

Cartas al Director

La denominación “marcador tumoral”, un léxico en revisión. Presentación de una paciente demostrativa de dicha necesidad (cirrosis hepática y marcador CA 12.5)

Palabras clave: Marcador tumoral. Cirrosis hepática. CA 12.5.

Key words: Tumor marker. Liver cirrhosis. CA 12.5.

Sr. Director:

La denominación marcador “tumoral” (por venir así acuñada en los habituales informes de análisis clínicos de algunos hospitales y laboratorios extrahospitalarios) conduce a menudo a sufrimiento evitable del paciente y su familia, ya que su presencia no siempre se relaciona con tumores, sino con otros muchos posibles procesos de mejor pronóstico que el cáncer, p. ej. infeccioso-inflamatorios, entre ellos hepatopatías crónicas (1-3).

Caso clínico

Mujer de 61 años, viuda, natural de Alicante, mastectomizada a los 29 años por carcinoma de mama y tratada con ooforectomía, recibiendo transfusión de sangre, constatándose años después (1998) serología positiva para VHC al consultar por cuadro clínico inespecífico con discreta hipertransaminasemia. En el año 2000 se realiza biopsia hepática, encontrándose una cirrosis septal completa (Figs. 1 y 2).

En Unidad de Consejo General en Cáncer, se precisa tratarse de neoplasia hereditaria (mutación del gen BRCA-10); su madre murió (a los 38 años) de neoplasia de matriz y una de sus dos hermanas padece neoplasia de mama.

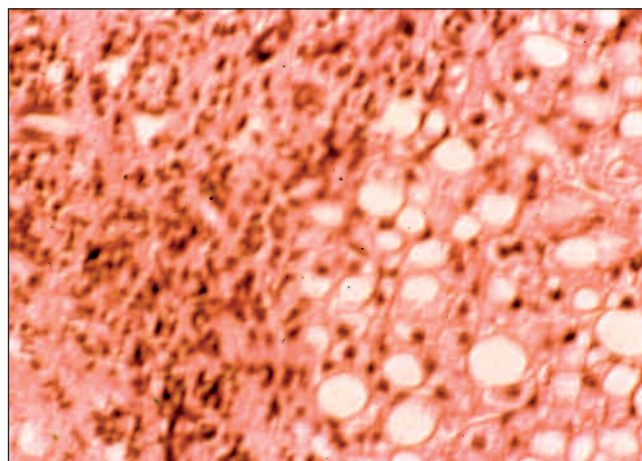


Fig. 1. CH (biopsia hepática).

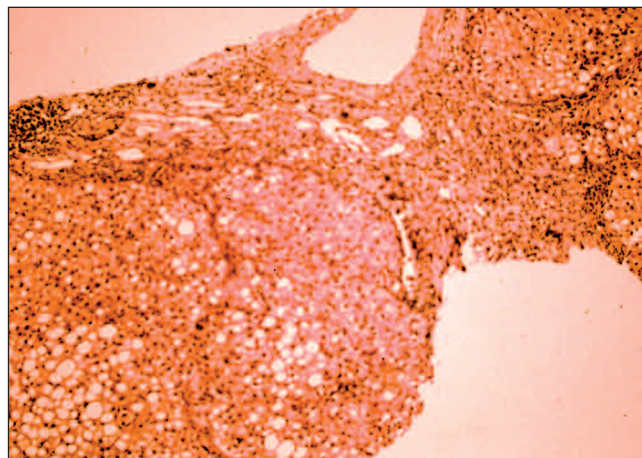


Fig. 2. CH (biopsia hepática).

Se le trata con interferón α -2 recombinante, con respuesta incompleta y tolerancia limitada por trombocitopenia.

