

# Papel de la RM en el manejo conservador del cáncer de recto en remisión completa.



Dificultades, guías de consenso y experiencia  
en nuestro centro.

Ana I. García Valiente<sup>1</sup>, María Perez Rodriguez<sup>1</sup>, Alicia Blasco  
Satué<sup>1</sup>, Laura Martín Martínez<sup>1</sup>, Agustín Rodríguez Borobia<sup>1</sup>,  
Diana Marquina Martínez<sup>1</sup>, Ignacio Dieste Grañena<sup>1</sup>, Angel  
J.J. Gesualdo De la Cruz<sup>1</sup>

Hospital Royo Villanova. Zaragoza <sup>1</sup>  
[aigarciav@salud.aragon.es](mailto:aigarciav@salud.aragon.es)

## OBJETIVO DOCENTE

1. Revisar, en base a la evidencia actual, la estrategia **“Watch and Wait”** (W&W) de manejo conservador del cáncer de recto en remisión completa.
2. Examinar la importancia de la RM en el **diagnóstico, estadiaje y valoración** de la respuesta a tratamiento en carcinoma rectal (CR) aportando nuestra experiencia en W&W
3. **Exponer** las recomendaciones de la guía de Consenso Interdisciplinar Española de 2023.

## INTRODUCCIÓN

W&W es una estrategia en el tratamiento y seguimiento del cáncer de recto para **evitar la morbilidad quirúrgica por la escisión mesorrectal** en pacientes afectos de CR. medio o inferior con respuesta clínica completa después de terapia neoadyuvante.

El papel de la RM es fundamental en la toma de decisiones dada su precisión en el diagnóstico y estadificación locorregional, el seguimiento y valoración de la respuesta al tratamiento.

Así mismo, contribuye a la estratificación del riesgo y el pronóstico final de la enfermedad.

Sin embargo, entre la respuesta patológica y la respuesta por imagen RM existe una discrepancia mayor a la esperada debido a varios factores, por lo que el manejo multidisciplinar y el uso de guías de Consenso facilitan una actuación homogénea de cara a la evaluación y mejora de los resultados



## LEXICO y Abreviaturas; redefiniendo conceptos en Cáncer de Recto

**TME** Escisión mesorrectal total

**CRLA Cáncer de recto localmente avanzado.** Tumores que probablemente se beneficiarían de la terapia neoadyuvante cuando la TME puede no lograr una resección curativa. En Europa (ESMO) tumores T3c/d, recto bajo, con invasión vascular extramural, cualquier T3 con MRF involucrado, T4b, elevador amenazado, o con ganglio linfático extramesorrectal afectado.

**MRF Fascia mesorrectal.** Plano fascial anatómico utilizado para guiar el TME, preferible a CRM (margen circunferencial, que es quirúrgico). El estado de MRF depende de la distancia más corta entre el MRF y la parte más externa del tumor rectal, incluida la invasión vascular extramural, los depósitos tumorales o la alteración de la cápsula en los ganglios linfáticos positivos.

EEUU; involucrado < 1 mm, amenazado, para 1–2 mm y libre para > 2 mm

Consenso internacional: involucrado para < 1 mm y claro para ≥ 1 mm

**cCR/ncCR** Resolución completa o casi completa de la señal intermedia T2, respectivamente, con una regresión significativa pero una resolución incompleta de la restricción de la difusión después del tratamiento neoadyuvante Si la señal del tumor o la restricción de la difusión persisten después de una o dos evaluaciones de seguimiento a corto plazo, el caso debe convertirse a iCR y considerarse no apto para observación.

**iCR** Disminución en el volumen del tumor primario pero con un tumor residual definido, evidente por la restricción de la difusión residual en el tumor y señal intermedia T2. Preferible al concepto "respuesta parcial".

**pCR** Respuesta patológica completa, confirmada histológicamente

**Recrecimiento** Reparación del tumor después de la remisión completa, en pacientes en tratamiento de WW con señal intermedia en imágenes T2W, restricción de la difusión, engrosamiento de la cicatriz o intensidad de señal heterogénea que emerge de una cicatriz previamente homogénea de baja intensidad de señal.

-**LR. local** afecta únicamente a la pared intestinal

-**LrR. locorregional** afecta a la pared intestinal, el mesorrecto y/o los órganos pélvicos .

-**LuR. luminal** si es un tumor primario

-**GR. ganglionar** si hay afectación de los ganglios linfáticos.

**Recurrencia:** Detección del tumor después de la escisión local o TME.

-**RI.** Recurrencia local se refiere a la afectación exclusivamente de la pared intestinal

-**Rlr.** locorregional afectación de la pared intestinal, el mesorrecto y/o los órganos de la pelvis

-**RD** recurrencia a distancia

**RT** Radioterapia

**CRT** quimiorradioterapia convencional ó quimiorradioterapia de larga duración (**LCRT**) e incluye 45 a 54 Gy en 25 a 28 sesiones junto con quimioterapia radiosensibilizante concomitante (seguida de cirugía en 6 a 8 semanas, antes o después de la quimioterapia como parte del tratamiento neoadyuvante total).

**SCRT** Quimiorradioterapia con RT de corta duración (se compone de un total de 25 Gy en 5 sesiones).

**TNT** incluye CRT con quimioterapia sistémica seguida de tratamiento adyuvante Puede realizarse tanto con quimioterapia de inducción, cuando se realiza antes de la CRT, como con quimioterapia de consolidación, cuando se realiza después de la CRT

**TAE** Escisión local transanal para cáncer de recto temprano, específicamente T1, menos del 30% de la circunferencia intestinal, menos de 3 cm de tamaño, con viabilidad de margen claro (> 3 mm) dentro de los 8 cm del borde anal

**TEM o TEMS** Microcirugía endoscópica transanal con escisión total del tumor hasta la grasa mesorrectal, similar en indicación a la TAE, pero con rectoscopio rígido y accesibilidad a tumor proximal a 8 cm si es técnicamente factible.

**TAMIS** Similar a TEMS pero con proctoscopio de silicona, y no requiere el equipo especializado del TEMS.

**WW** Watch and Wait

**CR** Cáncer de recto

**UAR** Unión anorectal

**EMVI** Invasión vascular extramural

## REVISIÓN DEL TEMA

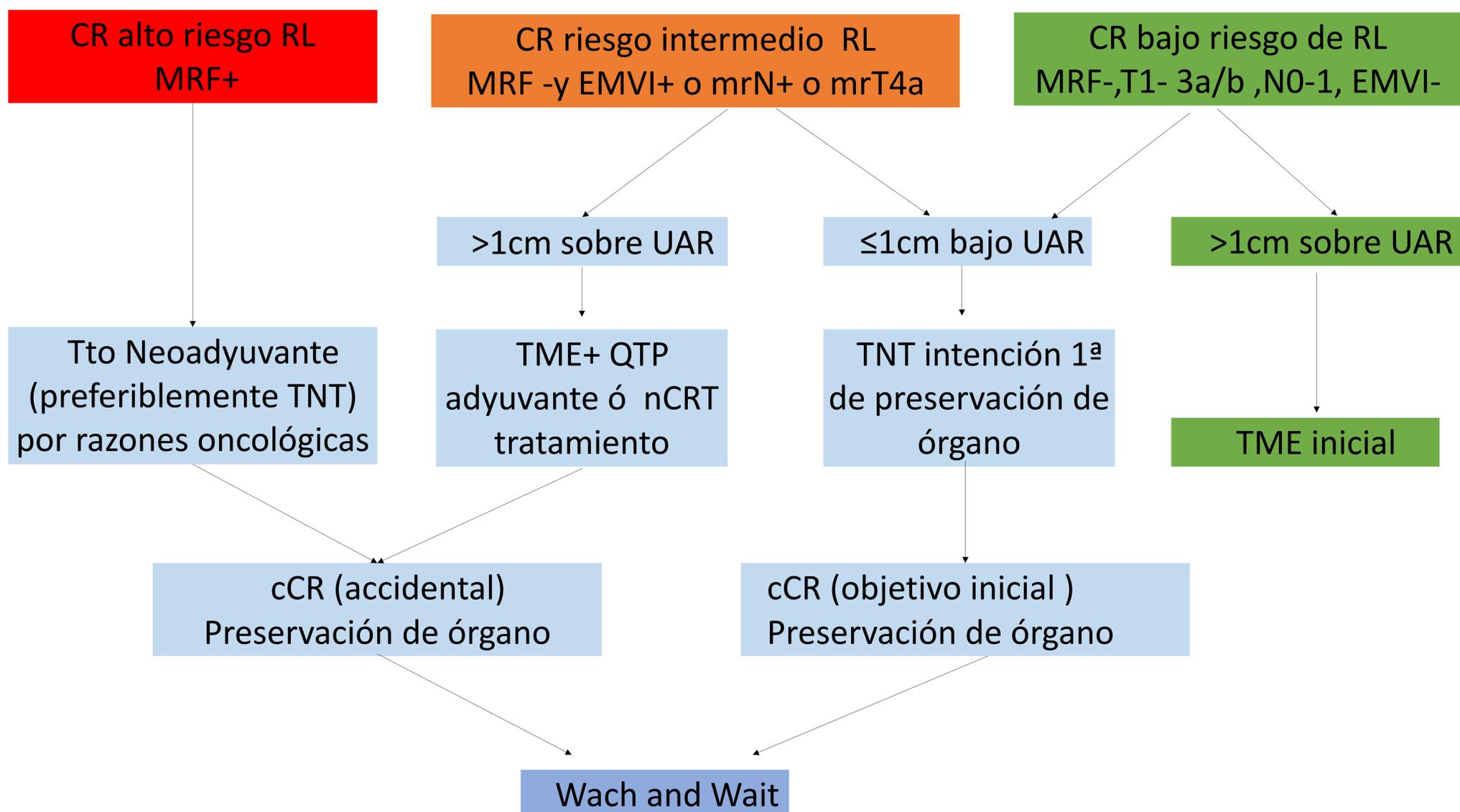
### ¿Qué es la estrategia de preservación de órgano ó W & W en Ca de Recto?

Es una alternativa de tratamiento no invasivo para evitar la morbilidad debida a la escisión mesorrectal.

### ¿Qué pacientes son candidatos a W&W? Operar o no operar...esa es la cuestión.

Se selecciona a pacientes con CRLA de recto medio e inferior, accesible a tacto rectal, que han alcanzado remisión completa después de terapia neoadyuvante, obtenida de forma accidental por ser de alto riesgo inicial o dirigida de entrada a estrategia de preservación de órgano.

Serían subsidiarios a AAP con colostomía o anastomosis colo-anal con pérdida de función.



EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO, riesgo local y riesgo sistémico  
¿Se puede predecir la respuesta al tratamiento?

**Endoscopia, algo más que AP**

DIAGNÓSTICO y BIOPSIA también como predictor de respuesta a tratamiento por el

**Inmunoscore:** Medición de células T C3 y CD8+ en la muestra tumoral

**Budding tumoral** (bajo 0-4, intermedio 5-9, **alto**  $\geq 10$ )

**Pronóstico molecular RAS, BRAF, HER2**

**Genéticos- Inestabilidad de microsatélites**

**Altos valores de inmunoscore asociados a buen pronóstico en imagen predicen buena respuesta al tratamiento y bajo riesgo de recurrencia.**

**RM, más allá del TNM.**

GUÍA de localización con descripción del complejo esfintérico

MAPA quirúrgico

ESTADIFICACIÓN locorregional y basal COMPARATIVO

PREDICTOR del riesgo y pronóstico

**MRF involucrada o libre y su distancia**  
**Invasión linfática**  
**Invasión venosa extramural**  
**Valoración de componente mucinoso**  
**Depósitos tumorales**

La selección de tratamiento depende del riesgo local y sistémico

¿Cuál es el tratamiento realizado?

**El tratamiento estándar del CR consiste en CRT 6 s y cirugía tras 8 s de finalizar**

Dado que el enfoque W&W se basa en la ausencia de tumor residual y su reemplazo por fibrosis, se utilizarán **esquemas terapéuticos con altas tasas de pCR.**

La evidencia de obtención de respuesta patológica completa tras ciclos cortos de radioterapia (1 semana SCRT) con resultados equiparables a RT de larga duración, ha permitido desarrollar otros esquemas de tratamiento. La asociación de QTP adicional durante el período de descanso ( **QTP de consolidación**) da como resultado tasas más altas de pCR y cCR (del 15 a 30% vs 30 a 50%).

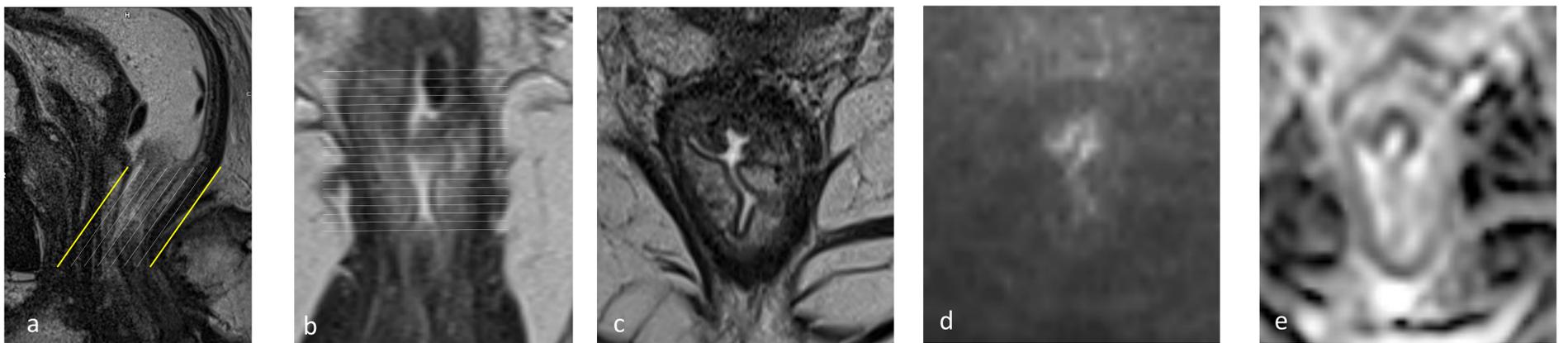
Los esquemas de terapia neoadyuvante total (**TNT**) que combinan SCRT y quimioterapia consolidación (6 ciclos de CAPOX ó 9 ciclos de FOLFOX), son los que consiguen tasas más altas de pCR .

## PROTOCOLO RM

- 1-Pelvis en planos **anatómicos sagital y axial**, de promontorio a margen anal, que incluyan el tumor rectal, el mesorrecto y las cadenas ganglionares ilíacas.
- 2-Secuencias **perpendiculares y longitudinales** al tumor T2 TSE HR (axial y coronal oblicuos)
- 3-DWI con varios valores de b, el mayor de 800, preferible 1000 ó 1400 y mapa ADC
- 4-Tumores de **tercio inferior**, secuencias de alta resolución paralelas y perpendiculares con respecto al eje del **canal anal**

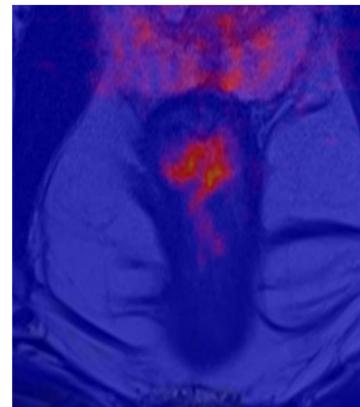
**El gadolinio IV.** puede mejorar la visualización de tumores pequeños o mucinosos, pero en general **no se recomienda en los estudios de estadificación/ reestadificación tras CRT**

**GEL RECTAL** (50 ml gel ecográfico + 75 ml agua)  
El relleno rectal con 30-60 ml puede mejorar la evaluación de tumores sin alterar la medición desde el tumor a MRF, o al margen anal  
**Buscapina 1amp iv o sc.** Microenema opcional



≠

a, b, c .T2 HR ; la secuencia axial oblicua perpendicular al plano de invasión tumoral es la secuencia más importante y debe obtenerse en alta resolución.  
Mejoría con angulación axial desde plano coronal angulado a partir de imagen sagital.  
c, f. Diferencia entre T2 HR (c) y T2, f.



d,e. DWI con valor alto de b ( $\geq 800$ ) y mapa ADC, analizados en conjunto para evitar pitfalls.

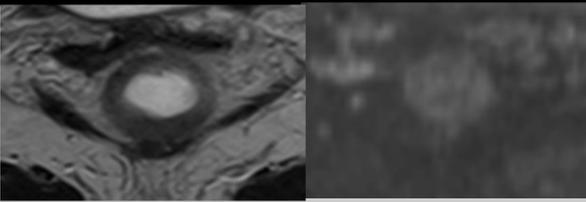
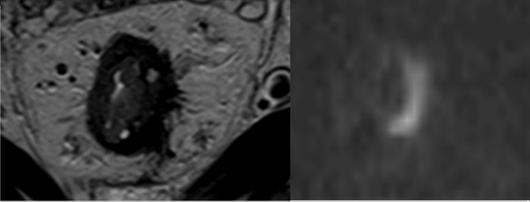
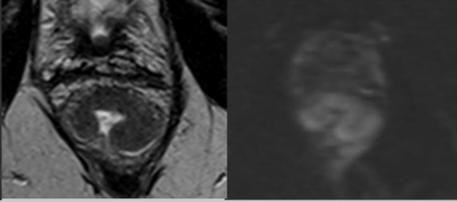
g. La fusión de imagen T2 con DW alto valor de b contribuye a localizar la lesión

## CRITERIOS DE RESPUESTA

La RM es el Gold Estándar para reestadificar el cáncer de recto después de TNT

La combinación de criterios por RM y clínicos (endoscopia y TR ) aumenta la especificidad en la diferenciación de tumor residual vs respuesta.

**El valor de la biopsia post-TNT en cáncer de recto es controvertido por los errores de muestreo**

	<b>Respuesta completa cCR</b>	<b>No completa ncCR</b>	<b>iCR Pobre respuesta</b>
<b>Consenso Mastrich RM</b>			
T2	Reducción sustancial Sin tumor residual o sólo fibrosis Edema/engrosamiento mural posible	Reducción con fibrosis residual pero con aspecto y señal heterogéneo o irregular	Sin criterios completos para cCR o ncCR
DWI(b800-1000)	No señal en altos valores de b	Pequeña área focal de hiperseñal en valores altos b	
Ganglios, N	Sin ganglios sospechosos. Todos <5mm	Reducción de ggl pero alguno >5mm	
<b>Habr-Gama COLONOSCOPIA</b>			
	Cicatriz plana blanca con/sin telangiectasia. Ausencia de ulcera o nodularidad	Eritema en la cicatriz Mucosa irregular, pequeños nódulos Ulcera superficial	Tumor visible
<b>Memorial Sloan TACTO RECTAL</b>	No se palpa ninguna lesión en la localización original del tm	Pequeña nodularidad palpable, úlcera o irregularidad	Presencia clara de tm

**PATRONES DE RESPUESTA A TRATAMIENTO en RM**

**Patrones de respuesta T2 por forma tumoral**

Pretratamiento	Respuesta Completa	Tumor residual

El grado de transformación fibrótica es una medida de respuesta , así como el grado de regresión tumoral adaptado de AP, aunque e- ésta con menor sensibilidad en la identificación de cCR .

Se corresponde con marcada hiposeñal T2, sin hiperseñal DWI ni hiposeñal ADC .

**Patrones de respuesta completa T2**

Normalización pared rectal	Fibrosis mínima	Fibrosis de espesor completo	Fibrosis irregular	Signo de la cicatriz partida

**Patrones de respuesta no completa T2 DWI**

Resto tumoral sin fibrosis		Fibrosis con resto tumoral luminal		Fibrosis con resto tumoral intraparietal	
T2	DWI	T2	DWI	T2	DWI

**PUNTOS TEMPORALES DE EVALUACIÓN DE RESPUESTA**

**CUANDO EVALUAR RCc?**

NO ESTA DEFINIDO.

Momento previsible de tasa más alta de pCR tras neoadyuvancia .

Guía **SEOM** :

12 s desde el inicio TRC o SCRT neoadyuvante.

**Consenso internacional**

Variable según estrategias de tto:

**-TRC o SCRT neoadyuvante estándar:**

-12 semanas desde el inicio del tratamiento y si no hay respuesta completa repetir a las 16-20s .

