



182 - HIPERVITAMINOSIS B12 COMO MARCADOR PRONÓSTICO DE GRAVEDAD

Nuria Vázquez Piqueras, Lucía Fera Casanova, Nicolás Rhyman, Marta Nogué Infante, María Dies Gallart, Xavi Martínez Ormo, Luis Miguel Ceresuela y José Loureiro Amigo

Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, España.

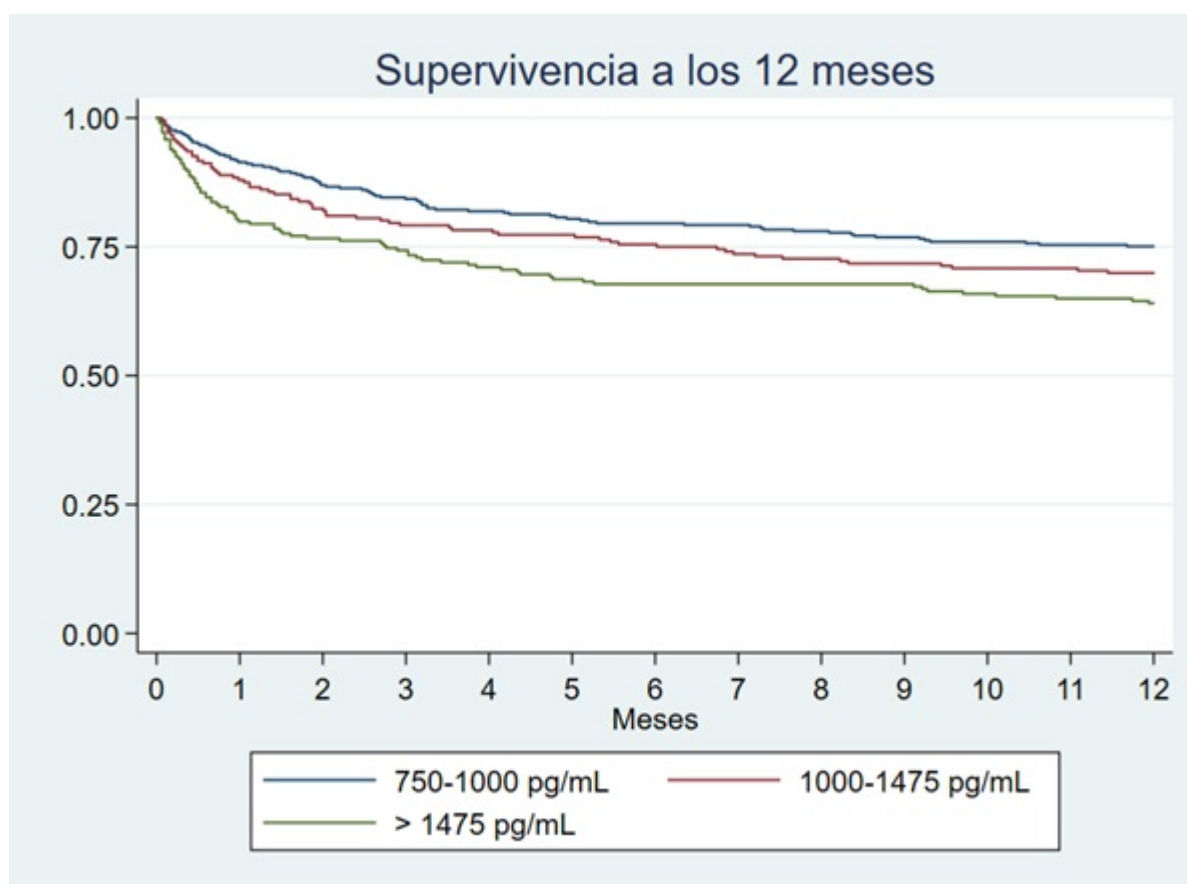
Resumen

Objetivos: Evaluar la relación entre la hipervitaminosis B12 y la mortalidad.