Evoluciona a cuadro de cirrosis, estadio Child B-C, con dis-

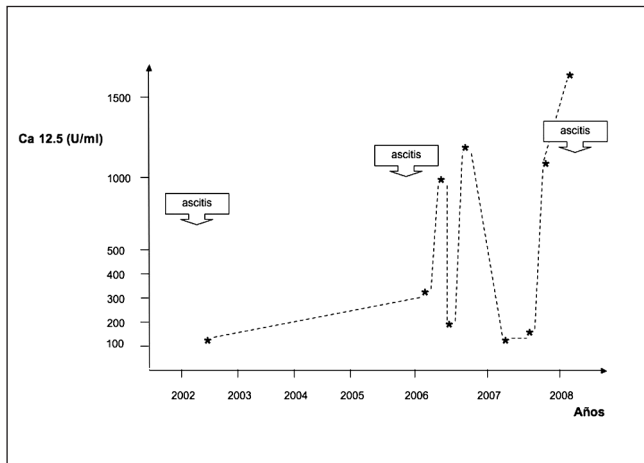


Fig. 3. CA 12.5.

creta encefalopatía (grado I), con ascitis moderada (desde 2002), que revierte completamente con espironolactona.

Con Child-Pugh de 7 y MELD de 9.5 se valora en Hospital La Fe, aceptándose a nivel de pre-trasplante para seguimiento.

Aunque fue ooforectomizada hacía 30 años, dada la fuerte carga neoplásica familiar, y puesto que aquejaba molestias abdominales inespecíficas, reiterativas, asociadas a pequeña ascitis, no “libre” sino más perihepática, y en consideración a que pudiera añadirse algún otro tumor (genital, vesical, de tubo digestivo u otros), desde abril de 2006 y periódicamente después (último dato enero 2008) se controló el marcador CA 12.5, entre otros, encontrándose elevaciones significativas (Fig. 3), (334, 985, 178, 1125, 155, 182, 1100, 1550; normal hasta 35 U/mL) de aspecto oscilante, por lo que se llevan a cabo ecografías y PET-TAC (Fig. 4), así como endoscopias (gástrica y de colon), sin poderse encontrar ninguna tumoración; asimismo el estudio cardiaco (ECG, ecocardiograma,

