

Case report anemia sideropenica Due casi clinici dal Centro Emotrasfusionale di Arezzo

La formula per ²⁶Fe tta.

$\bar{E} = Fe + B + C$

DUE CASI
CLINICI

Anemia sideropenica

Sara Gentili, Benedetta Lucani, Eleonora Miulli, Pietro Pantone

Centro Emotrasfusionale Ospedale San Donato, Uoc Immunoematologia e Medicina Trasfusionale – Arezzo (AR)

Introduzione

L'anemia da carenza di ferro rappresenta un problema di salute pubblica a livello globale, con una prevalenza particolarmente elevata tra bambini, donne e anziani. È inoltre una comorbidità frequente in numerose condizioni mediche. Le cause sono molteplici e spesso coesistono nello stesso paziente. L'eziologia può essere legata a fattori che riducono l'assorbimento del ferro, ne aumentano il fabbisogno oppure ne determinano una perdita, rendendo la diagnosi e la gestione clinica particolarmente complesse.

La diagnosi di anemia sideropenica può essere facilmente effettuata valutando i livelli di emoglobina e di ferritina sierica. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'anemia è definita da valori di emoglobina inferiori a: 13 g/dL negli uomini, 12 g/dL nelle donne.

I segni clinici possono includere affaticamento, pallore, dispnea da sforzo, tachicardia, sintomi che dipendono anche dalla rapidità di insorgenza e dal grado di riduzione dell'emoglobina. L'anemia ha un impatto significativo sulla qualità di vita e, in molti casi, può essere indice di patologie sottostanti importanti.

Per il trattamento dell'anemia sideropenica sono disponibili formulazioni di ferro sia per via orale che per via endovenosa, e diversi fattori legati al paziente e alla malattia devono essere considerati prima di decidere la tipologia di trattamento da effettuare¹.

La diagnosi precoce, l'identificazione della causa dell'anemia e la sua corretta gestione rappresentano elementi fondamentali per un trattamento efficace, che deve essere sempre personalizzato in base alle esigenze specifiche di ogni paziente.

Presso il nostro Centro Emotrasfusionale dell'Ospedale San Donato di Arezzo ci occupiamo di diverse attività legate alla medicina trasfusionale, tra cui la gestione di sindromi mieloproliferative croniche, emocromatosi, terapia rigenerativa, gravidanze immunizzate e supporto trasfusionale per pazienti oncologici e cronici. Un altro ambito particolarmente rilevante è quello delle anemie da carenza di ferro. I pazienti accedono al centro su invio sia degli specialisti ospedalieri sia dei medici di medicina generale. Ogni anno gestiamo circa 600 accessi legati alle anemie, che comprendono sia prime visite che somministrazioni di terapie infusive, quando necessarie. In questo articolo presentiamo la gestione di due casi clinici particolarmente significativi.

Caso clinico 1



Anemia sideropenica in paziente con anastomosi ileo-colica e pregressa patologia oncologica

Descrizione del caso clinico e anamnesi

Donna di 73 anni con pregressa emicolectomia destra in anastomosi ileo-colica per neoplasia trattata chirurgicamente e con chemioterapia nel 1992. La paziente è stata inviata al centro trasfusionale dal medico curante con un valore di emoglobina pari a 9,2 g/dL e l'indicazione a procedere con il ferro per via endovenosa.

All'esame obiettivo, la paziente presentava pallore cutaneo, astenia e scarsa partecipazione alla conversazione. Sul piano psicologico emergeva un quadro di sindrome ansioso-depressiva già nota, confermata anche dai familiari (il marito e il figlio, che hanno accompagnato la paziente durante i controlli). La paziente riferiva un senso costante di tristezza e di scoraggiamento, con tendenza all'isolamento e scarsa motivazione nelle attività quotidiane.

Un elemento peculiare del caso era la presenza di un'anastomosi ileo-colica, senza altre comorbidità gastrointestinali note o problematiche di malassorbimento. Si è ipotizzato che l'anemia sideropenica potesse essere dovuta a microperdite intestinali croniche, plausibilmente in corrispondenza dell'anastomosi, come osservato in alcuni casi simili trattati in passato. L'ipotesi è stata supportata anche da una risonanza magnetica negativa per recidiva oncologica o patologie addominali acute.

