

347/2233 - ¿LA VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR (VSG) IMPORTA?

B. Romero González^a, P. Jordana Ferrando^b, M. Ruiz Martín^b y L. Pons Pons^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Les Indianes. Barcelona. ^bMédico de Familia. CAP Les Indianes. Barcelona. ^cMédico de Familia. CAP Montcada Centre. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 82 años, que consulta por astenia, adinamia, dolor en dorso de pie izquierdo y en columna lumbar de años de evolución. Acude por agudización de los síntomas. Antecedentes: hipertensión arterial en tratamiento farmacológico, carcinoma escamoso en dorso de mano izquierda hace 6 años, obesidad, prótesis en ambas rodillas desde hace 10 años.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, normohidratada, normocoloreada y normoperfundida. Evaluación cardiovascular: destaca discreto edema maleolar bilateral. Auscultación respiratoria: anodina. Abdomen: globuloso a expensas de panículo adiposo, resto anodino. Neurológico: sin focalidad neurológica aguda. Analítica: VSG: 120 mm/h, Hb: 11,7 g/dL, Hto: 35,7%, ferritina: 136 ng/m, glucemia 90 mg/dL, Na+: 143,3 mmol/L, K+: 4,14 mmol/L, Ac. úrico: 5,9 mg/dL. Función hepática: AST: 16 UI/L, ALT: 11 UI/L, FA: 90 UI/L, GGT: 36 UI/L. Función renal: urea 38 mg/dL, creatinina 0,82 mg/dL, FG 67 ml/min/1,73 m². Dada la importante elevación de la VSG decidimos ampliar el estudio, con proteinograma, electroforesis de proteínas y factores de reactancia aguda obteniendo los siguientes resultados: IgA: 21.630 g/dL (N: 70-400) IgG: 542 mg/dL (N: 700-1.600). IgM: 42 mg/dL (N: 40-230). Proteinograma: componente homogéneo de movilidad beta (componente monoclonal IgA kappa: 1,73 g/dL). Beta-2 microglobulina: 2,9 mg/L, PCR 0,29 mg/dL, calcio 9,4 mg/dL, albúmina 3,4 g/dL, LDH 342 UI/L. Factor reumatoide, antestreptolisinas y anticuerpos antinucleares dentro de la normalidad (anti-DNA: no procede). Gammagrafía ósea: pendiente de realizarse.

Orientación diagnóstica: Gammapatía monoclonal. En estos momentos está pendiente de valoración por hematología.

Diagnóstico diferencial: Podemos encontrar una VSG elevada en la anemia, macrocitosis, diabetes, síndrome nefrótico, insuficiencia renal, colagenopatías, tumores, enfermedades reumáticas, vasculitis y enfermedades autoinmunes, inflamación crónica, infarto agudo de miocardio, hipoalbuminemia, tumores y fármacos (AAS, AINES, quinina y corticoides). De las pruebas iniciales que recomienda la literatura (PPD, Rx tórax, bioquímica, hematimetría, perfil hepático, sedimento y cultivo de orina, proteinograma y electroforesis de proteínas, determinación de sangre oculta en heces) priorizamos las más rápidas.

Comentario final: Es importante una buena anamnesis y exploración además realizar un seguimiento analítico y clínico a los pacientes, ya que el envejecimiento poblacional y una elevación de la VSG > 100 mm/h suele asociarse con presencia de enfermedad importante por lo que se debe iniciar un estudio para llegar al diagnóstico etiológico. La electroforesis de proteínas séricas se considera la técnica de elección en el

diagnóstico de gammapatías monoclonales.

Bibliografía

1. Buitrago Ramírez F, Pagador Trigo A, Gato Núñez C. Cuando solicitar la velocidad de sedimentación globular y cómo interpretarla cuando está elevada. FMC. 2015;22(2):85-9.
2. Merino Romero J. Utilidad diagnóstica de la velocidad de sedimentación globular. Med Integral. 2002;39(7):325-9.
3. Harrison M. Erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein. Aust Presc. 2015;38:93-4.

Palabras clave: VSG. Gammopathy monoclonal. Atención primaria.