

Elevación de Ca 19.9 en paciente joven asintomática

Pedro Gargantilla Madera¹, Noelia Arroyo Pardo²

1 SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL DE EL ESCORIAL (MADRID).

2 RESIDENTE DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA. HOSPITAL DE EL ESCORIAL (MADRID).

Cad Aten Primaria
Año 2015
Volume 21
Páx. 66

INTRODUCCIÓN:

Paciente de 49 años con antecedentes de HTA, hipotiroidismo y asma extrínseca. En una analítica rutinaria se detecta la existencia de Ca 19.9 52.1 U/mL (límite alto de la normalidad 39.7 U/mL), confirmándose esta determinación en analítica posterior. La paciente se encuentra asintomática y no tiene antecedentes familiares de interés. El resto de la analítica (hemograma, bioquímica, ferrocínética y perfil hepático) son normales. Se realiza despistaje de patología neoplásica digestiva mediante gastroscopia, colonoscopia y TAC abdominal que son normales, salvo la existencia de hernia de hiato.

FORMULACIÓN DE PREGUNTAS

¿Qué prueba habría que realizar a continuación?

- pHmetría
- Manometría
- Estudio con bario
- Enema opaco
- Serología de H pylori

Ante el hallazgo de la hernia de hiato se realizó pHmetría donde se objetivó la existencia de reflujo gastroesofágico de intensidad grave, de componente mixto (bipedestación y decúbito) con episodios repetidos y de duración prolongada (exposición a pH<4 durante la fase de decúbito durante más de 100 minutos). A continuación se realizó una manometría que es fue rigurosamente normal.

Ante este hallazgo se remitió a la paciente a cirugía general, en donde se realizó funduplicatura de Nissen laparoscópica con un punto de cierre de pilares y herniorrafia umbilical. A los dos meses en una nueva analítica con MT se objetivó la normalización del Ca 19.9 (22.3 U/mL).

Un marcador tumoral (MT) es toda aquella sustancia biológica o bioquímica producida o inducida por células tumorales o por el organismo en respuesta a su presencia, vertida al torrente sanguíneo en cantidades detectables, que refleja su crecimiento y/o actividad y que permite conocer la presencia, evolución o respuesta terapéutica de un tumor maligno¹. Los MT puede ser de distintos tipos: proteínas específicas de tumor, proteínas no específicas de tumor y proteínas específicas de células sobreexpresadas en células malignas.

En este momento los MT que disponemos no son específicos de ningún cáncer y disponemos de tres parámetros que nos pueden ayudar a mejorar su especificidad y discriminar si su elevación es una

enfermedad benigna o maligna: la concentración sérica, la existencia de enfermedades asociadas y el control evolutivo². Se ha observado que en los pacientes sin neoplasia los incrementos del MT son inferiores que en aquellos que tienen neoplasia; al realizar dos o tres determinaciones seriadas con un intervalo entre ellas superior a la vida media del MT se puede discernir si el origen es neoplásico o no y, por último, un incremento continuo del MT sugiere un origen neoplásico².

El CA 19.9 es un marcador descubierto a partir de un medio de cultivo de una línea celular de cáncer colorrectal. A pesar de que inicialmente se empleó como marcador serológico para el cáncer colorrectal, actualmente su utilización no se recomienda en este tipo de cáncer sino en la evaluación de pacientes con cáncer pancreático o biliar, por su mayor especificidad en estas patologías². En este momento no existen pruebas que justifiquen el uso de Ca 19.9 para el cribado del cáncer de páncreas en Atención Primaria⁴.

Por otra parte, el CA 19.9 es un MT que puede elevarse en situaciones benignas como son la fibrosis quística, la hidronefrosis, la tiroiditis de Hashimoto y el reflujo gastroesofágico. En la paciente que presentamos la curación del reflujo gastroesofágico mediante la funduplicatura de Nissen normalizó la elevación del MT.

BIBLIOGRAFIA

1. Cortés H, Díaz Rubio E, García Conde J, Germá Lluch JR, Guillén Porta V, López López J. Oncología Médica. Madrid: Aula Médica SA, 1999.
2. Teresa Romero G. de, Casado Vicente V., Jimeno Carrúez A. Utilización de marcadores tumorales en Atención Primaria. Medifam [revista en la Internet]. 2002 Disponible en: HYPERLINK "http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000100003&lng=es" http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000100003&lng=es.
3. Madonia S, Aragona E, Maisano S, Montalbano L, Olivo M, Rossi F, Restivo G, Cottone M. CA 19-9 to rule out pancreatic or biliary cancer among patients with cholestasis: an unsuitable test? Dig Dis Sci 2007;52:1125-7.
4. Marzo Castillejo M BBB, Ruin Villanueva M, Cierco Peguera P, Moreno Baquerano M. Estrategias de prevención del cáncer. Aten Primaria 2007;39:47-66.