Diagnosi: anemia sideropenica da perdite croniche intestinali (verosimilmente da anastomosi ileo-colica), in paziente con storia oncologica.

Trattamento

In assenza di urgenza clinica immediata, nonostante il medico curante avesse indicato di procedere con il ferro endovena, si è optato per una terapia marziale per via orale. Considerando che la paziente in oggetto non aveva mai effettuato un'adeguata terapia *per os* con ferro in passato e che i precedenti tentativi di assunzione di ferro solfato erano stati abbandonati per intolleranza gastrica, si è scelto di procedere con un trattamento orale con un integratore alimentare (a base di ferro saccarato micronizzato e microincapsulato, vitamina C, B6, B12 e acido folico), prodotto che aveva già dimostrato di essere efficace e ben tollerato in altri casi. Si è stabilito di iniziare direttamente con due somministrazioni giornaliere (mattino e sera, per totali 60 mg/die di ferro), per ottenere una spinta emopoietica più rapida e per rinforzare la motivazione della paziente. Dopo il primo mese, in seguito al miglioramento del quadro ematologico (emoglobina passata da 9,2 a 10,4 g/dL), si è deciso di potenziare ulteriormente il trattamento con l'aggiunta di un'associazione di vitamine del gruppo B, 400 µg di folato (forma attiva della vitamina B9) e 500 µg di vitamina B12, per favorire il recupero funzionale (Fig. 1).

La paziente è stata rivalutata mensilmente e a ogni visita sono stati ripetuti i principali esami ematochimici. Sono stati valutati i segni e i sintomi tipici dell'anemia e la paziente ha compilato il questionario SF-12 (12-Item Short Form Survey)² per valutare l'impatto della salute sulla qualità di vita.

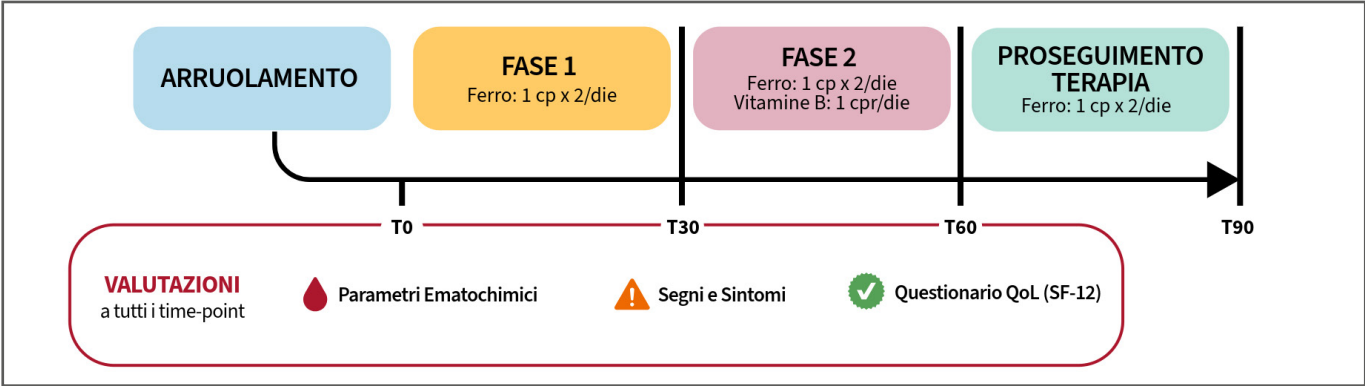


Figura 1. Schema di trattamento e valutazioni effettuate a cadenza mensile.

Risultati della terapia marziale

L'andamento della terapia è stato estremamente positivo. **I valori ematici (Tab. 1) hanno tutti mostrato un progressivo miglioramento**, con un'emoglobina salita a 10,4 dopo 30 giorni di cura, a 12,8 g/dL dopo 60 giorni di trattamento (T60) e successivamente pari a 13,4 g/dL (valore rilevato in un'ulteriore visita di follow-up eseguita dopo 90 giorni, visita in seguito alla quale il trattamento è stato sospeso e la paziente è stata rimandata al curante).

