

UNA NUEVA ESTRATEGIA PARA LA APLICACIÓN DEL CA 19-9 EN EL DIAGNOSTICO DE CÁNCER PANCREATOBILIAR

Liz Cuaresma Sierra*.

Fuente: The American Journal of Gastroenterology 1999, 94:1941-46.

INTRODUCCIÓN

- El marcador CA 19-9 es un glicolípido de alto peso molecular derivado del anticuerpo monoclonal aislado de monos inmunizados con células humanas de colon.
- Es de utilidad para detectar cánceres pancreatobiliares, pero puede servir para detectar cánceres gástricos, hepático, biliar, de colon o cánceres gastrointestinales; así como para condiciones benignas como colangitis, colestasis o pancreatitis.
- Por ello los niveles de CA 19-9, deben ser evaluados cuidadosamente, dependiendo de la situación clínica.

OBJETIVOS

- Calcular nuevos valores de corte de CA 19-9, acorde a cada una de las situaciones clínicas usando una curva de corte característica y definir una nueva estrategia para interpretar niveles elevados de CA 19-9 en cáncer pancreatobiliar.

MATERIAL Y METODOS

- Estudio realizado entre Enero 1996 a Febrero 1997
- Sujetos de estudios: 20,035 asintomáticos, 484 con diagnóstico de enfermedad pancreatobiliar. Todo los paciente con cáncer tuvieron confirmación histológica. Edad promedio de 51 años. Relación M/F=1.5
- Clasificaron en cuatro grupos:

Neoplasia maligna de la vía biliar	152
Estenosis benigna biliar	170
Neoplasia maligna del páncreas	90
Estenosis benigna pancreática	70
- Metodos: Medición de CA 19-9 en sangre, por método inmunoradiométrico, usando un kit RIA-Elisa CA 19-9.
- Una curva de corte fue construida para análisis de los niveles de CA 19-9. Esta curva es ampliamente utilizada para investigar el uso de un determinado test y para establecer un nivel razonable de corte.

RESULTADOS

- Valoración de la utilidad de CA 19-9 para diferenciar malignidad en enfermedades pancreáticas y biliares.

	Estenosis biliar		Estenosis pancreática	
	Maligna	Benigna	Maligna	Benigna
>37 U/ml	74.1%	38.8%	70.1%	12.8%
Sensibilidad	72.8%	76.7%		
Especificidad	63.1%	87.1%		

P <0.05

- Utilidad de CA 19-9 para diferenciar malignidad en pacientes con enfermedad biliar en presencia de colangitis o colestasis. Para esto todos los pacientes con enfermedad biliar fueron divididos en dos grupos:

GRUPOS A y B	Nm biliar	Estenosis benigna vía biliar	Total
A: Con colangitis o colestasis	98	65	163
B: Sin colangitis o colestasis	72	87	159

	Estenosis biliar	Maligna	Benigna	Sensibilidad	Especificidad	P
Grupo A	72/98	39/65	74%	41.5%	>0.05	
Grupo B	53/72	15/87	78%	83%	>0.05	

- Utilidad de CA 19-9 para diferenciar malignidad en pacientes con enfermedad pancreática en presencia de pancreatitis aguda o colestasis.
- Los pacientes con patología pancreática se dividieron en dos grupos:

Nm	Páncreas	Benigno	Total
C: Con pancreatitis aguda o colestasis	12	24	36
D: Sin pancreatitis aguda o colestasis	78	46	124

p>37U/ml

	Enfermedad pancreática maligna	Enfermedad pancreática benigna	Sensibilidad	Especificidad	p
Grupo C	9/12	7/24	75%	70%	>0.1
Grupo D	61/78	8/46	79%	84%	>0.1

- Ca 19-9 para el screening de cáncer pancreatobiliar en individuos asintomáticos.

>37U/ml Sensibilidad Especificidad VVP VVN
0.78% (157/20,035) 100% 99.2%0.65%0.78%

DISCUSION

- Los resultados demuestran que el Ca 19-9 es útil para detectar NM de vía biliar en pacientes sin colangitis ni colestasis. El valor de corte en los pacientes sin colangitis es de 37 U/ml y en los pacientes con colangitis se necesitaría de un valos de corte de hasta 300U/ml.
- La mayor utilidad es para detectar NM de páncreas. El estudio demuestra que la utilidad del CA 19-9 no fue afectado por patología benigna pancreática.
- El VVP de 0.65 y el VPN de 0.78 del CA 19-9 sugiere que este no sería un medio adecuado para screening en poblaciones asintomáticas a pesar de su alta sensibilidad y especificidad.

* Médico Residentes II. Departamento del Aparato Digestivo. HNERM.

evaluación pre y post procedimiento, record de selección en el procedimiento.

15. Reporte del procedimiento (como se dijo antes).

(* Los elementos para las ampliaciones del procedimiento son: (1) que son mórbidos; (2) estos ocurren como resultado del procedimiento; (3) hay desviaciones desde un curso ideal y tienden a dañar o demorar la recuperación y (4) ellos causan cambios en el manejo del paciente.

Se debería desarrollar un proceso para ver las complicaciones tardías.

* Revisión del Proceso del Procedimiento.

La práctica endoscópica debe ser regularmente revisada por los clínicos privilegiados en el desarrollo de procedimientos endoscópicos y otros quienes pueden contribuir al mejoramiento de la calidad; quienes forman un comité que reportará en forma regular al staff del departamento médico u otros comités.

Los jefes de cada departamento son responsables de asegurar la adecuada revisión y acciones a tomar para asegurar el mejoramiento de la calidad del cuidado del paciente.

La información debe estar al alcance de los endoscopistas para permitirles oportunidades para este mejoramiento.

Los comites deben indicar los indicadores clínicos por lo cual los registros deben revisarse. Esto debe incluir: Capacidad de las indicaciones, ausencia de contraindicaciones, performance técnico, complicaciones y correlación de los resultados endoscópicos con los resultados deseados y los beneficios del paciente.

La información de las unidades de endoscopia pueden servir como un index para esta revisión.

Los eventos centinelas pueden ser revisados de manera al tiempo que éstos ocurran. Se define eventos centinelas como eventos adversos significativos que necesitan una acción correctiva específica.

Los casos obtenidos por un «scaneo» inicial deben ser completamente evaluados para mejorar el caso en general, las evaluaciones prospectivas son preferibles a las retrospectivas.

Las evaluaciones de los casos debe incorporar cuatro comparaciones básicas:

Consigno mismo, con otros, con lo estandar y con la mejor práctica. El comité también puede identificar los problemas relacionados al funcionamiento de la unidad de endoscopia (ejm.: equipamiento, falla/mantenimiento, control de la infección/reprocesamiento, demoras en la programación).

Basados en las deliberaciones del comité, las recomendaciones pueden se hechas para la persona o cuerpo apropiado.

Las organizaciones deben hacer el esfuerzo para evaluar la calidad de los resultados en los pacientes sometidos a la endoscopia. Estas mediciones deben incluir: La satisfacción del paciente, razón de éxito de los procedimientos, adecuación de la preparación colonoscópica y la incidencia de complicaciones específicas.

En resumen, el mejoramiento de la calidad debe ser multidisciplinaria, manejar datos y sistemática; incluyendo la recolección de datos relacionados a la endoscopia, un proceso sometido a una revisión específica llevar a una mejoría en la salud del paciente..