**-TNT con TRC y quimioterapia de inducción o consolidación (16 a 20 s):**

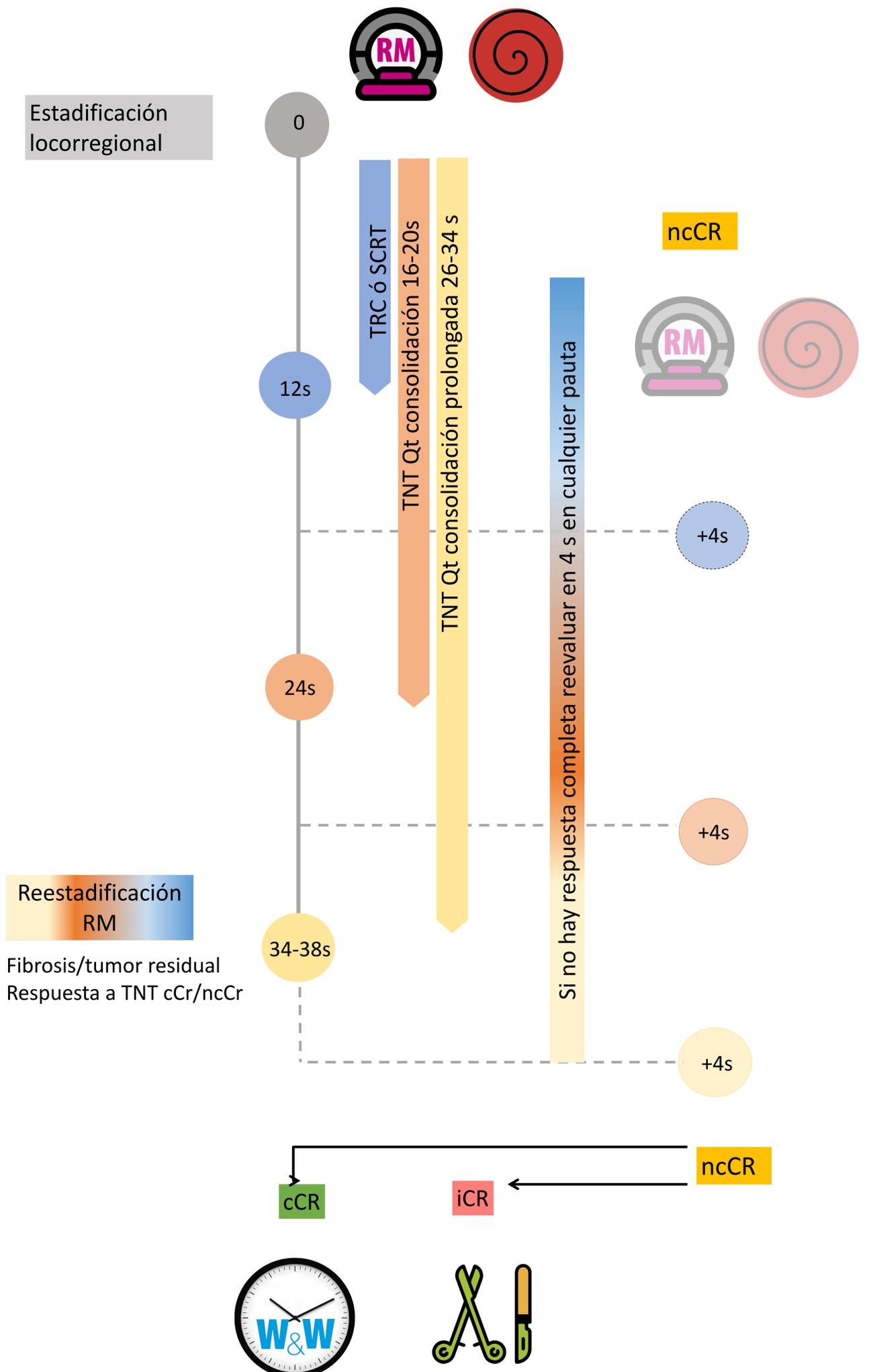
-24 semanas del inicio del tratamiento

**-TNT con TRC seguida de quimioterapia de consolidación**

**prolongada (26-34 semanas)**

A las 34-38 semanas del inicio del tratamiento.

Control RM individualizado temprano si se sospecha falta de respuesta para no excluir a pacientes ncCR de un abordaje quirúrgico curativo



## SEGUIMIENTO CONTROL W&W MULTIDISCIPLINAR

### Si todo va bien

	1-2 a	3-5 a	>5a
CEA	3m	6m	Anual
Tacto rectal	3m	6m	Anual
Rectoscopia	3-4m	6m	Anual
RM	3-4m	6m	Anual
CT	6-12m	12m	-

### Recrecimiento local

Un 25% de los pacientes con estrategia W&W y cCR presenta un nuevo crecimiento tumoral en los primeros dos años de seguimiento de los que el 90% pueden rescatarse quirúrgicamente con tasas de fracaso local inferiores al 2%. El mayor riesgo se ha asociado a una carga tumoral inicial elevada o con cCR tardía.

Puede plantearse la escisión local como alternativa a la TME en pacientes seleccionados a riesgo de una mayor morbilidad.

### Metástasis a distancia

El riesgo de **metástasis a distancia** en pacientes con cCR es del 10,7% que aumenta al 24,1% en los pacientes con recrecimiento. Podría deberse tanto a una respuesta tumoral primaria incompleta o micrometástasis no detectadas en un primer tiempo, como a recrecimiento y posterior desarrollo de metástasis a distancia.

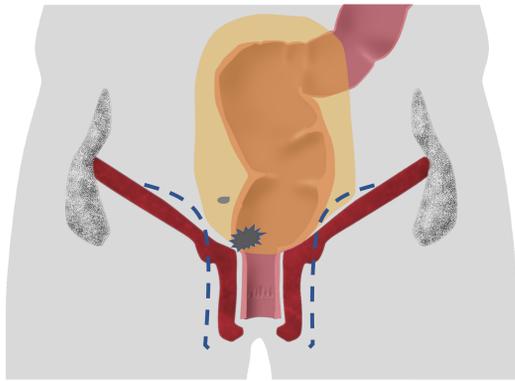
La SG a 5 años es del 85%, similar a la de pacientes con pCR después de CRT.

**Debido a la incertidumbre actual en los resultados a largo plazo del manejo de W&W, es importante considerar la opinión del paciente**

## RESCATE QUIRÚRGICO

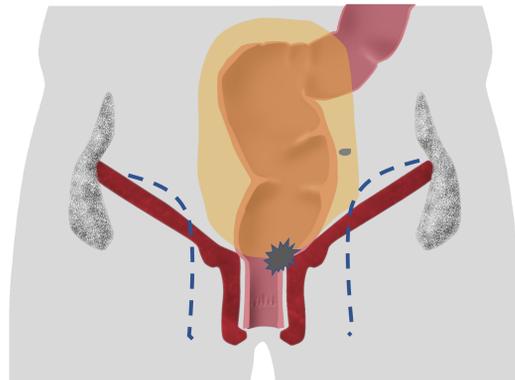
### TME Excisión mesorrectal

Técnicas quirúrgicas con resección total del mesorrecto a lo largo de la MRF



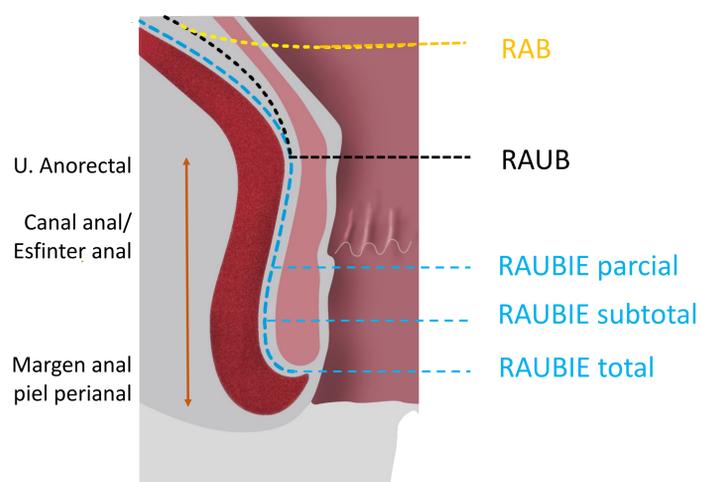
**RAP** Resección de recto y canal anal en bloque con colostomía permanente. CR bajos con margen estrecho o afectación del canal anal. Reparación perineal con cierre quirúrgico primario, el relleno de la pelvis mediante omentoplastia o técnicas reconstructivas plásticas (colgajos miocutáneos del recto abdominal vertical u oblicuo).

RAP: Res. abdominoperineal



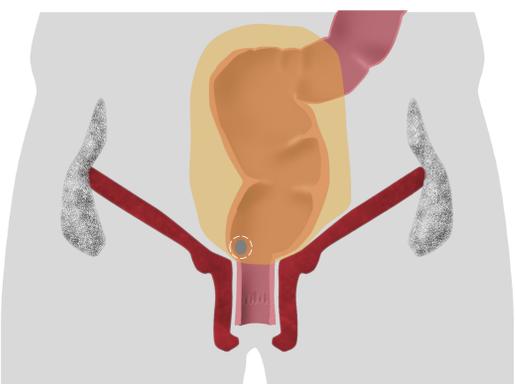
**RAE** extraelevador Incluye los músculos elevadores del ano y está indicado para tumores que invaden el suelo pélvico (elevador).