	T0	T30	T60	Intervallo di riferimento
Emoglobina (g/dL)	9,2	10,4	12,8	11,5-16
Ematocrito (%)	31,5	35,8	41,3	37-47
Volume corpuscolare medio MCV (fL)	77,4	85,2	87,5	78-95
Contenuto medio emoglobina (pg)	29,2	24,8	27,1	26-38
Sideremia (µg/dL)	17	128	121	40-140
Transferrina (mg/dL)	355	297	271	200-300
Saturazione transferrina (%)	3	30	31	15-45
Ferritina (ng/ml)	14	22	30	13-300
Folati (ng/mL)	8,6	24,8	>45,4	>10,4
Vitamina B12 (pmol/L)	99	178	296	141-489

Tabella 1. Parametri ematici.

La sideremia, la transferrina, la % di saturazione della transferrina, i folati, la B12 e il volume corpuscolare medio sono rientrati nei rispettivi intervalli di riferimento dopo 30 giorni di trattamento; dopo 60 giorni è rientrato anche l'ematocrito.

Parallelamente ai parametri ematici, è stato rilevato anche un miglioramento nei segni e nei sintomi tipici dell'anemia sideropenica (Fig. 2)

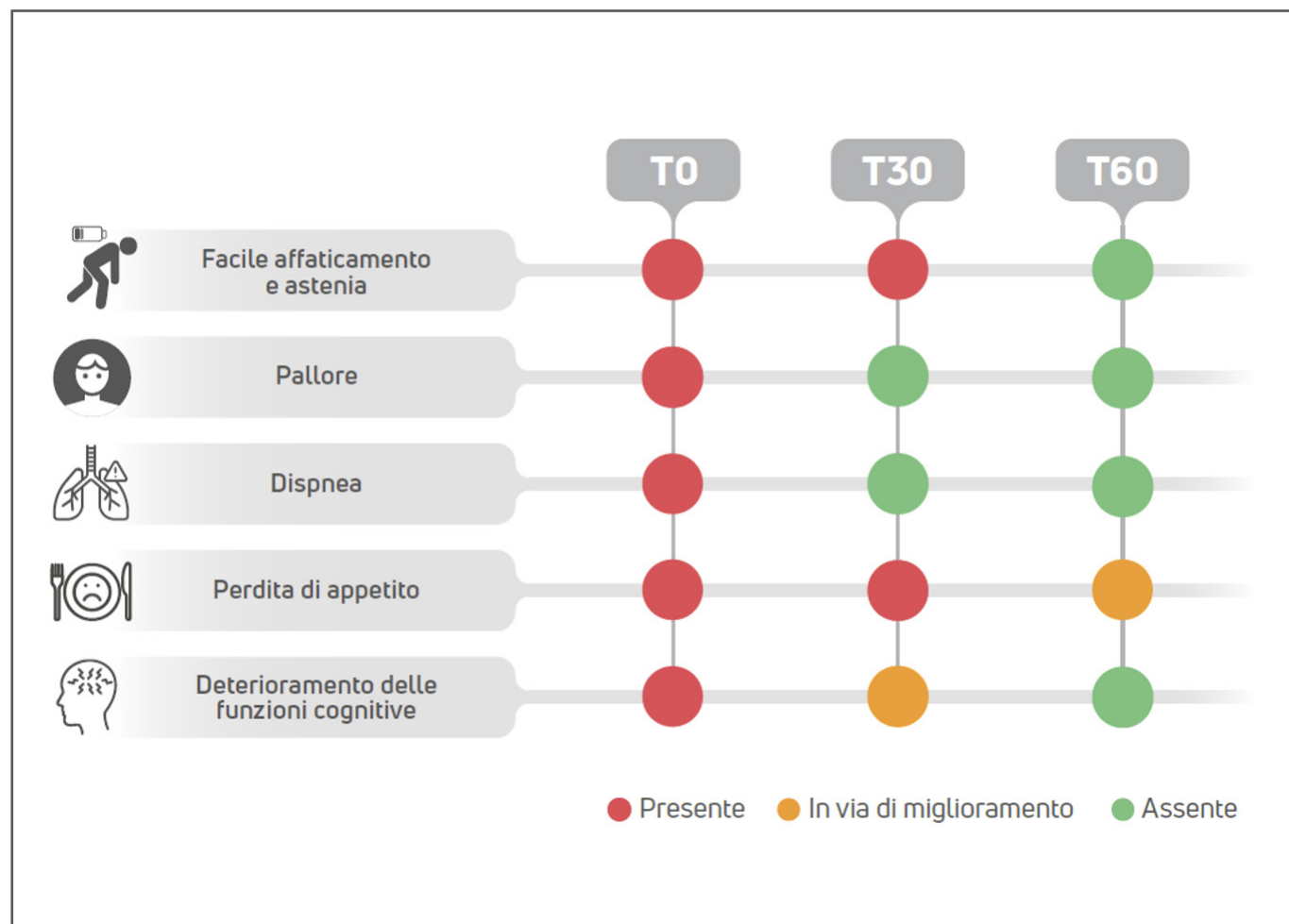


Figura 2. Andamento dei segni e dei sintomi dell'anemia durante il trattamento.

