

Comparado con el estudio comentado previamente realizado en SMI, encontramos un grado de implementación similar en los SG (79,2% vs 80%), pero con menor porcentaje de facultativos trabajando a tiempo completo en esta actividad (29,3 vs 39%). En los SMI se entrega informe en un porcentaje superior (72% frente a 51,2%).

Una limitación de este estudio ha sido la brevedad de la encuesta para facilitar su cumplimentación. Sin embargo, solo se obtuvo una tasa de respuesta del 50%. Por el contrario, pueden considerarse fortalezas la obtención de información homologable y previamente inexistente sobre esta actividad, así como el hecho de la representación territorial obtenida.

Como conclusión, los resultados sugieren que la actividad de IC es frecuente y de considerable volumen en los SG españoles y principalmente solicitada desde los servicios quirúrgicos. La dedicación de recursos humanos a esta actividad y su apreciación como elemento formativo son importantes. Debería completarse el proceso asistencial mediante la elaboración sistemática de un informe de geriatría. Todos estos datos inducen a pensar que la actividad de interconsulta geriátrica debería ser digna de mayor estudio y recibir consideración y reconocimiento en las carteras de servicios de los hospitales.

### Agradecimientos

A las secretarías de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y a los médicos que de forma desinteresada cumplimentaron y enviaron la encuesta.

### Bibliografía

1. Cefalu CA. Adhering to inpatient geriatric consultation recommendations. *J Fam Pract.* 1996;42:259-63.
2. Campion EW, Jette A, Berkman B. An interdisciplinary geriatric consultation service: A controlled trial. *JAGS.* 1983;31:792-6.

3. Barker WH, Williams F, Zimmer JG, van Buren C, Vincent SJ, Pickrel SG. Geriatric consultation teams in acute hospitals: impact on back-up of elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 1985;33:422-8.
4. González-Montalvo JL, Alarcón T, del Río M, Gotor P, Aceituno V. Resultados asistenciales de un equipo consultor geriátrico en un hospital general. Cuatro años de actividad. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1999;34:336-45.
5. Sánchez Ferrín P, Gómez Enrich N, Carbó Magaña I, González Ortega F, Viñas Amat J. Atención geriátrica en hospital de agudos Rol de las unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias (UFISS) de geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1994;29:219-24.
6. Martín Graczyk AI, Molina Hernández MJ, Vázquez Pedrezuela C, Mora Fernández J, Hierro Villaran M, Gómez Pavón J, et al. Valoración preoperatoria geriátrica en la cirugía mayor del anciano. *An Med Intern.* 1995;12:270-4.
7. San José A, Vilardell M. Unidades funcionales interdisciplinarias de geriatría en los hospitales generales. Funcionamiento y análisis de su efectividad. *Med Clin.* 1996;106:336-43.
8. Rubenstein LZ. Documenting impacts of geriatric consultation. *JAGS.* 1987;35:829-30.
9. Martínez JM, Montero Ruíz E, Fernández Pérez C, Méndez Bailón M, García Klepzig JL, Garrachón Vallo F. Encuesta nacional sobre la actividad de los internistas en asistencia compartida-interconsultas en los hospitales españoles. *Rev Clin Esp.* 2016;216:414-8.

Raquel Ramírez-Martín\*, Isabel Rodríguez-Sánchez, Débora Moral-Cuesta, Rocío Menéndez-Colino, Macarena Díaz de Bustamante Ussia y Juan I. González-Montalvo

*Servicio de Geriatría, Hospital Universitario La Paz, Instituto de Investigación del Hospital Universitario La Paz IdiPAZ, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [raquel.ramirezmartin@gmail.com](mailto:raquel.ramirezmartin@gmail.com)

(R. Ramírez-Martín).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.02.008>

0211-139X/

© 2018 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Elevación progresiva del marcador tumoral CA 19-9 en nonagenaria con fibrosis pulmonar idiopática avanzada



### *Progressive elevation of CA 19-9 tumour marker in a nonagenarian with advanced idiopathic pulmonary fibrosis*

Mujer de 90 años de edad que ingresa en nuestro centro por disnea. Antecedentes personales de adenocarcinoma de colon estadio II-A tratado mediante hemicolectomía derecha en 2009, sin quimioterapia posterior, fibrosis pulmonar idiopática (FPI) diagnosticada mediante prueba de imagen de alta resolución (TACAR) con pruebas funcionales respiratorias compatibles y poliartritis.

