

Hallazgo de VHS elevada en exámenes de rutina en AP

Dr. Rubén Espinoza

Médico becado Medicina Familiar

Universidad de Chile

Centro de Salud Santa Julia

CASO

La señora Carmen es portadora de una hipertensión arterial de 8 años de evolución. En su control anual se pesquiza una VHS de 90 mm/hora. Una segunda medición 2 meses después, alcanza a 120 mm/hora.

Dirigidamente interrogada no hay síntomas ni signos que orienten hacia patologías que cursan con VHS elevada.

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Sociodemográficos: viuda, dueña de casa, vive en casa propia con una hija, yerno y dos nietos.

Mórbidos: hernia umbilical gigante no operada (30 años de evolución), HTA etapa 1, esterilización tubaria.

Gineco-Obstétricos: menarquia 14 años. G7P6A1, seis partos normales y un aborto espontáneo. Primer parto a los 18 años. Último parto 1977. Lactancia (+) por períodos largos. MAC (-). TRH desde los 55 años con combinación de estrógenos y medroxiprogesterona.

Hábitos: alcohol muy ocasionalmente; tabaco nunca ha fumado; fármacos: Nitrendipino 20 mg/día, Propanolol 80 mg/día, Hidroclorotiazida 50 mg/día, EE x 30 días y Medroxiprogesterona x 15 días/mes.

Antecedentes Familiares: hermana fallecida de "Cáncer de Médula"; madre fallecida aparentemente por complicación de HTA.

LO DESTACADO DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LABORATORIO

Normotensión. Índice de masa corporal: 43

Hernia región umbilical gigante no complicada.

Resumen de exámenes de los últimos tres años

	ECG	Glic	ELP	Urem	Crea	NU	Ac. Urico	Col. total	TAG	Hto	Hb	GB	Orina	Urocultivo	VHS
1997	N	100	N		0.8	21.8		217	162	41	14.2				
Oct. 1999	AIRV	100		33		15.0	7.3	163	144	45	15	7500	N	Neg.	90
Dic. 1999										45	15	8800			120

PROBLEMAS

1. VHS elevada. ¿Neoplasia?
2. HTA compensada
3. Obesidad mórbida
4. Hernia umbilical gigante no complicada

PLAN DE MANEJO

1. Investigación etiológica de VHS elevada
2. Evaluación ginecológica

El examen ginecológico detecta "masas duras" en labios mayores y sangramiento al efectuar PAP. Se plantea posible tumor vulvar.

Estudio Laboratorio:

- Pruebas Hepáticas Normal
- Test Sangre Oculta (-)
- Factor Reumatoideo (-)

Estudio Imagenológico:

- Radiografía de Tórax: imágenes residuales en base izquierda.
- Ecografía Abdominal: En riñón derecho, polo inferior se observa aumento de volumen redondeado de ecogenicidad similar a la corteza del resto del riñón. Mide 61x64x50 mm.
- Eco transvaginal: Normal para la edad.
- Mamografía bilateral: "Nodulillo en mama izquierda".

Continuación del estudio:

- TAC abdomen: Proceso expansivo de aspecto neoplásico del tercio inferior del riñón derecho con una zona central hipodensa sugerente de necrosis y elementos sospechosos de infiltración del seno renal.

- Colelitiasis. Hernia umbilical.
- Creatininemia: 0.89
- Unidad de Patología Cervical Hospital del Salvador: lesión vulvar quística benigna. PAP: normal

EVOLUCIÓN

Intervenida en el Servicio de Urología del Hospital del Salvador: Nefrectomía derecha, Colectectomía, Hernioplastía abdominal, sin complicaciones. Postoperatorio sin complicaciones.

Los controles imagenológicos posteriores no han demostrado recidiva local ni metástasis. Uremia y creatininemia normales. VHS: 34.