Inoltre, è risultato evidente un cambiamento nel comportamento e nell'aspetto della paziente: ha iniziato a presentarsi ai controlli con maggiore cura di sé, truccata e più vivace nella conversazione, raccontando di aver ripreso attività che prima evitava (camminate lunghe, uscite in bicicletta). Questi segnali sono stati interpretati come indicatori oggettivi di benessere, anche in presenza di una persistente percezione soggettiva di lieve tristezza, attribuibile a una componente cronica della sua sfera emotiva.

Anche i questionari SF-12 relativi alla qualità della vita hanno evidenziato un netto miglioramento, sia nella componente fisica che in quella mentale (Fig. 3).

Durante l'intera durata del trattamento, **la paziente non ha riferito effetti collaterali.**

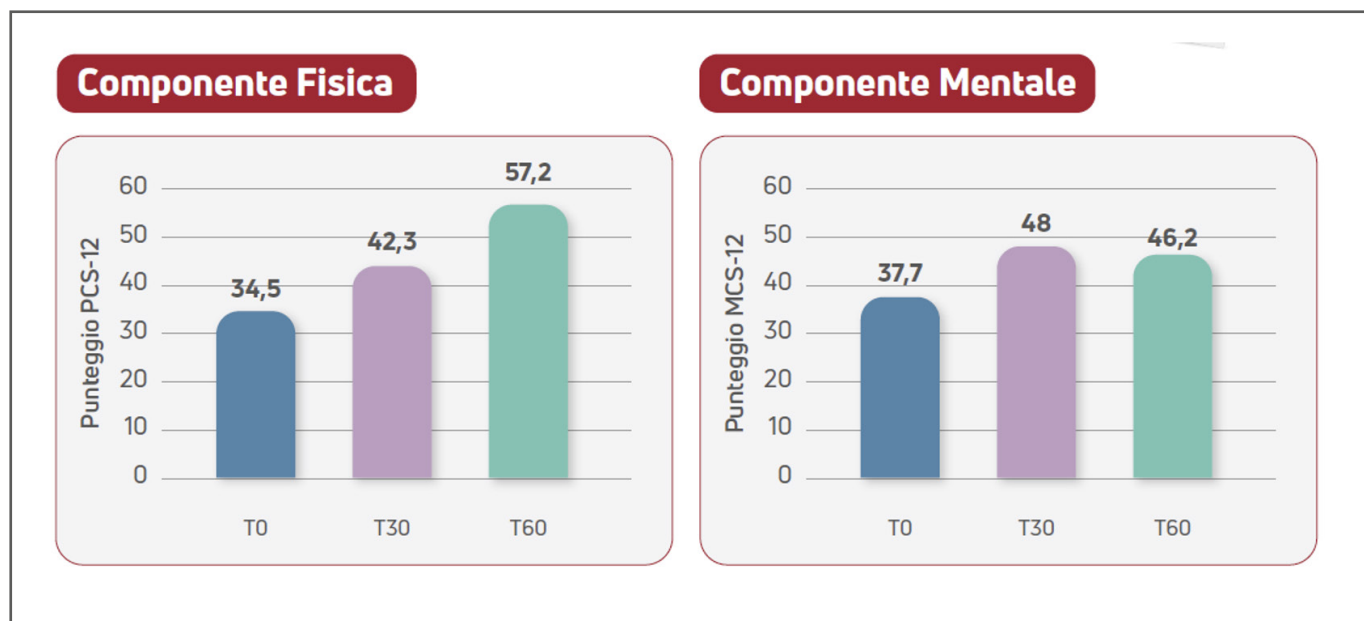


Figura 3. Punteggi dei questionari SF-12.