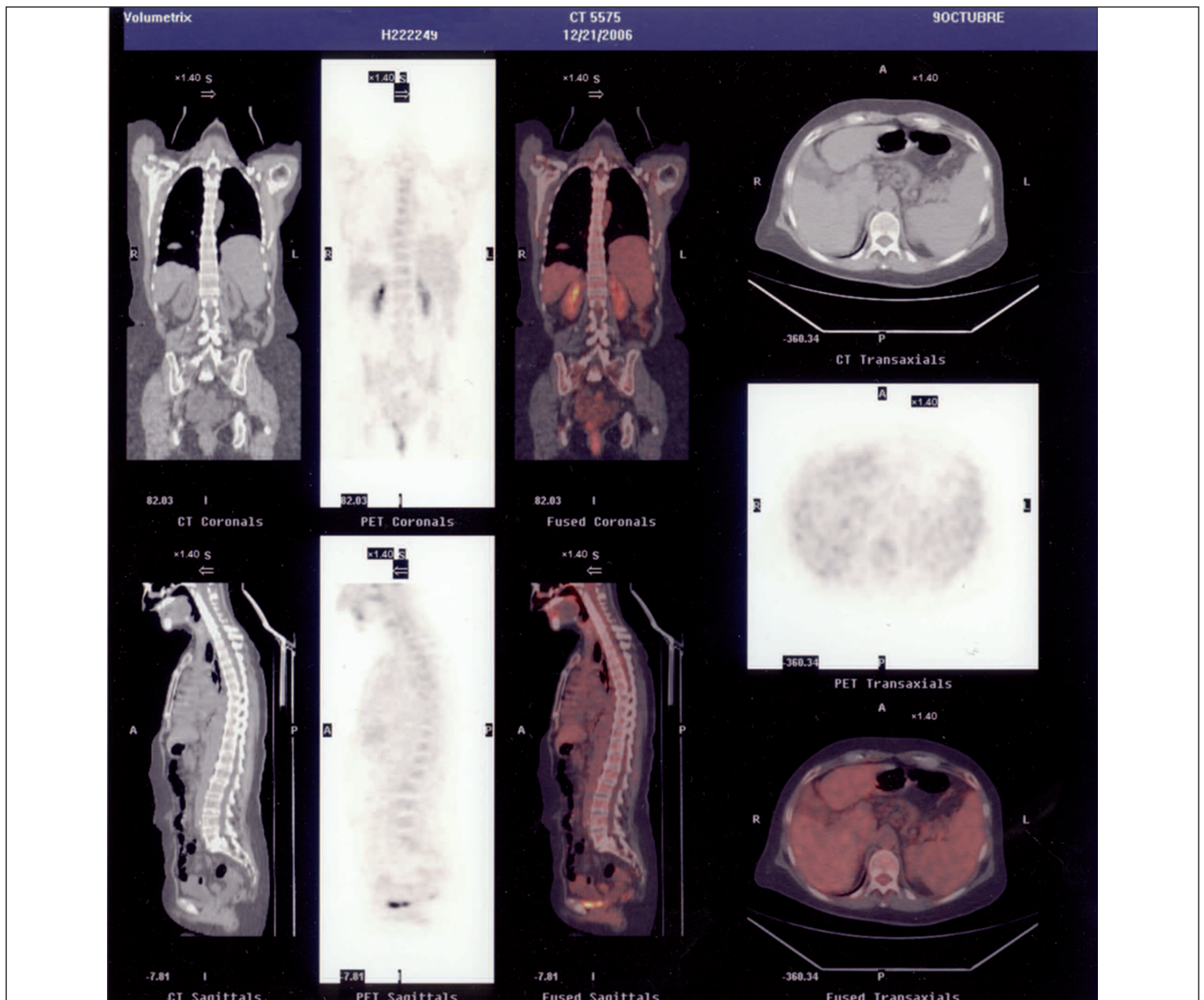


Fig. 4. PET-TAC.

SPECT) descartó patología a dicho nivel; la exploración ginecológica fue normal.

Por todo lo anterior y la evolución aceptable de la paciente, concluimos que el aumento de CA 12.5 se debía a un origen peritoneal, por tratarse de una glicoproteína asociada al epitelio celónico (4), aunque su más valioso empleo lo sea para la detección de carcinomas de ovario (no mucinosos), endometriosis, pleuresías y pleuritis, etc.

Discusión

Aunque la presente observación pudiera formar parte de alguna publicación acerca del valor diagnóstico de ciertos marcadores “tumoraes”, el hincapié que nos ha movido a esta comunicación es que la determinación de CA 12.5 en esta cirrótica, con ciertos rasgos de neurosis, fue motivo de sufrimiento evitable para la paciente y su familia, en particular debido al carácter de “marcador tumoral” referido en los informes analíticos, como es común por otro lado. Abogamos porque se obviara dicha denominación, en general, y en particular en los cirróticos con ascitis, cuando la mayoría de las veces su naturaleza no tiene nada de “tumoral”, en evitación de sufrimientos evitables en nuevos pacientes, y ello aparte de que dicha denominación ha conducido a laparotomías en busca de una neoplasia inexistente, como se enfatiza en alguna publicación (5).

Conclusiones

Aunque pertenece al acervo de los internistas, gastroenterólogos y oncólogos que la elevación de CA 12.5 en enfer-

mos hepáticos crónicos con ascitis no suele asociarse a neoplasias; referir esta determinación como “marcador tumoral” en los informes de análisis clínicos conduce a un sufrimiento evitable a los enfermos y familiares, al leer dicho epíteto, por mucho que se les explique que no se debe en su caso concreto a ningún tumor.

R. Bataller Sifre, V. Guiral Olivan, C. Fernández Rodríguez,
R. Tormo Bataller y A. Rosique Martínez

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico.
Facultad de Medicina. Universidad de Valencia*

Agradecimientos: A Luis Bataller y M^a Dolores Alberola por su ayuda a la elaboración de este trabajo.

Bibliografía

1. Chistensen SE. Marcadores Tumorales. En: Anderson SC, Cockaynes S, editores. México: Interamericana-Mc Graw-Hill; 1993. p. 227-334.
2. Wallach J. Interpretación Clínica de las Pruebas de Laboratorio. Barcelona: Masson; 1998. p. 1039; 1045-6.
3. Crespo Valades E, Malmierca Corral M. Ca 12.5 elevada en la hepatopatía crónica con ascitis. Gastroenterol Hepatol 2004; 27: 558-61.
4. González Baron M. Oncología Clínica. Nueva Cork: Interamericana. Mc Graw-Hill; 1992. p. 127.
5. Devarbhavi M, Kaese D, Williams AW, Rakela J, Klee GG, Karnath PS. Cancer antigen 12.5 in patients with chronic liver disease. Mayo Clinic Proceedings 2002; 77: 538-41.