RAE Res. extraelevador



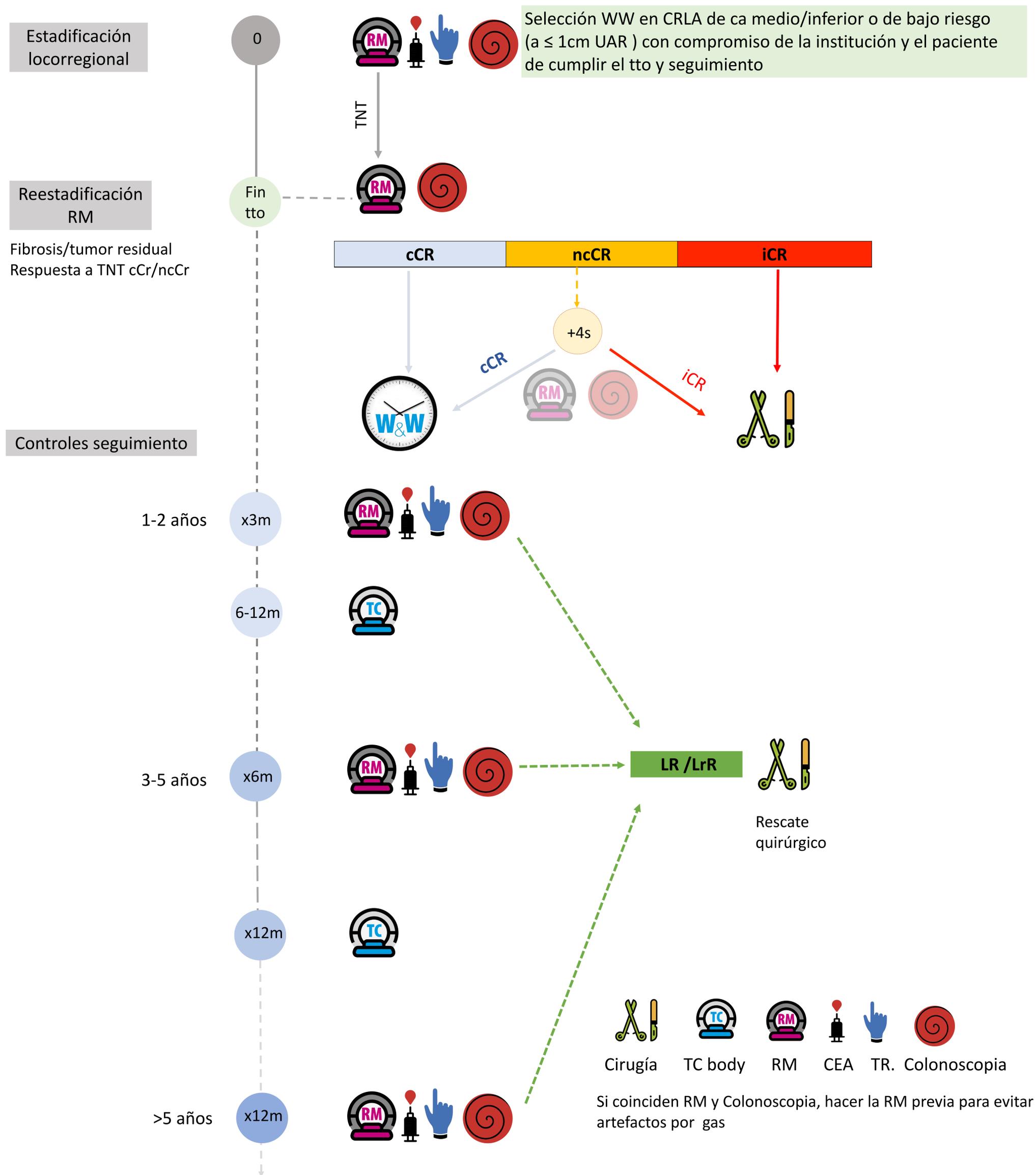
**RAB:** Resección anterior baja  
Preservación del canal anal con anastomosis entre recto y sigma. En CR medio y superior con suficiente margen para realizar una anastomosis con preservación esfinteriana  
**RAUB** Resección anterior ultrabaja  
**RAUBIE RAUB** interesfintérico

## OTRAS TÉCNICAS sin TME. Escisión local



Escisión local:  
Resección Local vía endoscópica transanal TAE con resección mucosa y submucosa para pólipos + y tumores T1a y T1b y de todas las capas en las técnicas TEMS, TAMIS para T1 (y pequeños T2)

**MANEJO DE EVALUACIÓN DE RESPUESTA W&W**



## Respuesta completa con fibrosis en semiluna de espesor completo

### Otros hallazgos que complican el caso

1-CR recto inferior T2 N0 M0 a menos de 1 cm de UAR. Se plantea estrategia de preservación de órgano; En pauta de tto TNT con LRT 50Gy CAPOX y descenso de CEA progresivo.

T2 sag/coronal

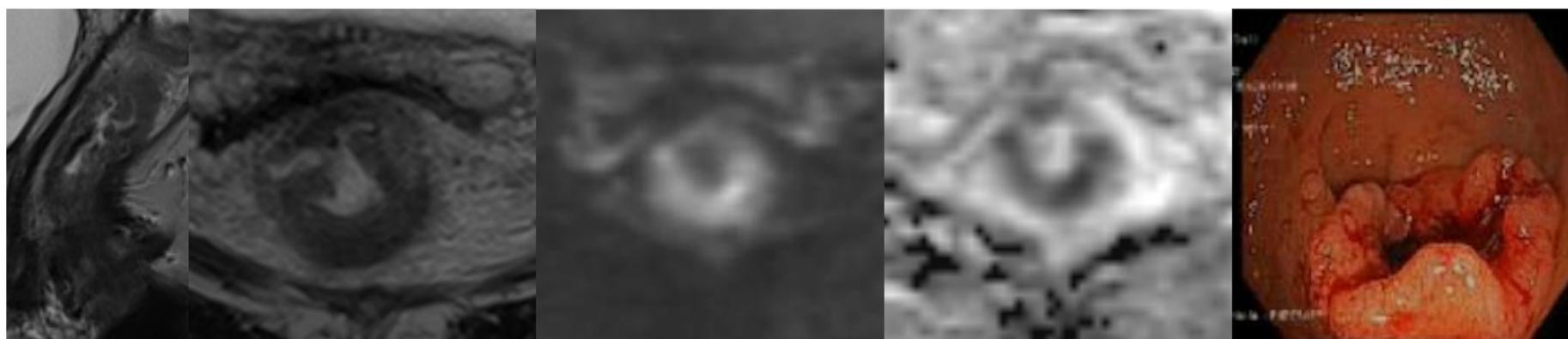
T2 axial

DWI b800

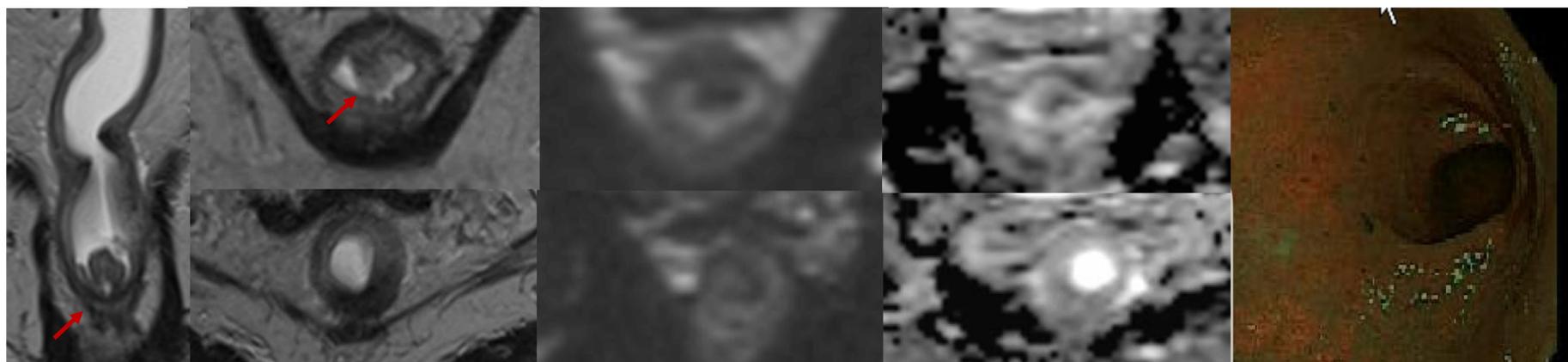
ADC

Colonoscopia

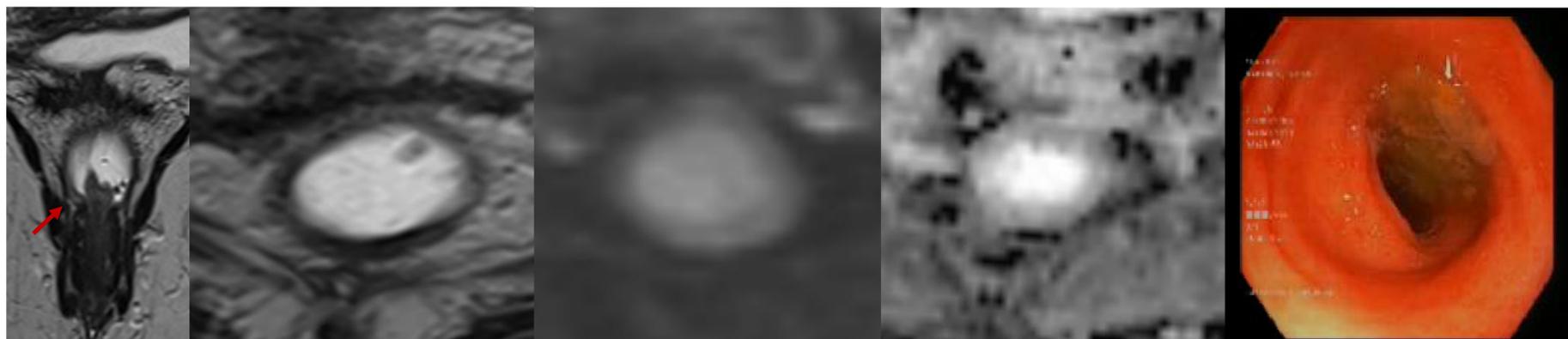
0 s



24s



38s



+3m



Respuesta con fibrosis de espesor completo en semiluna

Hay hallazgos que complican la evaluación, como en este caso, una formación polipoide con isoseñal T2 y difusión facilitada, localizada en pared contralateral y plano inferior al tumor, que tras colonoscopia y extirpación correspondía a pólipo hiperplásico. La información contrastada con el resto de pruebas mejora el rendimiento de la RM.



## Respuesta completa con Split Scar

### Particularidades de la fibrosis tipo cicatriz partida

Ca recto inferior T2 N0 M0 a menos 1cm de UAR. Se plantea estrategia de preservación de órgano;  
Pauta TNT con CAPOX+LRT 50Gy , con respuesta completa por fibrosis tipo Split scar.

