

Tolerancia y factibilidad de la colonografía por TC en la evaluación del cáncer colorrectal estenosante tras una colonoscopia óptica incompleta.

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: **María José Redondo García**, Alberto Rodríguez Jiménez, Irene España Ramírez, Miguel Requena López, Silvia Bermúdez Sánchez

Objetivos Docentes

1. Evaluar la calidad de la preparación para la Colonoscopia Virtual por TC (CTC) en pacientes con carcinoma colorectal estenosante distal.
2. Valorar el grado de distensión alcanzado en los distintos segmentos del colon durante la exploración.
3. Estudiar los efectos secundarios observados durante la exploración y el periodo inmediato post-procedimiento.

Revisión del tema

INTRODUCCIÓN

La incidencia de segundas neoplasias sincrónicas colorectales en pacientes diagnosticados de carcinoma colorectal se sitúa entre el 1-3%. En pacientes con carcinoma colorectal estenosante distal infranqueable al colonoscopia está indicado descartar segundas neoplasias en el marco cólico proximal. La CTC es la técnica diagnóstica con mayor sensibilidad y especificidad demostrada en esta indicación.

La capacidad de obtener una adecuada preparación y una óptima distensión del marco cólico durante la exploración ha sido escasamente estudiada de forma específica. Asimismo, la información sobre los efectos secundarios en este grupo de pacientes es limitada.

MATERIAL Y MÉTODO

En todos los pacientes se realizó preparación con dieta pobre en residuos en las 72 horas previas al procedimiento y dieta líquida en las 24 horas previas. Se administró amidotrizoato (gastrografín) por vía oral en las 24 horas previas al procedimiento para marcado de restos fecales. No se usaron fármacos espasmolíticos ni sedantes pre ni intraprocedimiento.

La distensión del colon se realizó mediante la insuflación automática de CO₂ con control manométrico y de volumen. Los estudios fueron adquiridos mediante una unidad de TC de 64 filas de detectores (Philips Brilliance CT 64, Philips Healthcare, The Netherlands) con una colimación de 1 mm y un intervalo de reconstrucción de 0,7 mm, con adquisición de dos series consecutivas en decúbitos supino y prono. Las imágenes se transfirieron posteriormente a una estación de trabajo con software optimizado para el procesamiento de CTC (Intelispace, Philips Healthcare, The Netherlands) y son analizadas en modo de navegación virtual 3D y en escala de grises 2D.

Se registraron los siguientes parámetros: volumen de CO₂ insuflado (l), presión máxima alcanzada (mmHg), grado de limpieza del colon (adecuado, subóptimo, incapacitante para la navegación virtual), grado de distensión del colon en sus segmentos ascendente, transverso y descendente (óptimo, subóptimo, nulo) y efectos secundarios (dolor leve, moderado o severo, ingreso hospitalario, perforación intestinal).

RESULTADOS

Entre marzo y octubre de 2015 se diagnosticaron 17 pacientes consecutivos de carcinoma colorectal estenosante distal infranqueable al colonoscopia. Las lesiones se situaban en colon sigmoideas en 14 pacientes y en recto en 3. El volumen medio de CO₂ insuflado fue de 3,5 l (rango 2,8 – 4,4 l) y la mediana de presión máxima alcanzada fue 25 mmHg (rango: 23 – 40 mmHg).

La preparación del colon fue evaluada como adecuada en 15 pacientes (88%) y subóptima en 2 (12%). La distensión del colon alcanzada fue óptima a nivel de los segmentos ascendente y transverso en 15 pacientes (88%) y a nivel del colon descendente en 6 pacientes (35%). En un solo paciente la distensión se consideró nula en todos los segmentos.

Trece pacientes (76%) presentaron dolor leve como único efecto secundario y 3 (18%) dolor moderado. Un solo paciente (6%) con neoplasia de localización rectal en tratamiento en curso con radioterapia presentó dolor severo que obligó a interrumpir el estudio (adquisición única de la serie en decúbito supino). No se registraron ingresos hospitalarios ni perforaciones intestinales.

En 16 pacientes (94%) la delimitación de la extensión de la neoplasia diagnosticada fue óptima. Se observó un caso (6%) de neoplasia sincrónica proximal.