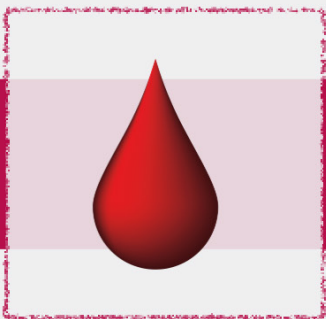
Rilevanza di questo case report

Questo caso si distingue per alcune peculiarità: innanzitutto il quadro clinico un po' complicato della paziente, inviata dal medico curante già con la richiesta di una terapia di ferro parenterale, ha rappresentato una piccola sfida per noi. **La decisione di intraprendere invece una terapia orale è stata frutto di un'attenta valutazione clinica**, considerando anamnesi, quadro laboratoristico e obiettivi terapeutici, **con l'intento di garantire la massima aderenza al trattamento**. La scelta si è dimostrata efficace, consentendo il raggiungimento degli obiettivi ematologici senza ricorrere a un trattamento parenterale, in un contesto clinico in cui, alla luce dei valori di emoglobina inferiori a 10 g/dL, si tende talvolta a ricorrere direttamente alla somministrazione endovenosa di ferro per aumentare rapidamente i livelli di emoglobina. Questo caso sottolinea l'importanza di considerare prioritariamente la terapia orale, quando clinicamente appropriato.

L'approccio individualizzato ha permesso di evitare un trattamento invasivo, ottenendo un risultato clinico completo con una terapia orale. Questo è stato possibile grazie all'instaurarsi di un rapporto di fiducia tra medico e paziente, a una scelta terapeutica ponderata, alla sinergia tra gli integratori alimentari utilizzati e a una costante osservazione clinica.

Conclusioni

Questo caso clinico dimostra come un approccio personalizzato nella gestione dell'anemia sideropenica, basato sull'impiego di un prodotto a base di ferro saccarato micronizzato e microincapsulato, possa portare a risultati eccellenti anche in situazioni in cui i valori emoglobinici suggerirebbero, secondo alcune consuetudini cliniche, il ricorso al ferro endovena. Il caso evidenzia l'importanza di una valutazione clinica completa (che includa anamnesi, quadro laboratoristico e contesto generale del paziente) prima di orientarsi verso terapie parenterali. La scelta di iniziare con una formulazione orale **ha consentito non solo il recupero dei parametri ematici, ma anche un miglioramento della qualità della vita e della percezione di benessere della paziente**, rappresentando un valido esempio di medicina centrata sulla persona.



Caso clinico 2

Anemia sideropenica in una donna con successiva diagnosi di neoplasia colica

Descrizione del caso clinico e anamnesi

La paziente è una donna di 55 anni, donatrice abituale di sangue, seguita da tempo presso il nostro centro trasfusionale. Si presenta per una nuova donazione dopo circa due anni dall'ultima (in precedenza aveva mantenuto una cadenza regolare, circa una volta all'anno). Al momento della valutazione, la paziente riferiva inizialmente solo lieve stitichezza e presenza di emorroidi poco sanguinanti; in seguito, comunicava di essere in menopausa da circa un anno, di aver sospeso la terapia estro-progestinica 7-8 mesi prima e di aver avuto metrorragia.

L'esame emocromocitometrico pre-donazione evidenziava un valore di emoglobina di 9,7 g/dL, incompatibile con l'idoneità alla donazione. Si segnala che nella precedente donazione (circa 2 anni prima) l'emoglobina era pari a 12,8 g/dL. Considerata la significativa riduzione dei valori e la mancanza di motivazioni che avrebbero potuto giustificare tale riduzione emoglobinica, si decide di avviare un iter diagnostico mirato, con prescrizione di gastroscopia e colonscopia. Inizialmente la paziente appare riluttante all'approfondimento endoscopico, ma le viene spiegato che è necessario indagare le possibili cause della marcata riduzione dell'emoglobina.

Trattamento ed evoluzione del quadro clinico

In attesa dei risultati delle indagini endoscopiche, viene prescritta una terapia marziale con un integratore alimentare (a base di ferro saccarato micronizzato e microincapsulato, vitamina C, B6, B12 e acido folico) a doppia somministrazione giornaliera, per un totale di 60 mg/die di ferro.