Métodos: Revisión retrospectiva de los sujetos con niveles de cianocobalamina superiores a 750 pmol/L en análisis de sangre realizados durante el periodo 2018-2019 en el Hospital Moisès Broggi (Sant Joan Despí, Barcelona). Se formaron 3 grupos según los niveles de B12: altos (> 750 a 1.000 pmol/L), muy altos (> 1.000 pmol/L a 1474 pmol/L) y extremos (> 1.474 pmol/L). Para el análisis estadístico las variables cuantitativas y las categóricas se compararon mediante los test Kruskal-Wallis y Chi cuadrado respectivamente y la supervivencia entre grupos se comparó con la prueba de Mantel-Cox.

Resultados: Durante el periodo de estudio se determinó la B12 en 14.050 pacientes y 772 (5,49%) presentaban niveles > 750 pmol/L. En dos pacientes hubo información insuficiente y se incluyeron en el estudio 770 pacientes. La edad mediana fue de 75 [73,3-83,1] años y 373 eran mujeres (48,4%). El índice de Charlson mediano fue de 3 [1-5]. Las causas identificadas de hipervitaminosis B12 se detallan en la tabla, destacando el cáncer sólido (más frecuente a mayores niveles de B12), el cáncer hematológico, la infección activa, el alcoholismo y la hepatopatía crónica. En 103 pacientes (13,4%) no se pudo identificar ninguna causa y en 66 (8,6%) solo se identificó la suplementación B12 como causa. Los cánceres sólidos más frecuentes fueron el esofagogástrico (20,2%), el colorrectal (14,9%), el biliopancreático (12%), el pulmonar (9,6%), el prostático (9,1%) y el urotelial (8,7%). Los cánceres hematológicos más frecuentes fueron el linfoma (29,9%), el síndrome mielodisplásico (23,4%), el mieloma múltiple (11,2%), la leucemia mieloide crónica (10,3%) y la leucemia linfocítica crónica (8,4%). A los 12 meses fallecieron 229 pacientes (29,7%), con una mediana de supervivencia de 44 días [13-114] (fig.). La mortalidad fue del 25,1% en el grupo de B12 alta (mediana de supervivencia 59 días [20-129]), del 30,4% en el grupo de B12 muy alta (mediana de supervivencia 46 días [13-125]) y del 36,3% en el grupo de B12 extrema (mediana de supervivencia 26 días [9-95]), siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,0109$). La mortalidad fue inferior cuando no se identificó ninguna de las causas de hipervitaminosis B12 (exceptuando la suplementación de B12 como única causa): 13 vs. 34,4% ($p < 0,0001$). De los pacientes fallecidos el 49,3% presentaban un cáncer sólido, el 41,6% una infección activa y el 11% un cáncer hematológico en el momento de la determinación analítica.

	750-1.000	1.000-1.475	> 1.475	<i>p</i>
	<i>N</i> = 338	<i>N</i> = 217	<i>N</i> = 215	
Cáncer sólido	82 (24,3%)	56 (25,8%)	73 (34,0%)	0,0386
Cáncer hematológico	48 (14,6%)	31 (14,3%)	28 (13,0%)	0,8653
Infección activa	111 (33,7%)	79 (36,6%)	61 (28,8%)	0,2202
Suplementación B12	64 (19,5%)	34 (15,8%)	61 (28,8%)	0,0029
Hepatopatía crónica	54 (16%)	27 (12,4%)	32 (14,9%)	0,5147
Enolismo	56 (17,5%)	40 (18,7%)	39 (18,4%)	0,9320
ERC avanzada	14 (4,2%)	7 (3,2%)	1 (0,5%)	0,0369
Enf. autoinmune sistémica	6 (1,8%)	16 (7,4%)	9 (4,2%)	0,0049
Hepatitis aguda	6 (1,8%)	2 (0,9%)	6 (2,8%)	0,3465
Ninguna causa identificable salvo suplementación B12	70 (20,7%)	47 (21,7%)	52 (24,2%)	0,6245



Discusión: Los niveles elevados de B12 son un marcador de enfermedad grave y se asocian a mortalidad en el contexto de cáncer de órgano sólido e infecciones, pero parece que no se asocian a mortalidad cuando no hay un proceso grave de fondo.

Conclusiones: La hipervitaminosis B12 es un marcador de enfermedad grave y se asocia a una importante mortalidad en los meses siguientes a su detección.