Seguía tratamiento habitual con candesartán 8 mg, Spiriva® 18 µg, Symbicort® Forte 320 µg y oxigenoterapia crónica domiciliaria (24 h).

Funcionalmente era independiente para todas las actividades básicas de la vida diaria salvo para la ducha. Índice de Barthel 90/100. Caminaba con ayuda de andador, Functional Assessment Classification (FAC) 4.

Ingresa por cuadro clínico compatible con infección respiratoria no consolidativa con disnea de reposo (habitual de mínimos) y cuadro constitucional de aproximadamente 6 meses de evolución.

A la exploración destacó taquipnea e inestabilidad respiratoria que se controló tras ajuste de tratamiento médico.

Se realizó radiografía de tórax que mostró patrón de fibrosis pulmonar evolucionada sin infiltrados, en progresión con respecto al último estudio de imagen.

Análíticamente se evidenció elevación exclusiva de marcador tumoral tipo CA 19-9 de 876 ng/ml sin objetivarse otras alteraciones significativas.

Se realizó TAC toraco-abdomino-pélvico, que no evidenció proceso neoplásico ni signos de recidiva, por lo que se realizó estudio endoscópico (gastroscoopia y colonoscopia) sin objetivar patología significativa. No se realizaron más pruebas de imagen debido a su probable escaso rendimiento diagnóstico dada la normalidad en las pruebas precedentes.

La paciente presentó adecuada evolución clínica tras optimización de tratamiento con titulación de morfina oral logrando dosis intermedias y con mejoría significativa de disnea. No se objetivó etiología tumoral que justificará tal elevación de CA 19-9 por lo que se planeó alta con seguimiento en consultas externas.

Al alta experimentó mejoría de clase funcional retornando a situación previa al ingreso, consiguiendo caminar con ayuda de andador y supervisión de otra persona.

Se realizaron sucesivos controles analíticos tras el alta (a los 3 y a los 6 meses). En ambas determinaciones se evidenció discreta elevación de CA 19-9 (1.238 y 1.321 ng/ml, respectivamente).

Tras un año de seguimiento ambulatorio ha presentado 2 ingresos hospitalarios debido a aumento de disnea en contexto de progresión de la FPI. Se repitió prueba de imagen en último ingreso (TAC toraco-abdomino-pélvico) sin evidenciar etiología tumoral subyacente a pesar de incremento progresivo en cifras de CA 19-9.

Se continuará seguimiento clínico y analítico estrecho.

**Tabla 1**  
Enfermedades benignas asociadas a la elevación del CA 19-9

Aparato	Enfermedad
Digestivo	Ictericia obstructiva
	Pancreatitis crónica
	Seudoquistes pancreáticos
	Cirrosis biliar primaria
	Hepatitis crónica B y C
	Colecistitis crónica
	Coledocolitiasis
	Colangitis
Pulmonar	Fibrosis pulmonar idiopática
	Fibrosis quística
	Asbestosis
	Bronquiectasias
	Tuberculosis pulmonar
	Secuestro pulmonar
Procesos reumatológicos	Infecciones por <i>Mycobacterium</i>
	Artritis reumatoide
	Lupus eritematoso sistémico
	Dermato/polimiositis
Otros	Arteritis de células gigantes
	Diabetes mellitus
	Tiroiditis de Hashimoto
	Insuficiencia renal
	Hidronefrosis
Quistes mucinosos	

## Discusión

La FPI es una enfermedad crónica, progresiva e irreversible, de etiología no aclarada. Es la forma de neumopatía intersticial más frecuente con una supervivencia media de aproximadamente 3-5 años para las formas lentamente progresivas, la que presenta nuestra paciente, con aproximadamente 2,5 años de evolución desde su diagnóstico<sup>1,2</sup>. Existen formas aceleradas de desarrollo de la enfermedad con una supervivencia media de semanas/meses<sup>1</sup>.