Alla rivalutazione, 25 giorni dopo (T25), la paziente riferisce di aver effettuato la colonscopia, che ha evidenziato una **lesione colica stenosante**. La diagnosi della neoplasia, con intervento chirurgico programmato dopo altri 20 giorni (T45), faceva presumere la necessità di ricorrere alla somministrazione endovenosa di ferro o addirittura a una trasfusione in preparazione all'intervento. Sorprendentemente, i valori di emoglobina a T25 risultavano in netto miglioramento (11,3 g/dL) (Tab. 2). Si decide quindi di proseguire con la terapia con il ferro orale sempre in doppia somministrazione giornaliera (60 mg/die di ferro) (Fig. 4).

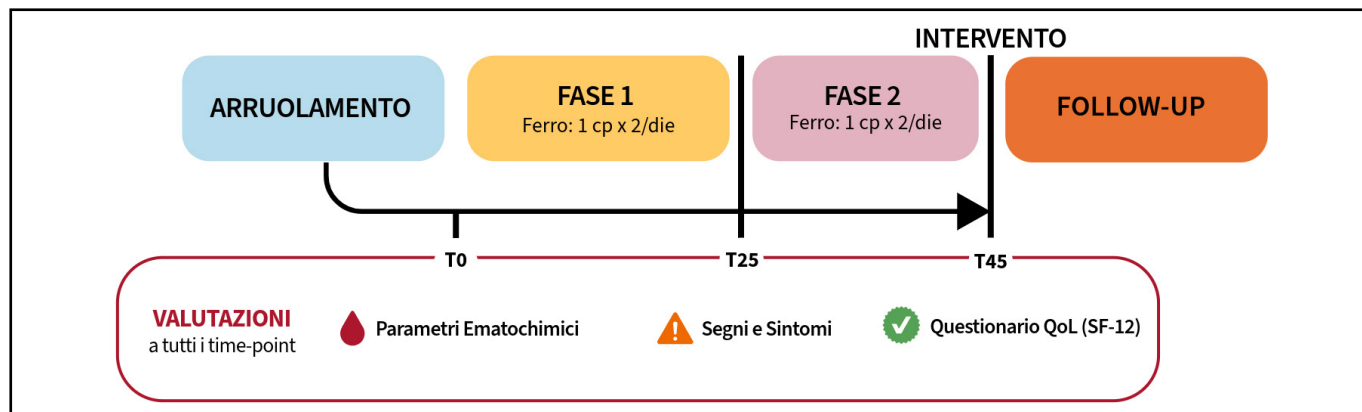


Figura 4. Schema di trattamento e valutazioni effettuate.

L'intervento programmato viene eseguito in laparotomia, senza necessità di derivazione (nessuna stomia), nonostante la complessità della lesione (che si presentava come una neoplasia stenotomica a crescita concentrica, con difficile valutazione endoscopica e TAC poco dirimente). All'intervento si evidenziava infiltrazione delle pareti intestinali, ma assenza di metastasi macroscopiche. In attesa dell'esame istologico definitivo, si ipotizza la necessità di un trattamento chemioterapico adiuvante, ma il piano terapeutico verrà definito in base agli esiti dell'istologia.

Risultati della terapia marziale

	T0	T25	T45	Intervallo di riferimento
Emoglobina (g/dL)	9,7	11,3	10,9	12-16
Ematocrito (%)	32,1	36,8	34,8	37-47
Volume corpuscolare medio MCV (fL)	80,3	81,8	84,3	78-95
Contenuto medio emoglobina (pg)	24,3	25,1	26,4	26-38
Sideremia (µg/dL)	16	33	38	40-140
Transferrina (mg/dL)	364	336	335	200-300
Saturazione transferrina (%)	0	6	7	15-45
Ferritina (ng/ml)	4	11	311	13-300
Folati (ng/mL)	n.a.	27,5	23	>10,4
Vitamina B12 (pmol/L)	159	484	382	141-489

Tabella 2. Andamento dei parametri ematici (n.a. = dato non disponibile).

