



UTILIDAD DEL DÉFICIT DE VITAMINA B12 COMO MARCADOR PRECOZ DE DEMENCIA

M.E. Orenga Lozano; B. Valero Claramunt . CASTELLÓN

OBJETIVOS: Comprobar si una prueba sencilla y de fácil acceso en Atención Primaria como es la determinación de vitamina B12 puede ayudar a un diagnóstico precoz o a adoptar una conducta preventiva frente al desarrollo de una demencia en pacientes mayores asintomáticos.

DISEÑO: En un primera fase se realizó un estudio descriptivo transversal para conocer la prevalencia del déficit de vitamina B12 en nuestra población y a continuación una segunda fase que consiste en un estudio de casos y controles para el que utilizamos el test Mini-Mental aplicado a personas mayores de 70 años que acuden a consulta durante el periodo de captación, definiendo como casos aquellos que presenten una puntuación en el test menor de 26 y como controles los pacientes con Mini-Mental normal. Sobre ambos grupos realizaremos una determinación de Vitamina B12 y Acido fólico.

RESULTADOS: La primera fase del estudio nos dio una prevalencia de déficit de Vitamina B12 del 8%. Nos encontramos actualmente en el desarrollo de la segunda fase.

CONCLUSIONES: Nos encontramos ante una enfermedad prevalente en nuestro medio y de difícil diagnóstico en fases precoces como es la demencia, relacionada en múltiples ensayos con el déficit de vitamina B12. Por ello es útil conocer si la deter-

minación de déficit de vitamina B12 sérica, como prueba de fácil acceso desde nuestras consultas, nos serviría para adelantar el diagnóstico y poder adoptar medidas que frenen el desarrollo de la enfermedad precozmente.

En la primera fase hemos comprobado que la prevalencia de déficit de vitamina B12 en nuestra población es la misma que la encontrada en estudios realizados sobre población catalana.

MANEJO DEL HIPO PERSISTENTE.

A. Perelló Roig; J.Noguera; Más; F. Meri Cortes; L. Quiles Guiñau

INTRODUCCIÓN: Diferenciamos entre HIPO AGUDO (entre segundos y horas) y PERSISTENTE (>48horas). El HP suele resolverse sin tratamiento farmacológico pero puede ser necesario administrarlo y plantearse tratamiento etiológico. Las causas probables son múltiples: gastrointestinales, neurológicas, torácicas, metabólicas, tóxicas..

CASO CLÍNICO: Varón de 57 años, de raza negra, que consulta por Hipo de 5 días de evolución. El Hipo es persistente y no le deja dormir a pesar de haber empleado medidas caseras de apnea forzada (" aguantar respiración") y maniobras de estimulación vagal (beber tragos de agua repetidos, tragar pan seco..). Antecedentes Personales: No RAMc, DM tipo 2 en tratamiento con metformina, fumador 30 cigarrillos/día. En la consulta se practican maniobras de estimulación faríngea y vagales



(masaje seno carotídeo y compresión globos oculares) sin ceder la sintomatología por lo que se administra Clorpromacina 25mg im y se remite a Urgencias del Hospital de referencia donde se solicitan pruebas complementarias, colocan sonda nasogástrica, se pauta Clorpromacina e ingresa en Medicina Interna para proseguir estudio.

Exploración física: BEG. ACP normal. Abdomen anodino.

Exploraciones complementarias: Hemograma normal, Bioquímica con 184 de glucemia. Rx tórax y abdomen normales. ECG: normal. TAC toraco-abdominal: sin hallazgos patológicos. Se realiza interconsulta a Digestivo practicándose endoscopia y objetivándose Hernia de Hiato con reflujo gastroesofágico como probable causa del HP. A los dos días del ingreso se pauta Baclofeno cediendo los síntomas. Proceden al alta con tratamiento (dieta, medidas higiénico-físicas, antiácidos y anti-H2), cita en consultas externas de Digestivo y control por CAP.

CONCLUSIONES:

Todo Hipo con >48 horas de duración debe considerarse como síntoma de una enfermedad subyacente potencialmente grave.

Deben buscarse alteraciones TORÁCICAS o DIGESTIVAS altas, así como afectación del SNC, alteraciones METABÓLICAS o ingesta de fármacos.

Las maniobras tradicionales resultan poco efectivas.

El tratamiento de elección es el BACLOFENO; como alternativas pueden utilizarse Gabapentina y Metoclopramida.