T2 sagital

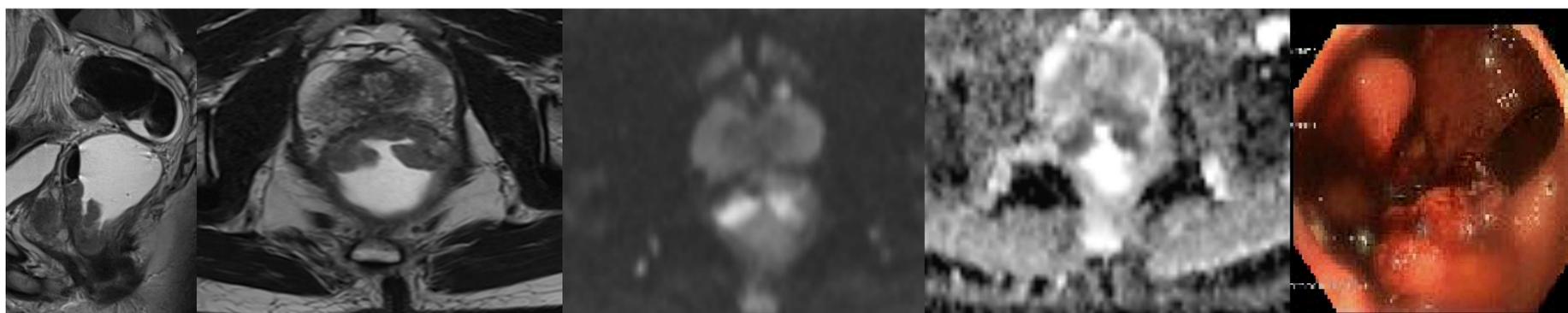
T2 axial

DWI b800

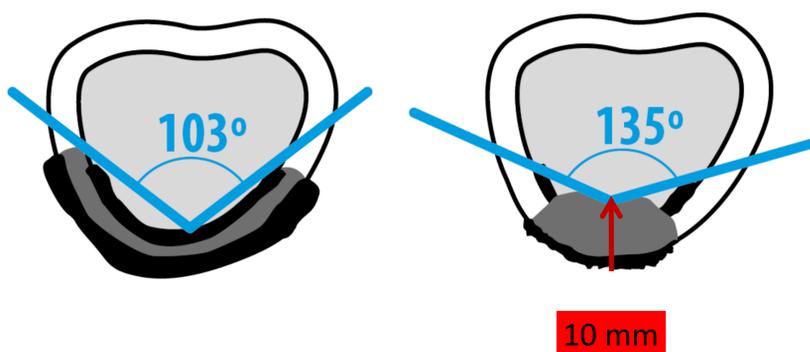
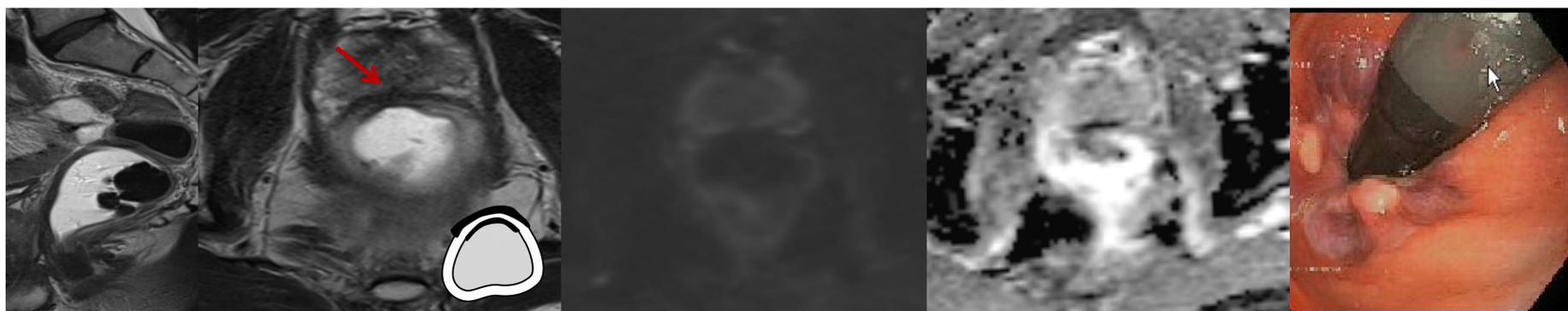
ADC

Colonoscopia

0 s



24s



Valoración de angulación y espesor mural:  
si aumenta el ángulo  $>21^\circ$  y calibre  $>10$  mm en controles sucesivos, recrecimiento local (LR)

## Respuesta no completa con fibrosis irregular

Neoplasia de recto medio T3b N0 M0

Adenocarcinoma de tipo intestinal bien diferenciado. Proteínas reparadoras presentes. p53 negativo. Ki67 80-90%

Planteamiento tto nCRT Capecitabina RT TME

T2 sagital

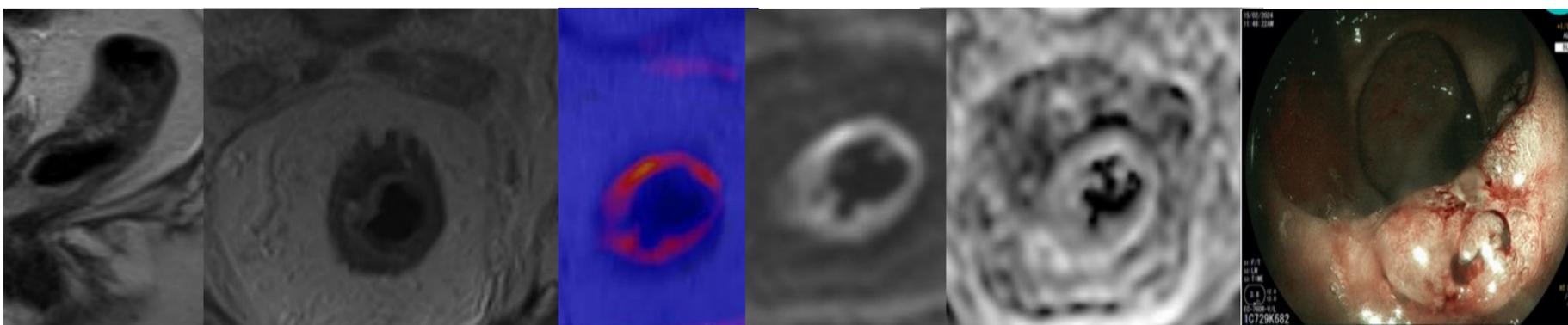
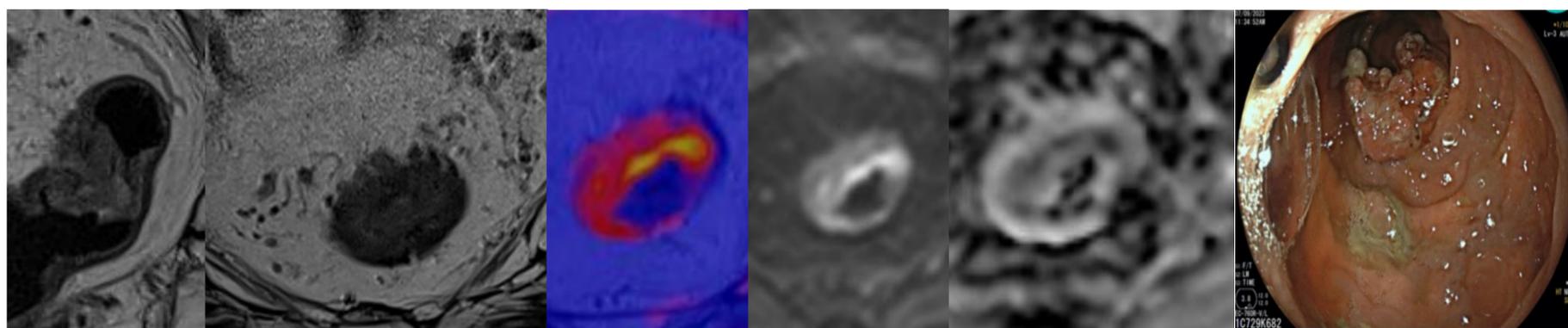
T2 axial

Fusión T2/DWI

DWI b 800

ADC

Colonoscopia



En control, respuesta no completa con señal intermedia en T2 y fibrosis irregular.

TR se palpa nódulo que se confirma en colonoscopia de control. Se biopsia y corresponde a adenoca residual.

Se realiza tto quirúrgico con RAP



El planteamiento de WW se propuso tras el primer control RM, en que había cCR/ncCR.

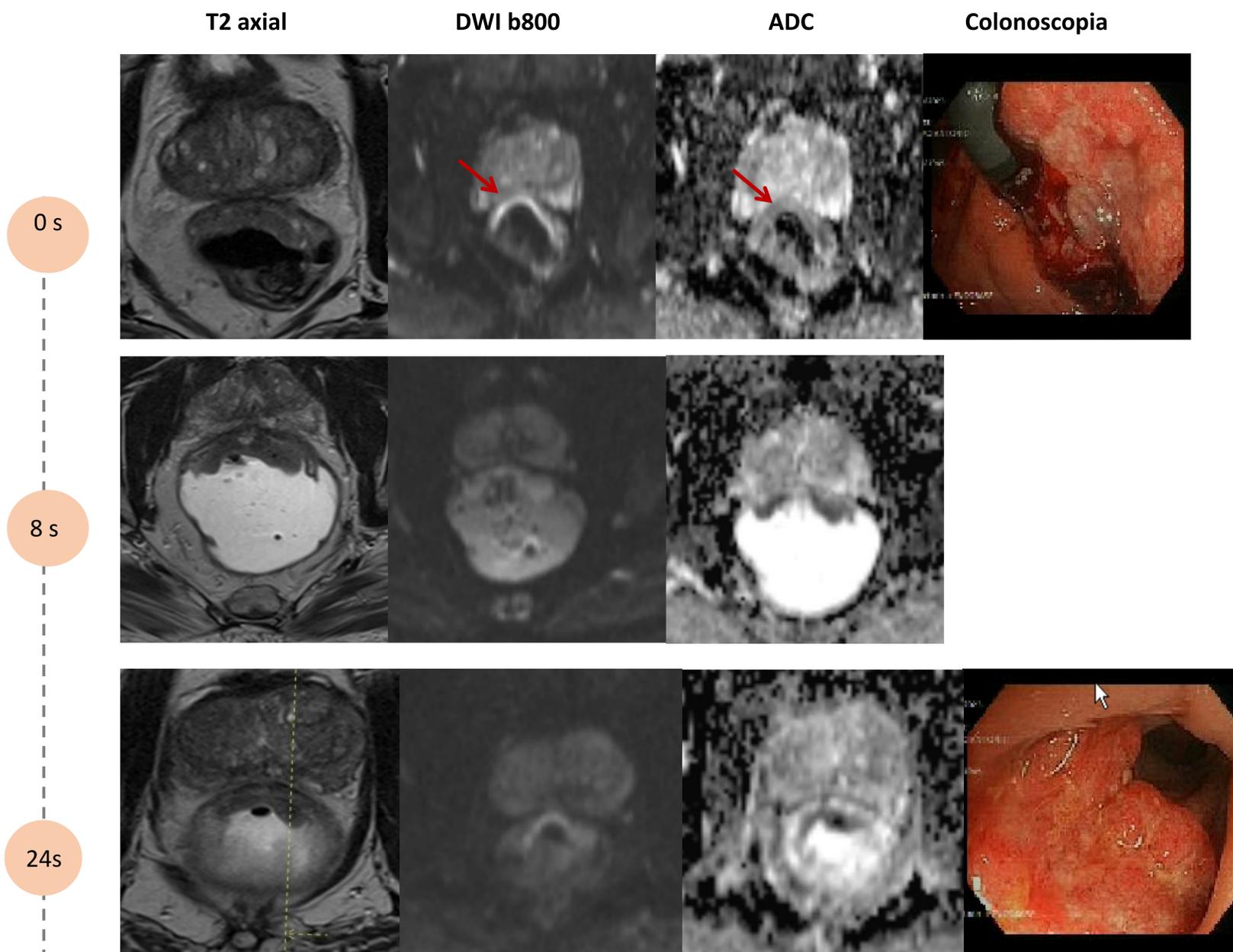
Los hallazgos de la colonoscopia llevan a continuar con TME

La dificultad del caso recae en la persistencia de isoseñal T2 pero sin restricción en difusión, lo que reafirma la necesidad de trabajar en equipo multidisciplinar.

