

seram 34

Sociedad Española de Radiología Médica

Congreso Nacional

PAMPLONA $\frac{24}{27}$ MAYO 2018

Palacio de Congresos Baluarte

23 mayo Cursos Precongreso

RM de pelvis: La guía en el manejo del cáncer rectal

Irene Martínez González

Alicia Victoria Gavilanes Vaca

Claudia Pascual Montero

Ignacio Díaz Villalonga

Cristina Pérez Calvo

Servicio de Radiodiagnóstico

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres

OBJETIVO

- La RM es la técnica de elección para la estadificación local del cáncer de recto, aportando como principal beneficio la elección de un correcto manejo terapéutico, evitando tratamientos prequirúrgicos innecesarios y precisando el momento más adecuado para la cirugía.
- El determinante de reseccabilidad de un tumor rectal lo confiere el margen de resección circunferencial (MRC), que establece la relación del mismo con la fascia mesorrectal; implicando su afectación una mayor probabilidad de recidivas locales postquirúrgicas, y siendo esta aseveración el objetivo de nuestro estudio.

OBJETIVO

HIPÓTESIS

- Comprobar la eficacia de la obtención de MRC libre, mediante tratamiento neoadyuvante, en el cáncer de recto con el fin de evitar recidivas locales postcirugía.

OBJETIVOS A ESTUDIO

- Revisión de los aspectos anatómicos que debe aportar el radiólogo con el fin de un correcto estadiaje loco-regional del cáncer de recto.
- Evaluación de la precisión de la RM, en función de la resecabilidad del tumor determinada por el MRC, para la toma de decisiones médico-quirúrgicas.
- Análisis retrospectivo de la eficacia de un MRC negativo en relación con las recidivas locales en pacientes sometidos a cirugía.

MATERIAL Y MÉTODO

- El informe radiológico aportaba sistemáticamente: estadificación TNM, MRC e invasión vascular extramural. Añadiendo en caso de tumor de *recto superior y medio*, la afectación de la reflexión peritoneal anterior y en *recto bajo* su relación con el músculo elevador del ano y esfínter externo.
- Se considero MRC afecto a la presencia de tumor, tanto masa tumoral como ganglios linfáticos afectados, a 1 mm o menos de la fascia mesorrectal.
- De la misma forma, se analizó la base de datos clínica de nuestro hospital con el fin de determinar el manejo terapéutico de cada uno de los pacientes incluidos en el estudio.

RESULTADOS

- Para la correcta evaluación de los pacientes sometidos a protocolo de estadificación de cáncer de recto es fundamental la determinación del MRC.
- Los análisis del estudio realizado, nos orientan a la necesidad de evaluar diferentes áreas anatómicas, que deberán ser incluidas en el informe radiológico, con el fin de poder orientar un mejor abordaje terapéutico, tanto técnico como pronóstico, ya que algunos de ellos son factores predictivos independientes de riesgo de recidiva local y tiempo de vida libre de enfermedad.
- Así pues, consideramos necesario el aporte de los siguientes parámetros:

RESULTADOS

1. Estadificación TNM

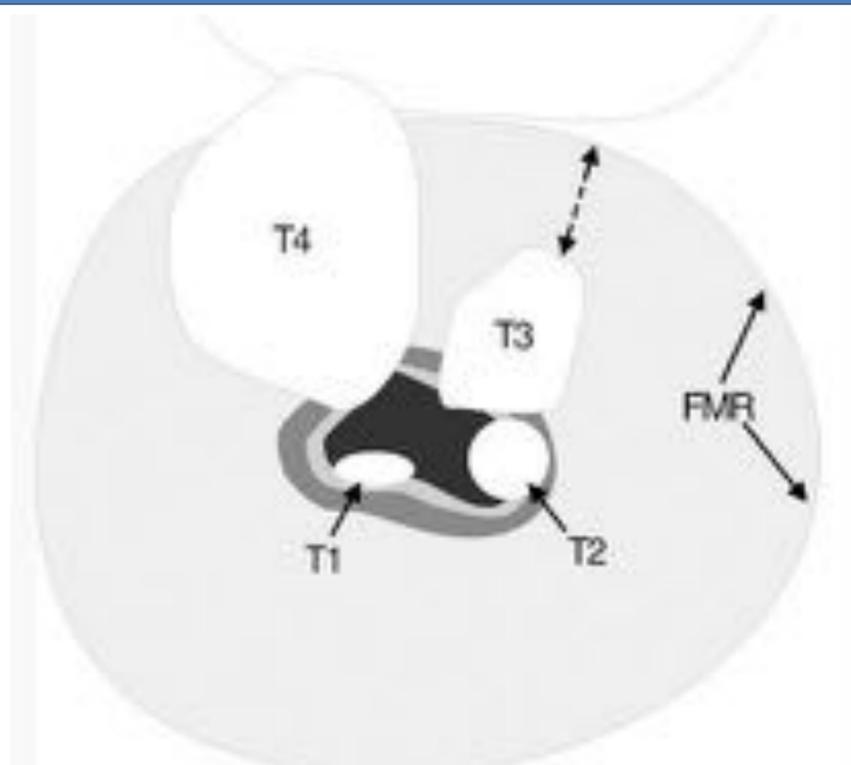
– T

- Distancia al margen anal
- Localización circunferencial
- Morfología y dimensiones
- Invasión mural

