



QUISTE PRESACRO Y ELEVACIÓN SÉRICA DEL CA 19.9

Sr Director: A propósito del artículo recientemente publicado en su revista sobre quistes del desarrollo en el espacio presacro del adulto¹, quisiéramos aportar un nuevo caso, dada la infrecuencia de dicha entidad.

Mujer de 45 años de edad, con antecedentes de apendicectomía y ooforectomía derecha por quiste torsionado que, tras una revisión rutinaria, habiéndose solicitado la determinación de CA 19.9 sin ninguna sospecha diagnóstica, se detecta una cifra de 198 U/ml (valores normales < 37), planteándose la realización de un estudio para descartar un carcinoma digestivo.

La paciente estaba asintomática y la exploración física fue normal. El hemograma, la bioquímica general, las hormonas tiroideas y el CEA no mostraron alteraciones. La gastroscopia y colonoscopia fueron normales. Una tomografía computarizada (TC) abdomino-pélvica y una resonancia magnética (RM) pusieron de manifiesto una formación quística retrorectal y pararectal derecha, septada, bien definida, con una pared fina y uniforme que desplazaba el recto. La ecoendoscopia rectal (fig. 1) advirtió igualmente la lesión quística tabicada sin adenopatías perirrectales. Se intervino quirúrgicamente, mediante un abordaje posterior, con extirpación del quiste (80 × 35 × 25 mm) y cóccix. El diagnóstico histológico fue de quiste del desarrollo. Los valores séricos de CA 19.9 disminuyeron tras la cirugía a 118 U/ml a los 8 meses de seguimiento.

Los quistes del desarrollo son lesiones quísticas congénitas, de predominio femenino, frecuentemente asintomáticas, debido en gran medida a su crecimiento lento, pudiendo ocasionar en la edad adulta síntomas relacionados con fenómenos compresivos y en ocasiones infecciosos locales. El tratamiento que se establece, aun en los casos asintomáticos, es la resección quirúrgica, dada la no despreciable incidencia de degeneración maligna, con pronóstico infausto en estos casos.

El caso que presentamos se caracteriza por haber sido detectado a raíz de advertirse una elevación del CA 19.9 tras una determinación, sin ninguna sospecha diagnóstica y, por tanto, no justificada. Es conocido que el CA 19.9, es un antígeno compuesto por carbohidratos y relacionado con el antígeno del grupo sanguíneo Lewis, que está presente en el 90% de la población². Desde su descripción, en 1979, ha sido asociado a procesos neoplásicos diversos, y particularmente, al cáncer de páncreas exocrino³. Sin embargo, su especificidad está limitada al detectarse va-

caso que hemos expuesto, cuya elevación probablemente está originada en la producción a partir de las células del epitelio de la pared del quiste.

J.L. OLCOZ GOÑI^a, J. ESPINEL DÍEZ^a, J.L. CALLEJA PANERO^b,
T. GONZÁLEZ DE FRANCISCO^c, T. RIBAS ARIÑO^d,
A. DOMÍNGUEZ CARBAJO^e, P. LINARES TORRES^a
y J. GONZÁLEZ MORALES^e

Sección de Aparato Digestivo. Hospital de León. León. España.

^bServicio de gastroenterología. Hospital Puerta de Hierro de Madrid. España.

^cServicio de Cirugía. Hospital de León. León. España.

^dServicio de Anatomía Patológica. Hospital de León. León. España.

^eServicio de Urgencias. Hospital de León. León. España.

Fig. 1. Ecoendoscopia rectal: colección quística tabicada en la zona posterior rectal, de unos 6 cm de diámetro máximo con ecogenicidad del contenido interior no homogénea. No se observan adenopatías perirectales.

lores incrementados en diversas patologías benignas⁴⁻⁸. En nuestro caso, el incremento del CA 19.9 se consideró secundario a la existencia del quiste del desarrollo en el espacio presacro, y aunque la extirpación quirúrgica no produjo su normalización, sí se observó un descenso significativo, que permite responsabilizar al quiste de la elevación del CA 19.9.

Como se ha descrito², la realización de una inmunoescintigrafía con inclusión de tomografía, usando un anticuerpo monoclonal marcado con ¹³¹I contra el CA 19.9, es la forma más exacta de determinar la procedencia del mismo. Los estudios de imagen realizados en nuestro paciente, permiten descartar otras causas responsables. No hemos encontrado en la bibliografía otra descripción en la que se observe un aumento sérico del CA 19.9 en quistes del desarrollo presacro. Éste parece ser el

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín E, Pérez C, Cotano JR, Atín V, Aguinagalde M, Sabas JA, Méndez JJ. Quistes del desarrollo en el espacio presacro en el adulto. *Gastroenterol Hepatol* 2002;25:601-4.
2. Micke O, Schafer U, Willich N. Persistent elevation of CA 19-9 levels in a patient with an extended retroperitoneal dermoid. *Anticancer Res* 1999;19:2717-20.
3. Gattani AM, Mandeli J, Bruckner HW. Tumor markers in patients with pancreatic carcinoma. *Cancer* 1996;78:57-62.
4. Tanno S, Obara T, Izawa T, Sasaki A, Fujii T, Nishino N, et al. Solitary true cyst of the pancreas in two adults: analysis of cyst fluid and review of the literature. *Am J Gastroent* 1998;93:1972-5.
5. Sperti C, Pasquali C, Guolo P, Polverosi R, Liessi G, Pedrazzoli S. Serum tumor markers and cyst fluid analysis are useful for the diagnosis of pancreatic cystic tumors. *Cancer* 1996;78:237-43.
6. Yoshikane H, Suzuki T, Yoshioka N, Ogawa Y, Hayashi Y, Hamajima E, et al. Giant splenic cyst with high serum concentration of CA 19-9. Failure of treatment with percutaneous transcatheter drainage and injection of tetracycline. *Scand J Gastroenterol* 1996;31:524-6.
7. Horsmans Y, Laka A, Gigot JF, Geubel AP. Serum and cystic fluid CA 19-9 determinations as a diagnostic help in liver cysts of uncertain nature. *Liver* 1996;16:255-7.
8. Cerwenka H, Uggowitz M, Bacher H, Werkgartner G, el-Shabrawi A, Mischinger HJ. Bronchogenic cyst appearing as a hepatic mass. *Abdom Imaging* 2000;25:86-8.