e leucemia mielóide → obstrução dos vasos. O hemograma afasta ou confirma as duas possibilidades: hemoglobina baixa ou leucocitose alta.

IRC

Anemia da gravidez: é muito comum anemia fisiológica (até 10,5 de Hb pode ser considerada normal), é uma falsa anemia na qual a mulher possui uma retenção de líquido.

Drogas

AAS: anemia por hemorragia digestiva aguda.

Alfa-metil-dopa - quinidina: anemia hemolítica auto-imune.

Dapsona – primaquina: substâncias oxidantes que podem causar uma crise hemolítica.

Antiinflamatórios: podem causar anemia aplástica.

Cloranfenicol: também pode causar anemia aplástica.

Fenitoína: pode causar agranulocitose (leucopenia grave). Pode simular uma Doença de Hodgkin (gânglios com histologia de Hodgkin – células de ReedStemberg). Assim, deve-se aguardar para diagnosticar.

Quimioterápicos.

Álcool.

Anemia ferropriva – Perda sanguínea crônica

Hérnia de hiato

Varizes de esôfago

Úlcera péptica

Câncer gástrico

Câncer de colon.

Câncer de reto.

Câncer de esôfago.

Polipose.

Doença de Crohn.

Ancilostomíase.

Colite ulcerativa.

Hemorróidas.

Angiodisplasia.

Talangiectasia hereditária.

Menometrorragia: anemia ferropriva persistente.

