

El déficit silencioso: caso de hipovitaminosis B12 en un lactante



Isabel María Torregrosa Fernández (Rotatorio Pediatría)
Tutor: M^a Carmen Vicent, Sección Lactantes

Servicio de Pediatría, HGUA

Índice

- Presentación del caso
- Anamnesis y exploración física
- Pruebas diagnósticas
- Evolución y tratamiento
- Revisión déficit vitamina B12

Anamnesis y Exploración física

Lactante de 16 meses desde H.Vinalopó por **deshidratación, desnutrición y pancitopenia** en contexto de **déficit de B12**

Antecedentes:

- LM exclusiva → Rechazo alimentación complementaria
- Vacunación completa
- Estancamiento ponderal.

Antecedentes familiares:

- Abuelo materno: Enfermedad de Crohn
- Madre: Anemia ferropénica y déficit de B12 (no tto actual)

Anamnesis y Exploración física

Somatometría:

- Peso 8,14 Kg (p<1)
- Talla 69 cm (p<1)
- PC 45,5 cm (p3)

Palidez mucocutánea

Abdomen no masas ni megalias

Exploración neurológica: irritabilidad sin focalidad neurológica

Mácula hiperpigmentada en zona abdominal



Pruebas diagnósticas

AS (Hemograma): pancitopenia con anemia microcítica.

Leucocitos $4,06 \times 10^3$ /uL, neutrofilos 18,5%, Hb 6 g/dl, VCM 96,1 fL, plaquetas 49000.

Déficit severo vitamina B12 - Vitamina B12 32 pg/ml

Bioquímica: K 3,4 mmol/L, Ca 8 mg/dL, proteínas totales 3,7 g/dL, Fe 29 ug/dl, transferrina 101 mg/dl, albúmina 2260 mg/dl, Ácido metilmalónico 0,56 umol/L, 25-OH-vitamina D 16,9 ng/ml, vitamina B12 32 pg/ml,

Microbiología

Coprocultivo: positivo para adenovirus.

Panel respiratorio: positivo para adenovirus.

Pruebas de imagen

RM: Estudio sin hallazgos patológicos.

Pruebas diagnósticas

Interconsulta Digestivo Infantil

**Polivitamínico gotas 20 ml 1ml/28
gotas
Colecalciferol/ vitamina D3
Cianocobalamina/ vitamina B12
Fe oral 0,2 ml 6 mg**

Peso 8 Kg estable en alza

Alimentación por **SNG alfare FH 200 mlx3 + 2 papillas**

EF: Edemas asociados a **sd. Retroalimentación**

Interconsulta Endocrino infantil

**Solicitan niveles de TSH, T4 libre y T3
libre, FSH, LH, testosterona,
prolactina, cortisol, ACTH, GH e IGF-1.**

Evolución y tratamiento al alta

Tolerancia alimentación con fórmula hidrolizada Alfaré.

Diversificación alimentaria con buena tolerancia.

Mejora de edemas y parámetros bioquímicos

- Gran recuperación: proteínas totales y albúmina.

AS madre = ferropenia, déficit vit D y vit B12 con ac anticélulas parietales positivos..

Normalización leucocitaria y trombopenia resuelta, y mejora perfil tiroideo.

Tratamiento Alta:

**Autoinmunidad
Vit B12 estudiar**

Dieta pediátrica normal
Polivitamínico 10 gotas vo.
Vitamina D3 2000 UI/ml.
Fe oral.
Vitamina B12.



Revisión déficit Vitamina B12

Etiología

- Déficit materno de Vitamina B12
- Dieta vegetariana/vegana materna
- Lactancia materna exclusiva prolongada
- Malabsorción materna

Manifestaciones clínicas

Hipotonía

Irritabilidad/apatía

Retraso psicomotor

Fallo de medro

Manifestaciones Analíticas: Anemia macrocítica

Diagnóstico



Vitamina B12,



VCM, homocisteína, Ácido metilmalónico.



Revisión déficit Vitamina B12

Tratamiento

Vitamina B12 im. → Suplementación oral
Corrección nutricional
Tratamiento materno

Pronóstico

Mejoría hematológica rápida
Recuperación neurológica variable
Riesgo de secuelas si diagnóstico tardío

Prevención

- Control nutricional materno
- Suplementación en madres de riesgo
- Adecuada alimentación complementaria



Referencias bibliográficas

- Cortés Hernández, M., Gutiérrez Schiaffino, G., & Ledesma Albarrán, J. M. (s/f). *Déficit de vitamina B12*. Fapap.es. Recuperado el 12 de mayo de 2026, de https://fapap.es/files/639-1201-RUTA/02_Deficit_B12_FAPAPcg.pdf
- *FAPap - Deficit-de-vitamina-b12*. (s/f). Fapap.es. Recuperado el 12 de mayo de 2026, de <https://fapap.es/articulo/328/deficit-de-vitamina-b12>

