

CASO CLÍNICO. Marcadores tumorales y derrames serosos.

Varón de 73 años con antecedentes de obesidad, hipertensión arterial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica que acude a urgencias por aumento del perímetro abdominal, edemas en los miembros inferiores en los últimos diez días y cambio del ritmo deposicional. Se realiza analítica sanguínea sin alteraciones en las siguientes magnitudes biológicas: AST, ALT, glucosa, creatinina y electrolitos. La radiografía de tórax y abdominal no muestra alteraciones agudas, observándose líquido libre abdominal. Se realiza paracentesis diagnóstica y evacuadora obteniéndose un líquido serohemático. En la Tabla 1 se describen las características bioquímicas del líquido ascítico, al ser un exudado ascítico se ampliaron los marcadores tumorales.

		Valores de Referencia
Las-Hematíes	17835	<400 / μ L
Las-Leucocitos	853	<200 / μ L
Recuento diferencial. Las-Polinucleares%	7	
Las-Linfocitos%	93	
Las-Glucosa	18	70 - 110 mg/dL
Las-Lactato deshidrogenasa	1322	< 240 U/L
Las-Proteína	44	< 25 g/L
Las-Proteína C reactiva	8,3	< 50 mg/L
Las-Adenosina desamina	12,7	< 45 U/L
Las-CEA	0,6	< 5 μ g/L
Las-CA15-3	283	< 30 KU/L
Las-CA19-9	2,7	< 37 KU/L
Las-CA72-4	0,6	< 6,7 KU/L
Las-CYFRA21-1	1227	< 175 μ g/L

Tabla 1: Resultados del estudio del líquido ascítico.

El análisis citológico del líquido realizado en anatomía patológica informó de abundantes células mesoteliales reactivas y negativo para células neoplásicas.

Las concentraciones en plasma fueron de 121.6 KU/L de CA15-3 y 50.4 μ g/L de CYFRA 21-1. La ratio líquido/suero para estos dos marcadores fue de >1,2 para ambos. En el informe se sugirió una probabilidad muy alta de afectación peritoneal por células neoplásicas. Al día siguiente se realiza una ecografía abdominal hallando una esteatosis hepática, discreta cantidad de líquido intrabdominal libre perihepático. Al siguiente día se realiza tomografía axial computarizada (TAC) abdominal donde se informa de "carcinomatosis peritoneal sin identificar primario, no puede descartarse tuberculosis, aunque poco probable. También

se observan adenopatías en el tronco celíaco de hasta 12 mm". A los tres días se repite TAC toracoabdominal no observándose cambios respecto al anterior, observándose un engrosamiento de la pared gástrica. El mismo día se realiza una gastroscopia y una colonoscopia hallándose un pólipo, las muestras obtenidas fueron negativas para células neoplásicas. A los diez días el paciente se sometió a laparoscopia exploradora obteniéndose distintos fragmentos blanquecinos de los implantes peritoneales. La biopsia se informó como "fragmento de tejido fibroconectivo con hiperplasia mesotelial reactiva sin evidencia de granulomas ni infiltración tumoral en la muestra remitida".

Aunque el ADA estaba dentro del intervalo de referencia se realizó detección de DNA de *Micobacterium tuberculosis*, interferón γ y cultivo de micobacterias para descartar tuberculosis miliar, todos ellos fueron negativos. Se determinaron otra vez los marcadores tumorales en una nueva muestra de líquido obteniéndose los siguientes valores: CA15-3 de 366 KU/L y CYFRA 21-1 de 400 $\mu\text{g/L}$. A los 25 días se realizó una nueva laparoscopia realizando biopsia. El resultado del estudio anatomopatológico, después de la realización de inmunohistoquímica, fue: fragmento de mesotelio infiltrado por mesotelioma epiteliode.

Discusión

En pacientes con exudados ascíticos la prevalencia de carcinomatosis peritoneal es muy elevada entre el 25 y 35 %. La ampliación de los marcadores tumorales puede aportar una información valiosa en el diagnóstico diferencial, en este caso desde el primer día se estableció una probabilidad muy alta de afectación peritoneal por un proceso neoplásico. Las concentraciones muy elevadas de marcadores tumorales en el líquido y suero nos indicaron la altísima probabilidad de neoplasia, la ratio L/S para el CA15-3 nos indicaba una producción local del marcador y con ello afectación de la serosa. Se trata de un tumor muy poco frecuente, como es el mesotelioma peritoneal en un hombre y de difícil diagnóstico citológico, ya que las células mesoteliales reactivas pueden presentar características morfológicas similares a las neoplásicas. Se descartaron todos los orígenes posibles de tumor primario realizando la gastroscopia y colonoscopia. El perfil de marcadores no excluía mesotelioma, con CYFRA 21-1 y CA15-3 elevados y CA72-4 y CEA muy bajos. Hubiera sido de utilidad la determinación de la concentración de mesotelina, para sugerir el origen del tumor primario, ya que en el supuesto que su concentración hubiera sido superior a 20 nM, un perfil con mesotelina, CYFRA 21-1 y CA15-3 elevados y CA72-4 y CEA bajos es muy sugestivo de mesotelioma.

Tanto radiológicamente como en la observación directa de las lesiones había una pequeña posibilidad de tuberculosis miliar, que quedó descartada por las pruebas realizadas en el laboratorio.