In Tabella 2 sono riportati tutti i parametri ematici rilevati alle varie tempistiche. **Nel caso specifico, i valori riscontrati a T45 sono stati considerati globalmente adeguati, considerando che la paziente presentava stillicidio ematico dalla lesione neoplastica.** L'obiettivo principale era infatti mantenere un livello stabile di emoglobina sufficiente a rispettare le tempistiche previste per l'intervento chirurgico. Il valore di emoglobina a T45 era 10,9 g/dL, indicativo di una lieve riduzione rispetto alla visita precedente. Tuttavia, considerando la natura della patologia, il mantenimento di valori relativamente stabili era da considerarsi un esito favorevole. Inoltre, **le riserve di ferro sono incrementate, rendendo non necessario il ricorso a trasfusioni né durante né dopo l'operazione.**

Dal punto di vista della valutazione della qualità della vita, i punteggi ottenuti tramite il questionario SF-12 non mostravano significative modifiche né sul piano fisico né su quello mentale, pur nella consapevolezza della diagnosi oncologica recente. Anche la valutazione dei segni e dei sintomi tipici dell'anemia non mostrava variazioni significative nel tempo, con astenia e perdita di appetito presenti costantemente lungo tutto il periodo di osservazione.

Follow-up

La paziente ha riferito un buono stato generale nel post-operatorio e nessuna complicanza significativa. **I valori ottenuti a T45 hanno consentito di proseguire la terapia marziale per via orale anche nel periodo post-operatorio, senza la necessità di infusioni endovenose.**

Rilevanza di questo case report

Questo caso rappresenta un esempio atipico di diagnosi di neoplasia colica in una paziente asintomatica, avvenuta grazie a un semplice screening di laboratorio pre-donazione. Se la paziente non fosse arrivata al centro per la donazione e non avessimo indagato il caso, la paziente sarebbe probabilmente giunta all'osservazione in urgenza per un'occlusione intestinale, probabilmente sarebbe stata operata con metodiche invasive e con esiti clinici differenti (probabile stomia e maggior impatto sulla qualità di vita).

Il valore dell'approccio proattivo è stato fondamentale: la scelta di approfondire anche in assenza di sintomi rilevanti si è rivelata decisiva per il buon esito clinico. **La terapia marziale orale, inoltre, ha mostrato una buona efficacia, in un contesto in cui spesso si è costretti a procedere con ferro endovena per carenza di tempo.**

Inoltre, il caso evidenzia le criticità del sistema nell'intercettazione precoce dei pazienti chirurgici anemici (PBM – *Patient Blood Management*) e la necessità di implementare dei percorsi strutturati per evitare che tali pazienti giungano tardivamente alle cure.

Conclusioni

Si tratta di un caso clinico non convenzionale, che sottolinea l'importanza della vigilanza clinica anche in pazienti apparentemente sani e che rappresenta un modello di diagnosi precoce, gestione multidisciplinare e terapia mirata, con un impatto potenzialmente decisivo sull'outcome della paziente. Anche in questo difficile contesto, il trattamento con il ferro saccarato micronizzato e microincapsulato ha dimostrato la sua efficacia e la sua versatilità di assunzione.

Prodotti utilizzati

Nei due casi clinici è stato utilizzato un integratore alimentare a base di ferro saccarato micronizzato e microincapsulato (composizione dettagliata in Tabella 3).

Ingrediente	per 1 cps/stick pack	%VNR ^(*)
Ferro saccarato pari a Fe ³⁺	79 mg 30 mg	- 214
Vitamina C	70 mg	87
Vitamina B6	3 mg	214
Acido folico	300 mcg	150
Vitamina B12	10 mcg	400

(*)VNR = Valore Nutritivo di Riferimento

Tabella 3. Composizione per prodotto a base di ferro.

Nel primo caso clinico è stato associato anche un complesso vitaminico del gruppo B (composizione in Tabella 4).

Ingrediente	per 1 cps/stick pack	%VNR ^(*)
Inositolo	100 mg	---
Acido Pantotenico	18 mg	300
Vitamina B6	9,5 mg	679
Vitamina B2	25 mg	1786
Vitamina B1	25 mg	2273
Folato (5-MTHF)	400 mcg	200
Vitamina B12	500 mcg	20000

(*)VNR = Valore Nutritivo di Riferimento

Tabella 4. Composizione per prodotto a base di vitamine B.

Bibliografia

1. Cappellini MD, Musallam KM, Taher AT. Iron deficiency anaemia revisited. J Intern Med 2020;287:153-170. <https://doi.org/10.1111/joim.13004>
2. Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Med Care 1996;34:220-233. <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>

© Copyright by Pacini Editore Srl

L'articolo è OPEN ACCESS e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

www.pacinimedicina.it/medicina_famiglia/

Pubblicato nel mese di giugno 2026

rif. 56841