



V-220 - HIPERFERRITINEMIA: EPIDEMIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 de Octubre

N. García-Pozuelo Adalia, J. González Olmedo, E. Arranz Canales, L. Corbella Vázquez, C. Cabañuz Rocatallada, A. Duarte Borges, D. Suárez Pita, S. Mateo Álvarez

Medicina Interna. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Resumen

Objetivos: Describir las características de los pacientes derivados por hiperferritinemia a consultas de Medicina Interna del Hospital 12 de Octubre (H12O), a través de la aplicación de Solicitud de Cita en Atención Especializada (S.C.A.E.).

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo de los 44 pacientes derivados por hiperferritinemia, entre enero y diciembre de 2015 desde atención primaria a nuestras consultas a través de la aplicación de Solicitud de Cita en Atención Especializada (S.C.A.E.). Se recogieron características demográficas, antecedentes familiares de sobrecarga férrica, comorbilidad (diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, síndrome metabólico, presencia de hepatopatía y etiología de la misma, tratamiento con hemoderivados, infección, neoplasia, conectivopatía o enfermedad hematológica), estudios analíticos, pruebas de imagen, realización de biopsia hepática y determinación de sobrecarga férrica; estudios genéticos y tratamiento con flebotomías. Los datos se analizaron con el programa SPSS versión 15.0.

Resultados: El 90,9% son varones con edad media de $55,27 \pm 15,77$ años; el 93,9% de raza blanca y sólo el 25% tenía antecedentes familiares de primer grado de sobrecarga férrica. El nivel promedio de ferritina fue de 534,57. Con respecto a las comorbilidades por orden de frecuencia fueron: 44% consumo de alcohol (14% consumo excesivo), 29,5% hipertensión arterial, 25% obesidad y 6,8% diabetes mellitus. El 15,9% cumplía criterios de síndrome metabólico. El 50% de los pacientes presentaban hepatopatía (86% EHGNA, 9% alcohol y 4,5% viral). Se ha objetivado proceso infeccioso subyacente en el 2,3% de los pacientes, conectivopatía en el 2,3%, neoplasia 2,3%, enfermedad hematológica 2,3% y hemoterapia en el 4,5%. Sólo uno de los 44 pacientes cumplía criterios de hemocromatosis hereditaria (varón, 43 años, raza blanca, con ferritina al diagnóstico de 463 e IST 62%). No se han registrado casos de hiperferritinemia asociada a cataratas ni de aceruloplasminemia. Se realizó serología VHB y VHC en el 75%, serología VIH en el 59%, mutaciones del gen HFE en 75%, ecografía abdominal en el 68%, (esteatosis hepática en el 43%), RMN hepática en el 16% y biopsia hepática en el 2,3%. En el 11,3% de los pacientes aparecen datos compatibles con sobrecarga férrica hepática (60% leve y 40% moderada) bien por RMN o biopsia hepática. Se hicieron flebotomías en 2 pacientes.

Discusión: En los países desarrollados el síndrome metabólico es la principal causa de

hiperferritinemia. En nuestra serie sólo el 15,9% de los pacientes cumplían criterios diagnósticos de síndrome metabólico, esto es debido a que sólo en el 9% de las historias clínicas se recogía el valor del perímetro abdominal. Este dato junto a que en el 43% de los pacientes a los que se les hace ecografía abdominal se objetiva esteatosis hepática hace pensar que el síndrome metabólico está infradiagnosticado en nuestra serie. El 50% de los pacientes tienen datos compatibles con hepatopatía (mayoritariamente EHGNA) probablemente como causa de hiperferritinemia más que como consecuencia. Destacar la baja prevalencia de otras etiologías de hiperferritinemia (síndromes inflamatorios, neoplasias, infecciones...) lo que puede estar relacionado con el hecho de que la serie de pacientes es derivada desde atención primaria exclusivamente.

Conclusiones: La hiperferritinemia es un motivo de derivación frecuente y traduce la presencia de enfermedades de etiología muy variable, generalmente leves, pero graves en ocasiones, por lo que es necesario establecer protocolos diagnósticos y terapéuticos que aseguren un manejo adecuado y homogéneo. En nuestra serie probablemente la principal etiología sea el síndrome metabólico aunque esté infradiagnosticado por lo que es imprescindible realizar un cribado exhaustivo del mismo en todos los pacientes con hiperferritinemia.