Biopsias	
Nefrectomía Derecha	Carcinoma de Células Renales, variedad Células Claras, ubicado en polo inferior. Tamaño 7 x 5 x 6 cm. Grado Nuclear de Fuhrman= 1 (de 1 a 4). Necrosis presente. Pelvis Renal sin compromiso tumoral. Hay compromiso de la cápsula renal y focalmente del tejido adiposo perirrenal, alejado de la fascia de Gerota. Hay invasión de la vena renal con margen distal negativo de esta. Arteria renal y uréter sin compromiso tumoral. Parénquima renal adyacente con atrofia acentuada e inflamación crónica intersticial moderada.
Colecistectomía	Colecistitis crónica inespecífica fibrosa. Colelitiasis.

Revisión del tema (1):

La velocidad de sedimentación indica el tiempo que demoran los glóbulos rojos en sedimentar in vitro. Es un examen utilizado con frecuencia por ser de bajo costo y, a pesar de ser inespecífico su elevación a niveles muy altos es indicador de un reducido número de patologías. Se utiliza como diagnóstico inicial en algunos casos y como seguimiento de terapias en otros.

Los valores normales de VHS según sexo son:

Cifras Normales	1 Hora	2 Horas	3 Horas	4 Horas
Hombres	3-7	9	15	55
Mujeres	4-11	12	19	55

En la velocidad de sedimentación influyen circunstancias dependientes de los eritrocitos y de las proteínas plasmáticas, especialmente las globulinas:

Eritrocitos y sedimentación:

Circunstancias fisiológicas que aumentan la Sedimentación

Ayuno, menstruación, embarazo, puerperio, ancianidad

Circunstancias que disminuyen la Sedimentación

Policitemias, policitemias secundarias a tumores malignos, acidosis, coma prolongado, neumotorax, anemia falciforme, eferocitosis

Patologías o desórdenes que pueden aumentar la sedimentación

Alcalosis, anemias microcíticas hipocromas (aunque, sedimentación elevada en las anemias hipocromas sin infección concomitante, debe inducir a la búsqueda de un cáncer: colon derecho especialmente, estómago y útero), anemia perniciosa

Proteínas plasmáticas y Sedimentación:

Las proteínas plasmáticas son las que más influyen sobre la sedimentación y de ellas sobretodo las globulinas:

Aumentos moderados

Hepatitis aguda B, hepatopatías crónicas, cirrosis alcohólica, infecciones agudas y crónicas, cirrosis con hipergamaglobulinemia, lupoides.

Elevación importante de la VHS

a) En afecciones localizadas del parenquima hepático, microbianas (inflamaciones, supuraciones), parasitarias (absceso amebiano), de vías biliares (colangitis, colecistitis aguda, empiema vesicular) y en cánceres primitivos o secundarios, la sedimentación esta constantemente y francamente elevada.

b) En las neumonías, supuraciones, sepsis, reumatismo poliarticular agudo, mesenquimopatías, disproteinemias (macro-crioglobulinemias, mieloma, anemias autoinmuno-hemolíticas), leucemias y linfomas, la Sedimentación suele ser muy elevada, más de 100 mm en 20 minutos y puede llegar aún a los 160 en 1 hora, cuando el Hematocrito es inferior al 20%.

Mecanismo Mixto:

La caquexia, el neumotorax, la TBC miliar con su localización pulmonar y hepática determinan sedimentaciones bajas por disminución del fibrinógeno y aumento de los eritrocitos como compensación de la anoxia.

Otros: Según referencias bibliográficas se ha descrito que el aumento de los lípidos y colesterol aceleran la velocidad de sedimentación.

Comentario del médico familiar:

Este sencillo test de laboratorio es de gran utilidad diagnóstica y pronóstica en la clínica, siempre que sea correctamente interpretado, con criterio analítico, considerando las limitaciones inherentes a la complejidad de los múltiples factores que la condicionan.

La VHS en este caso confirma su utilidad para iniciar estudio etiológico, aún en etapas asintomáticas de neoplasias de origen no precisado, aunque su baja sensibilidad y especificidad no permite recomendar su uso rutinario como screening. Su elevación siempre debe llevar a la investigación de la causa que la produce. El caso particular no se debe extrapolar a una conducta general, ya que la VHS no es un examen de rutina en un control habitual de un hipertenso, a menos que la evaluación clínica indique lo contrario.

Bibliografía

- 1 Etcheverry R. Interpretación del hemograma. Ed. Mediterráneo, 1986.