

Yanira González-Mendez^a, Manuel Hernández-Guerra^{a,*},
Juan Turnes^b, Inmaculada Abreu^a, Dionisio García^c
y Enrique Quintero^a

^a Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, España

^b Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España

^c Servicio de Neurología, Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mhernandezguerra@gmail.com
(M. Hernández-Guerra).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.01.009>

Elevación del CA 19.9 en ausencia de tumor de páncreas

CA 19.9 elevation in the absence of pancreatic tumor

Sr. Director:

El antígeno CA 19.9 es una glucoproteína relacionada con el antígeno del grupo sanguíneo Lewis, cuya síntesis tiene lugar en diversos epitelios. Se encuentra elevado especialmente en tumores de páncreas y, en menor medida, en tumores biliares, gástricos, de colon, hígado, ovario (principalmente en las variedades mucinosas), endometrio, urotelio y en adenocarcinomas, carcinomas indiferenciados de células grandes y carcinoma de pulmón de células pequeñas¹⁻³. Así, valores de CA 19.9 superiores a 300 U/l tienen un valor predictivo positivo superior al 90% para el cáncer de páncreas⁴. Elevaciones moderadas del CA 19.9 —generalmente no superiores a 100 U/l— se han descrito en procesos benignos⁵ como enfermedades hepáticas (hepatitis, cirrosis, colangitis, colecistitis), pancreáticas (pseudoquistes, pancreatitis), respiratorias (fibrosis pulmonar, asma bronquial, asbestosis, bronquiectasias, tuberculosis), insuficiencia renal, quistes mucinosos, hidronefrosis o en diversas enfermedades reumatológicas, como síndrome de Sjögren, artritis reumatoide, lupus eritematoso, dermatopolimiositis o arteritis de células gigantes^{6,7}.

Para ilustrar lo anterior, hemos revisado todos los casos de elevación de CA 19.9 superior a 300 U/l no debida a tumor de páncreas, y estudiados en nuestra unidad de diagnóstico rápido en los 2,5 años previos (en el mismo período, vimos 4 enfermos con adenocarcinoma de páncreas y valores de CA 19.9 superiores a 300 U/l). Atendimos a 29 pacientes con los criterios citados; su edad media fue de 72 años (DE 11) con claro predominio de varones (26, 89,7%). Salvo 2 casos de fibrosis pulmonar idiopática y uno de hepatitis aguda por el virus A (10,3% en total), el resto (26 pacientes [89,7%]) se correspondían con procesos neoplásicos de distintos orígenes, la gran mayoría en estadios muy avanzados y, muchos de ellos, con afectación de hígado o vía biliar. Así, por ejemplo, a la finalización del período de estudio, 18 pacientes (62,1%) habían fallecido por progresión tumoral.

Los tumores que más frecuentemente cursaron con valores de CA 19.9 superiores a 300 U/l tenían origen digestivo (15 casos [57,7%]). De ellos, 10 eran cáncer de colon, 2 cánceres gástricos, 2 colangiocarcinomas y un adenocarcinoma esofágico. En segundo lugar detectamos 5 tumores de pulmón (19,2%), 4 de ellos de tipo microcítico y el último

no microcítico. Tres pacientes tenían tumores urológicos (11,5%): 2 carcinomas de vejiga y uno de próstata, todos ellos en fase avanzada. De los 3 últimos pacientes con procesos tumorales (11,5%), 2 eran adenocarcinomas cuyo origen no pudimos filiar, y el último caso era una masa pulmonar de una mujer anciana en la que no llegamos a un diagnóstico cierto.

Los marcadores tumorales son sustancias de naturaleza diversa producidas o inducidas por un tumor o por tejidos del órgano en el que asienta⁸, y que pueden ser detectados y cuantificados en suero, fluidos biológicos y tejidos, por métodos bioquímicos o inmunohistoquímicos. Desde el punto de vista clínico tienen indudable interés en el diagnóstico de tumores. Sin embargo, su especificidad (porque pueden aumentar en muy diversos tumores y en otros procesos benignos) y su sensibilidad, sobre todo en fases iniciales, son en general escasas. Su principal aplicación reside en el seguimiento, en la evaluación de la efectividad de la terapia y en el pronóstico.