Pobre respuesta/incompleta ICR

Artefacto por gas

Neoplasia en recto medio/inferior, T1-T2 N0 Mx Estudio inmunohistoquímico de las proteínas de los genes reparadores: expresión nuclear conservada en las células neoplásicas para MLH1, MSH2, MSH6 y PMS2 (baja probabilidad de inestabilidad de microsatélites).



El paciente tenía un tm sincrónico de colon y se realizó hemicolectomía. Se planteó WW para CR y tras pobre respuesta a TNT se realizó RAP con evidencia del tumor residual.

**DIFUSIÓN:**

EPI rápida, sensible a distorsiones de señal por falta de homogeneidad del campo

**Efectos de susceptibilidad** en la interfaz pared/gas luminal.

	DWI	ADC	PITFALLS
Difusión libre	●	○	
Restricción	○	●	
T2 Shine through	○	○	Efecto T2, TR largo
T2 dark through	●	●	TR T2 muy corto fibrosis, calcificaciones y hueso cortical



Se observa artefacto en difusión por gas endoluminal en el plano de localización tumoral. Antiperistálticos iv y microenema, mejoran la calidad.

Respuesta incompleta ICR

CRLA de recto medio T4aN2aM0 tratado con TNT 4 XELOX + RT (50Gy) con estrategia WW.

T2 sag/coronal

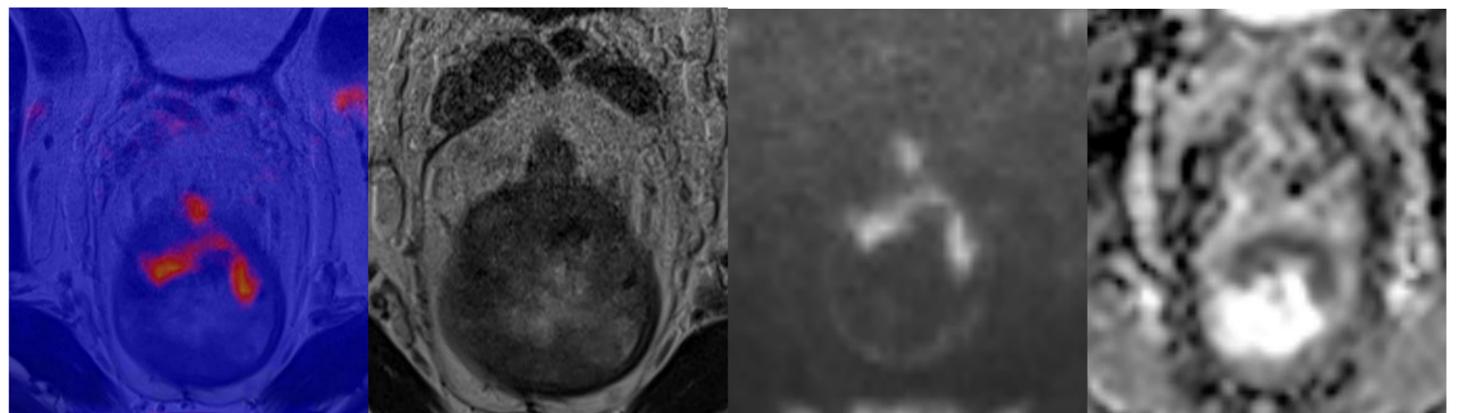
Fusión

T2 axial

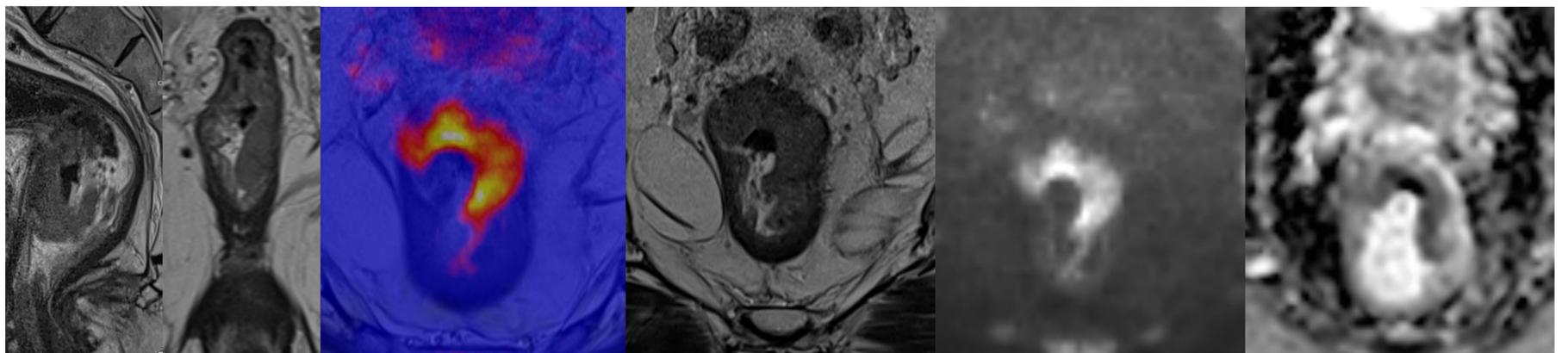
DWI b1400

ADC

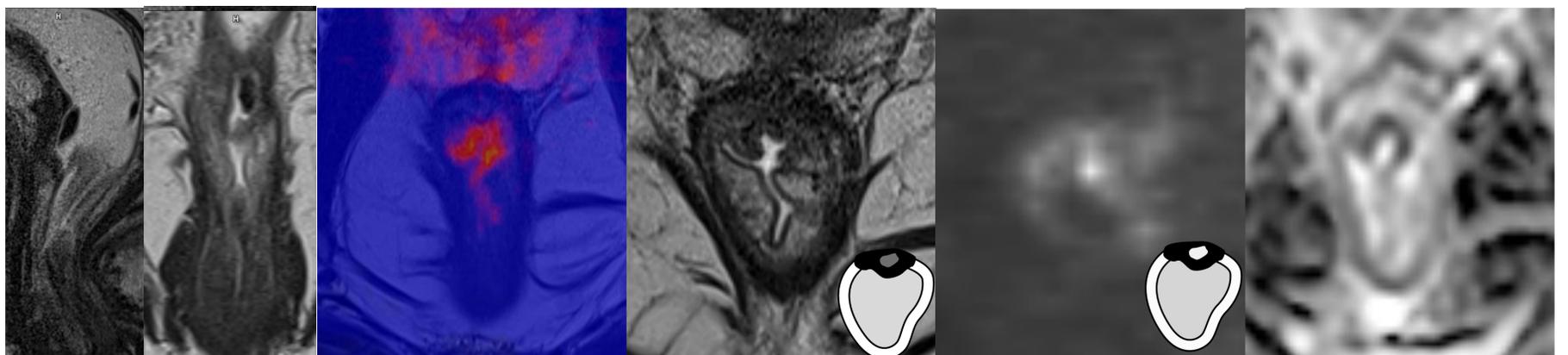
0 s



12s



26s



Tras 2 controles respuesta no completa por lo que se realiza RAP AP: ypT2ypN0

### Respuesta completa con mínima fibrosis lineal

Adenocarcinoma tipo intestinal bien diferenciado. Proteínas reparadoras ADN conservadas. CEA 2,6  
Estadio RM/TC T2N0M0  
TNT Xelox x4 +RT 50Gy con intención WW