La FPI puede producir elevaciones moderadas de diversos marcadores tumorales (CEA, CA 15-3, CA 19-9 y CYFRA), descritas en la literatura médica<sup>3,4</sup>. La particularidad de nuestro caso reside en 2 aspectos esenciales: la exclusiva elevación de CA 19-9 y los niveles alcanzados del mismo.

Existen múltiples procesos benignos en los que se implican varios sistemas del organismo, que presentan niveles moderadamente elevados de CA 19-9 (tabla 1)<sup>6,7</sup>. Resulta llamativa la severa elevación de dicho marcador en nuestra paciente<sup>5</sup>, planteando

dudas de que fuera todo atribuible a progresión de la FPI, sin poder llegar a otros diagnósticos tras estudio exhaustivo.

No podemos establecer una etiología clara. Lo más plausible sería atribuir toda la elevación de CA 19-9 a la progresión de la FPI hacia una fase más evolucionada de la enfermedad, con masiva destrucción de parénquima pulmonar<sup>4</sup>. Otra opción contemplaría una etiología mixta: progresión de la FPI junto con desarrollo de una hipotética neoplasia incipiente no visualizada en el estudio de extensión realizado, cuyo diagnóstico requeriría de pruebas de imagen más exhaustivas (PET/TAC, RMN, colangio-RMN...), opción menos probable si atendemos al curso y evolución clínica de la paciente en los últimos meses.

## Bibliografía

1. Sgalla G, Biffi A, Richeldi L. Idiopathic pulmonary fibrosis: Diagnosis, epidemiology and natural history. *Respirology*. 2016;21:427-37.
2. Raghu G, Collard HR, Egan JJ, Martinez FJ, Behr J, Brown KK, et al., ATS/ERS/JRS/ALAT Committee on Idiopathic Pulmonary Fibrosis. An official ATS/ERS/JRS/ALAT statement: Idiopathic pulmonary fibrosis: Evidence-based guidelines for diagnosis and management. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011;183:788-824.
3. Monterrubia J, Córdoba A. Marcadores tumorales en la reagudización de la fibrosis pulmonar. *An Med Interna*. 2008;25:201.
4. Langer U, Salinas C, Aburto M, Moraza FJ, Ballaz A, Capelastegui A. Accelerated phase of idiopathic pulmonary fibrosis. *Arch Bronconeumol*. 2007;43:516-8.
5. Kodama T, Satoh H, Ishikawa H, Ohtsuka M. Serum levels of CA19-9 in patients with nonmalignant respiratory Diseases. *J Clin Lab Anal*. 2007;21:103-6.
6. Levy C, Lymph J, Angulo P, Gores GJ, Larusso N, Lindor KD. The value of serum CA 19-9 in predicting cholangiocarcinomas in patients with primary sclerosing cholangitis. *Dig Dis Sci*. 2005;50:1734-40.
7. Murai J, Soga S, Saito H, Otsuki M, Kitada T, Saisho Y, et al. Study on the mechanism causing elevation of serum CA19-9 levels in diabetic patients. *Endocr J*. 2013;60:885-91.

Vicent Romero Estarlich<sup>a,\*</sup>, Nicolas María González-Senac<sup>a</sup>,  
Daiana Yulissa Peña Lora<sup>a</sup>, María Teresa Vidán Astiz<sup>a,b</sup>  
y José Antonio Serra Rexach<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Geriátría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

<sup>b</sup> Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: viromes@hotmail.com (V. Romero Estarlich).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.02.002>

0211-139X/

© 2018 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.