La presente serie corrobora la idea de que, en general, los marcadores tumorales tienen un valor limitado en el diagnóstico diferencial y en el diagnóstico precoz de las neoplasias. En nuestro caso, la mayoría de las elevaciones importantes de CA 19.9 se debieron a tumores no pancreáticos, especialmente de tubo digestivo. Nos llamó más la atención, sin embargo, el número de neoplasias de pulmón, toda vez que el CA 19.9 no suele considerarse de utilidad en este contexto⁹.

No está claro, para concluir, el papel de los marcadores tumorales en la práctica clínica. Aunque suponen una ayuda indudable en el diagnóstico de los tumores, la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO) no encuentra datos suficientes para recomendarlos en cribado, diagnóstico, estadificación o seguimiento¹⁰.

Bibliografía

1. Rottenberg Y, Nisman B, Peretz T. Extreme high levels of CA 19.9 associated with adenocarcinoma of the lung. *Isr Med Assoc J*. 2009;116-7.
2. Nagami H, Nohara T, Yamauchi M, Yamada K, Nakase A. A case of two patients with primary lung cancer secreting CA 19-9. *Nippon Geka Gakkai Zasshi*. 1988;89:292-6.
3. López-Gómez M, López-Ruz MA, Jiménez-Alonso JF. Elevación del marcador tumoral CA 19-9 en un adenocarcinoma pulmonar. *Rev Clin Esp*. 2004;204:290-1.
4. Steimberg W. The clinical utility of CA 19.9 tumor associated antigen. *Am J Gastroenterol*. 1990;85:350-5.

5. Maestranzi S, Przemioslo R, Mitchell H, Itchell H, Sherwood RA. The effect of benign and malignant liver disease on the tumour markers CA 19-9 and CEA. *Ann Clin Biochem.* 1998;35:99-103.
6. Sohda T, Iwata Y, Shijo H, Egashira Y, Egashira K, Okumura M. Increased expression of proliferating cell nuclear antigen in autoimmune hepatitis in a patient with raised serum concentration of CA 19-9. *J Clin Pathol.* 1998;51:167-73.
7. Meyer A, Kausch I, Krüger S, Fetscher S, Böhle A, Jocham D. Elevation of CA 19-9 in giant hydronephrosis induced by a renal calculus. *Urology.* 2004;63:381-2.
8. Navarro Expósito F, Prieto Ríos B, Martín Angulo M, Álvarez-Mon Soto M. Indicaciones de solicitud y valor de los marcadores tumorales. *Medicine.* 2009;10:1854-8.
9. González Barón M, Espinosa Arranz J, de la Gándara Porres J, de Paredes G. Utilidad práctica de los marcadores serológicos en el carcinoma de pulmón. *Med Clin (Barc).* 1991;96:707-10.
10. Bast RC, Ravdin P, Hayes DF, Bates S, Fritsche Jr H, Jessup JM, et al. Update of recommendations for the use of tumor

markers in breast and colorectal cancer: clinical practice guidelines of the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol.* 2001;19:1865-78.

José María Prieto de Paula^{a,*}, Eduardo Mayor Toranzo^a,
Noelia Sanmamed Salgado^a
y Silvia Franco Hidalgo^b

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico
Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^b Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario
de Palencia, Palencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmpripaula@yahoo.es
(J.M. Prieto de Paula).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.02.010>

Seudoobstrucción intestinal como primera manifestación de la enfermedad de Steinert

Intestinal pseudo-obstruction as the first manifestation of Steinert disease

Sr. Director:

La distrofia miotónica o enfermedad de Steinert es la distrofia muscular más frecuente del adulto. Es una enfermedad

hereditaria degenerativa autosómica dominante causada por un defecto del gen ZNF9 localizado en el brazo largo del cromosoma 19. Origina una afectación multisistémica que se manifiesta fundamentalmente en el músculo esquelético, siendo las características clínicas más relevantes la debilidad muscular progresiva, la miotonía y la atrofia muscular, si bien la expresión clínica es muy variable. Generalmente las primeras manifestaciones aparecen después de los 30 años y se inician con atrofia de los pequeños músculos de la mano y de los extensores del antebrazo, por lo que se considera una miopatía de afectación distal con lenta progresión hacia la afectación de músculos proximales y tronco. Se ha



Figura 1 A) Radiografía simple de abdomen. B) TC abdominal.