Imágenes en esta sección:



Fig. 1: Reconstrucción 3D e imágenes 2D sagital y coronal en paciente con neoplasia de sigma estenosante con adecuada preparación y distensión del marco cólico.



Fig. 2: Reconstrucción 3D del marco cólico en paciente con neoplasia de colon distal con adecuada preparación y distensión.

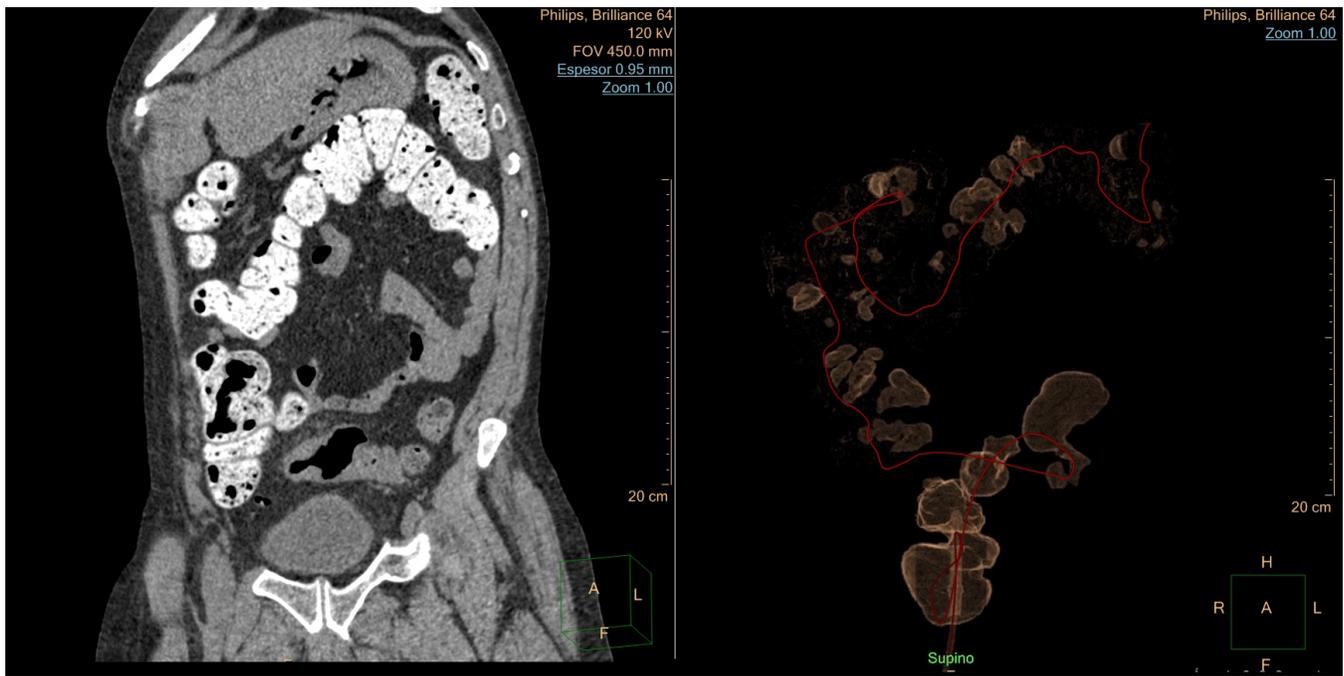


Fig. 3: CTC con reconstrucción 3D e imagen 2D coronal en paciente con mala preparación, con importante contenido en heces en marco cólico.