T2 coronal

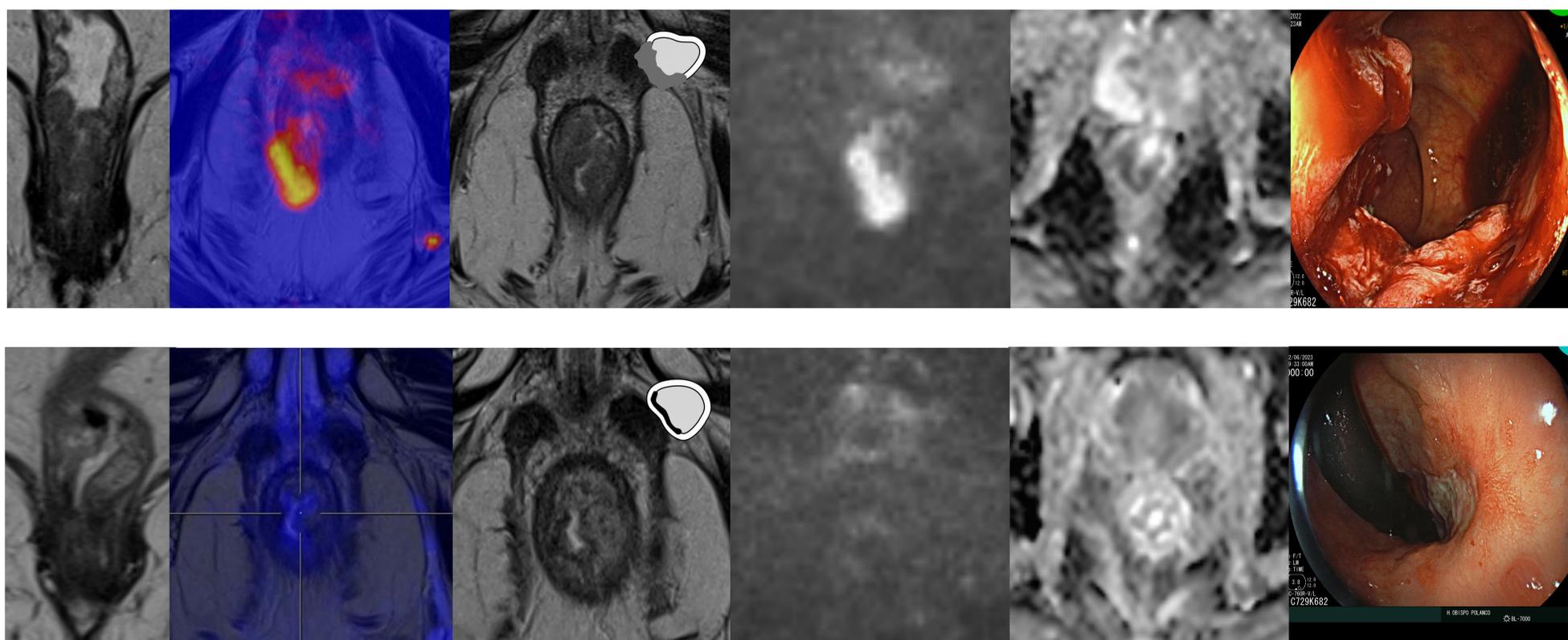
Fusión

T2 axial

DWI b1400

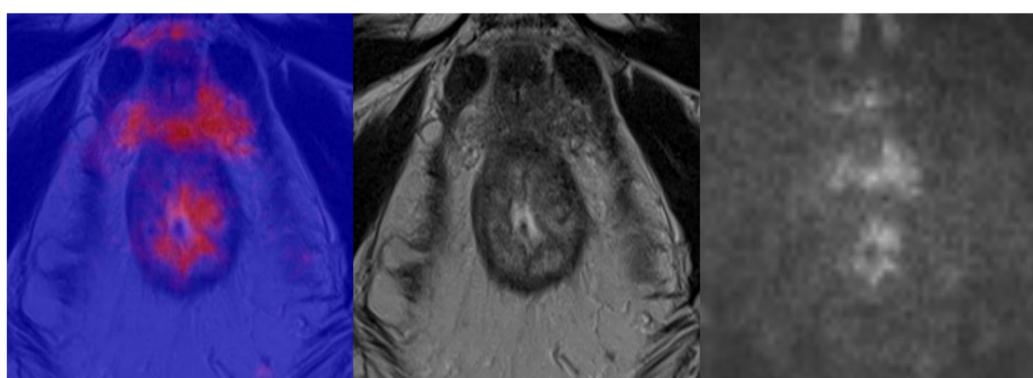
ADC

Colonoscopia



Tras fin de tto, RM respuesta completa con cicatriz fibrosa lineal.

En colonoscopia entrada mamelonada a la lesión que a pesar de Biopsias negativas hace decidir RAP con resultado pCCR



A veces el brillo en difusión corresponde al interior de la luz intestinal que puede llevar a error con la pared intestinal.

La fusión de imágenes T2/DWI cuando se emplean altos valores de b (1400) puede ayudar así como la localización en otra posición al tumor inicial.

Respuesta local inicial con recrecimiento tumoral y ganglionar en WW

CRLA medio /superior T3b N+EMVI + M1 por metástasis hepáticas

No Polimorfismos de DPYD, perfil molecular: RAS/BRAF no mutado- MSS alelo UGT1A1\*28 en homocigosis (\*28\*28)

T2 sag/coronal

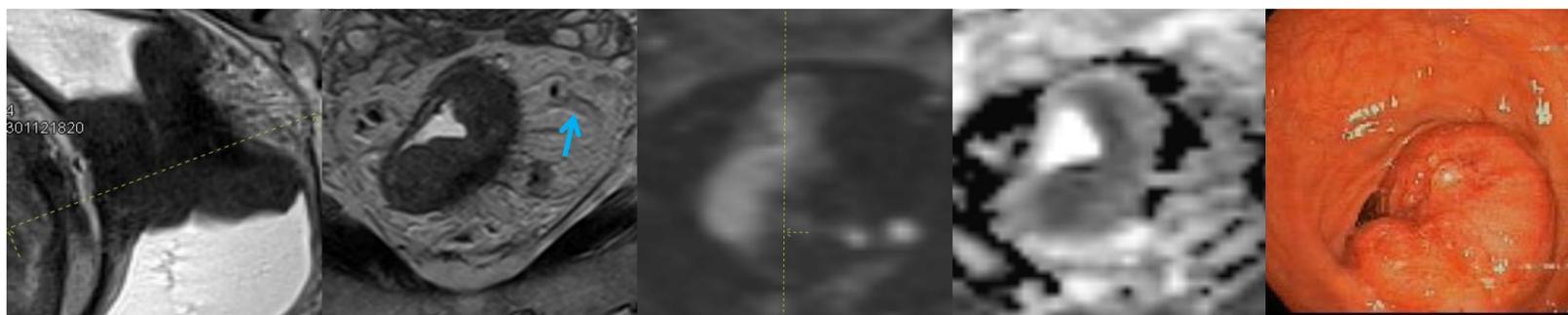
T2 axial

DWI b1400

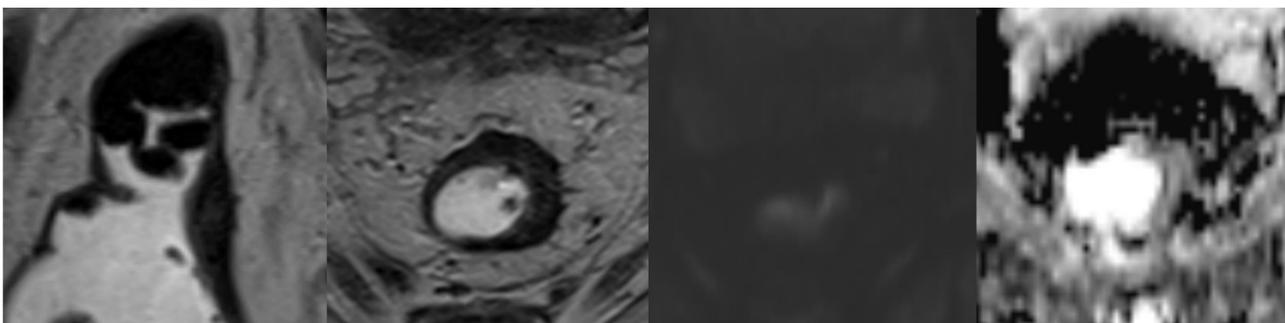
ADC

Colonoscopia

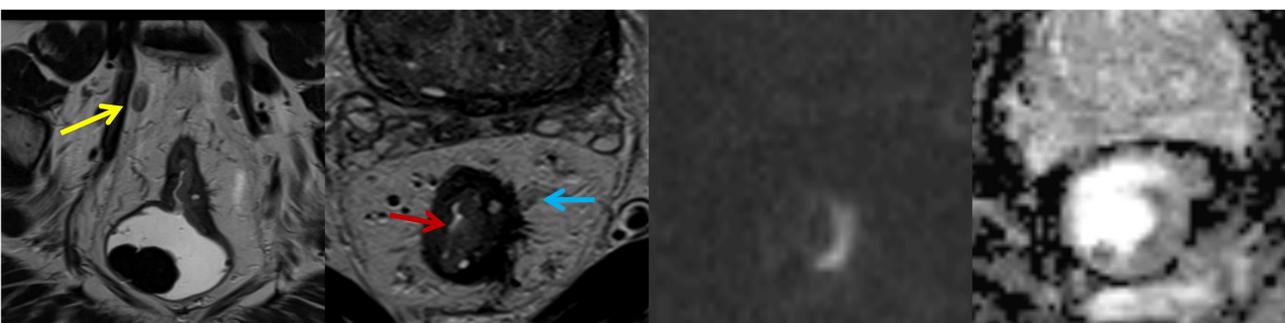
0 s



38s



46s



TTo : FOLFOX 6 + CETUXIMAB y metastasectomía

Tras CRT neoadyuvante respuesta clínica completa. En siguiente control recrecimiento tumoral y ganglionar.

Flecha amarilla: recrecimiento ganglionar; F roja: recrecimiento tumoral; F. azul EMVI+



La invasión vascular extramural (EMVI+) Supone un aumento de riesgo de diseminación a distancia

Score 0	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4
Sin vasos en la proximidad de la infiltración tumoral extramural	Vasos de calibre normal y sin intensidad de señal tumoral definida	Vasos levemente expandidos sin intensidad de señal tumoral definida	Vasos levemente expandidos con intensidad de señal tumoral intermedia definida	Expansión nodular o contorno vascular irregular evidente por señal tumoral

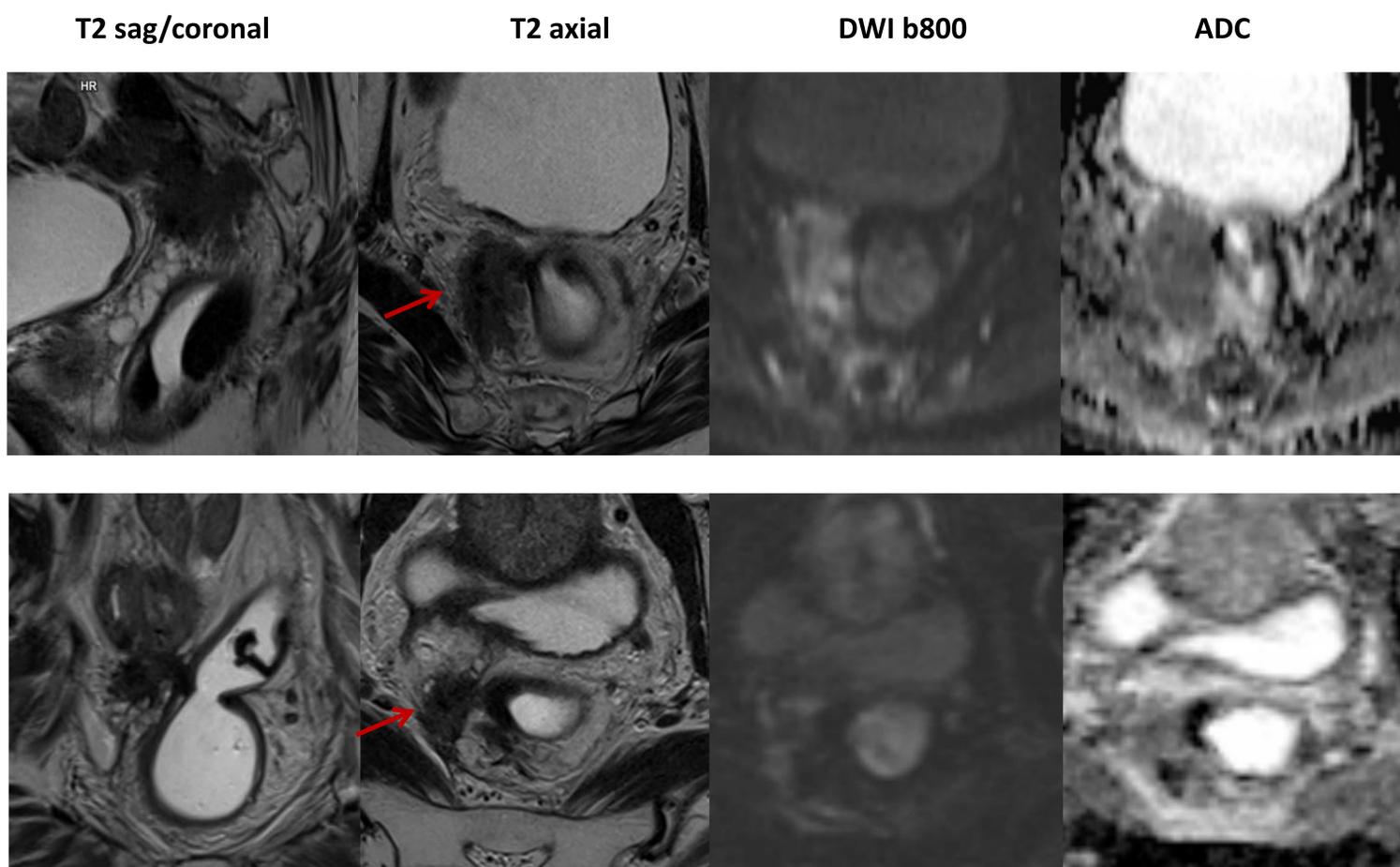
## Recrecimiento locorregional con implante tumoral y Mtx pulmonar

CRLA en recto medio/superior pT4aN2(4/21)M0. Mutado KRAS G12D. No polimorfismos DPYD ni UGT1a1a

Tto TNT CAPOX + RT pélvica en respuesta completa.

