

Algunas reflexiones sobre los marcadores tumorales

Sr. Director:

El Dr. Martínez Celada et al han presentado recientemente en su revista el caso de una mujer de 37 años que presentó un cuadro constitucional con molestias abdominales inespecíficas. La exploración física no evidenció alteraciones significativas. En el comentario del caso clínico se refiere que los marcadores biológicos antígeno carcinoembrionario (CEA) 125, beta 2 microglobulina y enolasa eran normales¹.

Evidentemente hay una inexactitud, dado que el antígeno carcinoembrionario es efectivamente el CEA, pero no el CEA 125. El CEA es un marcador tumoral de amplio espectro que es empleado en múltiples neoplasias epiteliales, como son las neoplasias digestivas (colon, recto y estómago), las mamas, las pulmonares y los tumores de cabeza y cuello, sobre todo. Pero la principal aplicación del CEA se desarrolla en el carcinoma colorrectal, en el que muestra una sensibilidad relacionada con el estadio de Dukes. Las principales aplicaciones clínicas son el diagnóstico precoz de la recidiva y la monitorización terapéutica^{2,3}.

Pueden encontrarse niveles elevados en enfermedades hepáticas y pulmonares crónicas, insuficiencia renal, enfermedad inflamatoria intestinal, hipotiroidismo, obstrucción biliar, etc.

El antígeno carbohidrato 125 (CA125) es una mucina de elevado peso molecular, aislada en adenocarcinomas ováricos y también producida en condiciones normales por los mesotelios y estructuras derivadas de los conductos de Muller. Es un marcador muy útil en los carcinomas ováricos, excluyendo los carcinomas mucinosos, con una sensibilidad que oscila entre el 50 y el 95% en función del estadio. Su determinación sirve de ayuda para la detección precoz de la recidiva, la monitorización terapéutica y también para el diagnóstico^{4,5}.

Por otra parte, la beta 2 microglobulina es una proteína identificada como la cadena ligera de los antígenos de histocompatibilidad. Se encuentra elevada en enfermedades linfoproliferativas, principalmente leucemia linfocítica crónica de células B, mieloma múltiple y linfomas tanto Hodgkin como no Hodgkin y sus niveles se correlacionan adecuadamente con el estadio de la enfermedad. Además, la beta 2 microglobulina se encuentra elevada en cualquier situación en la que esté disminuida la tasa de filtración glomerular y también en la enfermedad hepática, la inflamación crónica y en algunas infecciones virales, siendo el paradigma la infección por el VIH⁶.

La enolasa es una enzima glicolítica sintetizada por las neuronas y las células neuroendocrinas del sistema nervioso central y periférico. Niveles elevados se encuentran en el carcinoma microcítico de pulmón, de forma que constituye un factor pronóstico importante y mantiene una buena correlación con la evolución. También es empleado como marcador del neuroblastoma.

Como vemos, los marcadores tumorales referidos en el texto no parecen tener relación con el proceso del paciente, salvo a posteriori y, teniendo en cuenta que tenía una patología esplénica, podría haber tenido alguna utilidad la determinación de beta 2 microglobulina si se pensaba que podía tener un linfoma.

La gran mayoría de los marcadores tumorales no puede ser empleada con fines diagnósticos, sino que presentan su máxi-

ma utilidad en el seguimiento y el control de la efectividad del tratamiento antitumoral, así como para la detección precoz de recidivas y metástasis. Además, los marcadores tumorales no se encuentran elevados en pacientes en estadios precoces de la enfermedad, pero niveles elevados suelen encontrarse cuando la enfermedad está en estadio avanzado.

Por todo lo expuesto, constituye una mala actitud el hábito que todos estamos adquiriendo de solicitar marcadores tumorales ante pacientes con cuadros sin un diagnóstico preciso, pues encontrar elevaciones de varios marcadores tumorales no nos permite habitualmente precisar más el diagnóstico y, sin embargo, motivan un evidente encarecimiento del proceso, ante la sucesión de pruebas en cascada solicitadas sin un fundamento claro.

Los marcadores tumorales deberían emplearse en las indicaciones que hemos comentado reiteradamente en el texto y no en otras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Celada M, Rivas Carmenado M, García Pravia C, Fresno Forcelledo M. Mujer de 37 años con molestias abdominales y lesión focal esplénica. *Rev Clin Esp.* 2007;207:135-7.
2. Bast RC, Ravidin P. 2000 update of recommendations for the use of tumors markers in breast and colorectal cancer: clinical practice guidelines of the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol.* 2001;19:1865-78.
3. McDonald JS. CEA screening: pros and cons. *Semin Oncol.* 1999;26:556-60.
4. Perkins S, Slater E, Sanders G. Serum tumor markers. *Am Fam Physician.* 2003;68:1075-82.
5. Mogensen O. Prognostic value of Ca 125 in advanced ovarian cancer. *Gynecol Oncol.* 1992;44:207-12.
6. Smith R, Cokkinides V, Eyre HJ. American Cancer Society Guidelines for the early detection of cancer 2003. *Cancer J Clin.* 2003;53:27-43.

F. Marcos Sánchez, M.I. Albo Castaño,
P. del Valle Loarte y S. Casallo Blanco
*Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado.
Talavera de la Reina. Toledo.*