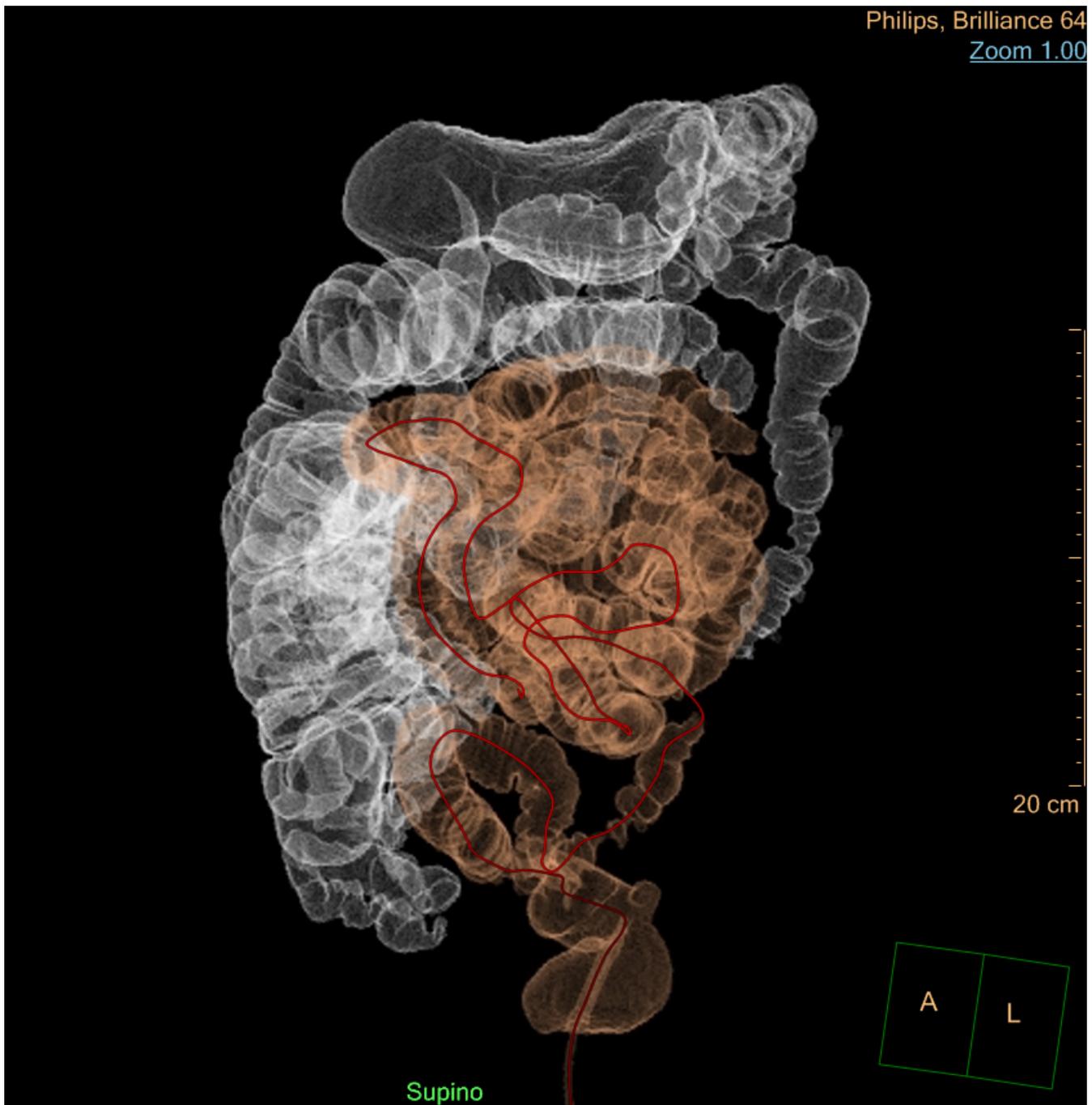


Fig. 4: CTC con reconstrucción 3D en paciente con distensión subóptima del colon descendente.

Conclusiones

1. La CTC es factible en pacientes diagnosticados de neoplasia colorectal distal infranqueable al colonoscopia, obteniendo en la mayoría de los casos una adecuada preparación del colon.
2. La distensión subóptima del colon descendente se documentó como la limitación más frecuente

para un análisis óptimo.

3. Los efectos secundarios son escasos, siendo el dolor leve y transitorio el más frecuente.

Bibliografía / Referencias

1. Spada C., Stoker J., Alarcón O., et al. Clinical indications for CT colonography: ESGE and ESGAR Guideline. *Eur Radiol* 2015 (25): 331-345.
2. Park S.H., Lee J.H., Lee S.S. CT colonography for detection and characterisation of synchronous proximal colonic lesions in patients with stenosing colorectal cancer. *Gut* 2012 Dec;61(12): 1716-22.
3. Neri E., Leffere P., Gryspeerdt S. Bowel Preparation for CT colonography. *Eur J Radiol* 82 (2013): 1137-1143.
4. Pendsé D.A., Taylor S.A. Complications of CT colonography: A Review. *Eur J Radiol* 82 (2013): 1159-1165.