En control, recrecimiento locorregional con infiltración MRF, de la pared rectal y de asa ileal. MTX única pulmonar en control TC.

control  
28s



Con nueva pauta CRT disminuye el tamaño del implante con posibilidad de rescate pélvico. Se plantea cirugía sobre lesión pulmonar.



**Depósito tumoral** sin tejido ganglionar, en la zona de drenaje del tumor.  
Son características más indicativas de depósitos tumorales que de ganglios linfáticos

- La contigüidad con la vena en dos planos
- el tejido tumoral que se estrecha hacia la vena (aparencia de cola de cometa)
- la irregularidad en la forma

Respuesta casi completa  
**Estenosis como complicación**

CRLA recto T3b N+ M0  
TNT con CAPOX.

T2 coronal

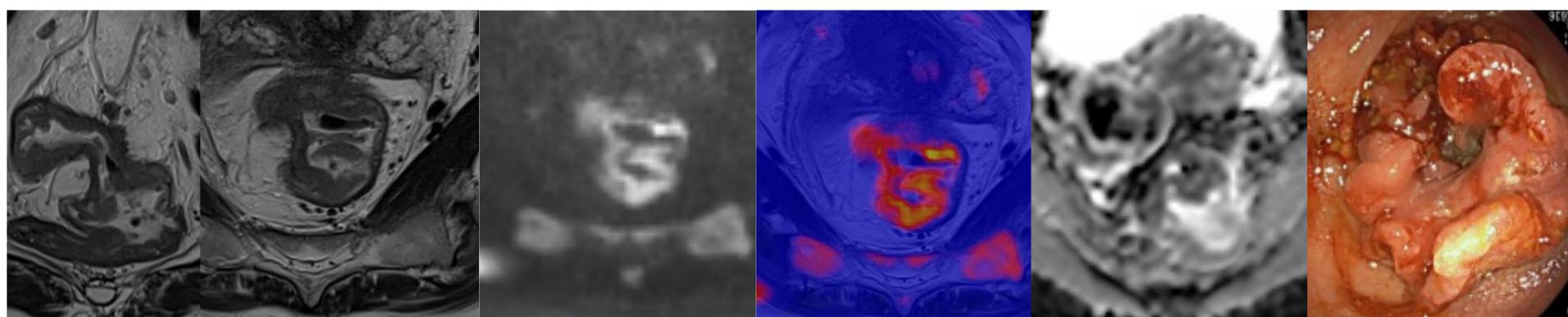
T2 axial

DWI b1400

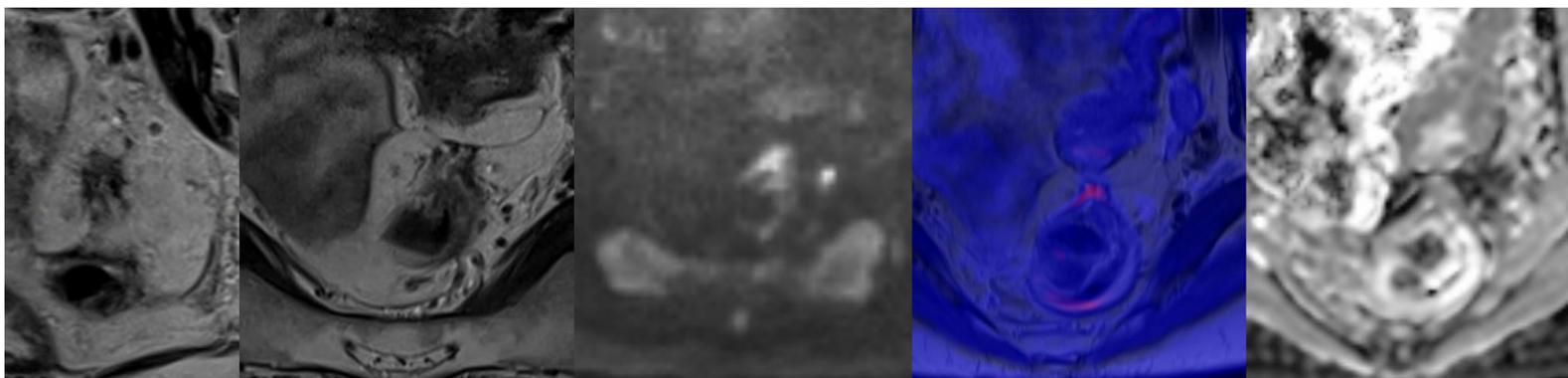
Fusión

ADC

Colonoscopia



0s

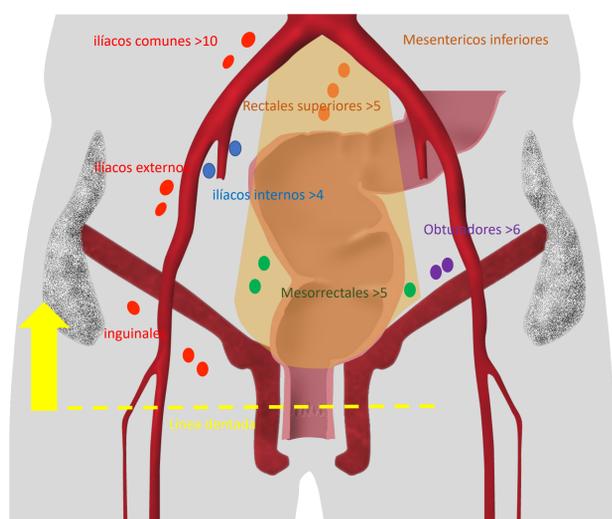


9s

A las 9 s de inicio de tto TNT acude a urgencias por oclusión intestinal 2ª a estenosis por lo que se realizó RAR + ileostomía de protección con resto tumoral ypT2: ypN0 (0/11) R0 (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2): Presentes P53: Negativo KI67: 70-80%



**Clasificación N en tumores por encima de la línea dentada.**



**Ganglios linfáticos locorregionales ;N +,ó N -**  
Ganglios mesorrectales, mesentéricos inferiores, presacros y rectales superiores >5mm, obturadores >6mm , ilíacos internos >4mm

**Ganglios linfáticos no locorregionales/a distancia;** enfermedad metastásica, **(M1) >10 mm**  
Ganglios ilíacos externos, ilíacos comunes, paraaórticos e inguinales

Todos los ganglios con mucina son patológicos independientemente del tamaño y la localización

## CONCLUSIONES



- La Rm es una herramienta fundamental en el manejo conservador del carcinoma rectal medio e inferior
- La selección del tratamiento del CR viene determinada por el riesgo de diseminación local y sistémica, y la RM evalúa ambos; el riesgo local determinado por la T y N, y sistémico por EMVI, implantes tumorales y MRF involucrada.
- La comprensión del programa WW y el cumplimiento de la temporalidad de los controles es fundamental en el éxito de la estrategia de preservación de órgano.
- Las guías facilitan una actuación homogénea de cara a mejorar los resultados y a la evaluación y análisis de los mismos
- Las ventajas de la estrategia WW hacen que en la práctica nos encontremos cada vez más pacientes incluidos en el programa de preservación de órgano
- El abordaje multidisciplinar facilita la resolución de dificultades en el seguimiento y permite la toma de decisiones en equipo.
- Cobra especial relevancia el compromiso institucional y del paciente en cumplir con el seguimiento.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Karbhari A, Baheti AD, Ankathi SK, Haria PD, Choudhari A, Katdare A, Guha A, Kulkarni S, Saklani A, Engineer R, Kazi M, Ostwal V. MRI in rectal cancer patients on 'watch and wait': patterns of response and their evolution. *Abdom Radiol (NY)*. 2023 Nov;48(11):3287-3296. doi: 10.1007/s00261-023-04003-y. Epub 2023 Jul 14. PMID: 37450019.
2. Caruso, D., Polici, M., Bellini, D. et al. ESR Essentials: Imaging in colorectal cancer—practice recommendations by ESGAR. *Eur Radiol* (2024)
3. Cerdan-Santacruz C, et al. Watcha and Wait Approach for Rectal Cancer. *J Clin Med* (2023)
4. Bernier L, et al. Watch-and-Wait as a Therapeutic Strategy in Rectal Cancer. *Curr Colorectal Cancer Rep* (2018)
5. Santiago et al. Re-staging and follow-up of rectal cancer patients with MR imaging when "Watch-and-Wait" is an option: a practical guide. *Insights Imaging* (2021) 12:114
6. Santiago et al. The split scar sign as an indicator of sustained complete response after neoadjuvant therapy in rectal cancer. *Eur Radiol*. 2020 Jan;30(1):224-238.
7. Santiago et al. Early conformational changes at tumour bed and long term response after neoadjuvant therapy in locally-advanced rectal cancer. *Eur Radiol*. 2021 Jul;140:109742.
8. Lee, S., Kassam, Z., Baheti, A.D. et al. Rectal cancer lexicon 2023 revised and updated consensus statement from the Society of Abdominal Radiology Colorectal and Anal Cancer Disease-Focused Panel. *Abdom Radiol* 48, 2792–2806 (2023).
9. Lord AC. et al. Pathways of spread in rectal cancer: a reappraisal of the threue routes to distant metastatic disease *EJC*. (2020)
10. Safont, M.J., García-Figueiras, R., Hernando-Requejo, O. *et al.* Interdisciplinary Spanish consensus on a watch-and-wait approach for rectal cancer. *Clin Transl Oncol* (2023).