Recto superior >5cm

Recto medio 5-10cm

Recto bajo <5cm



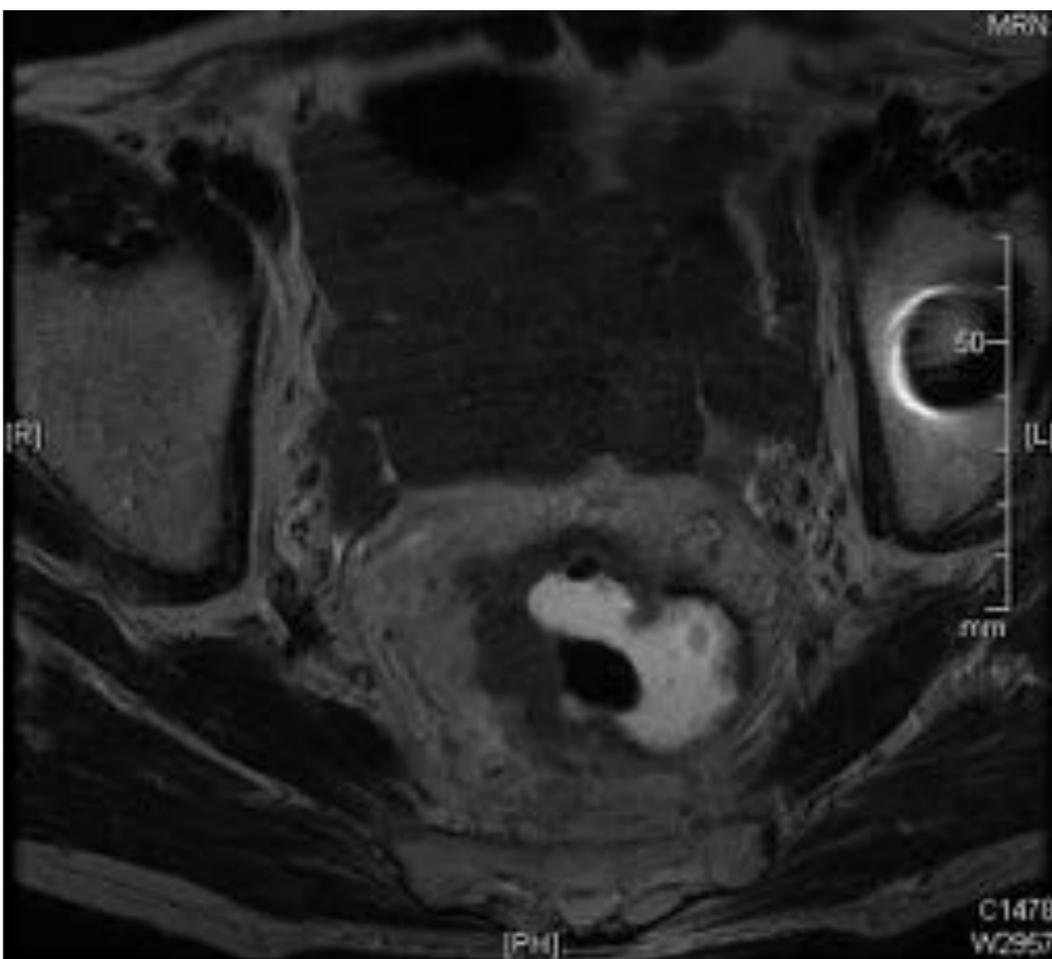
Esquema que muestra diversos cánceres de recto según el parámetro T del TNM. La distancia más corta entre el tumor y la FMR (fascia mesorrectal) corresponde a la línea de puntos.

RESULTADOS

IMPORTANCIA:

- T3: grado de invasión extramural (Factor independiente)
- T4a: reflexión peritoneal anterior

T1: submucosa
T2: muscular propia
T3: grasa mesorrectal
T4: órganos y estructuras



T3. Tumoración en pared lateral derecha que invade grasa mesorrectal

RESULTADOS

– N

- A. Rectal superior
- A. Mesentérica inferior
- A. Rectal media
- A. Obturatriz
- A. Iliaca interna
- A. Iliaca externa: M1
- A. Inguinal superficial: M1

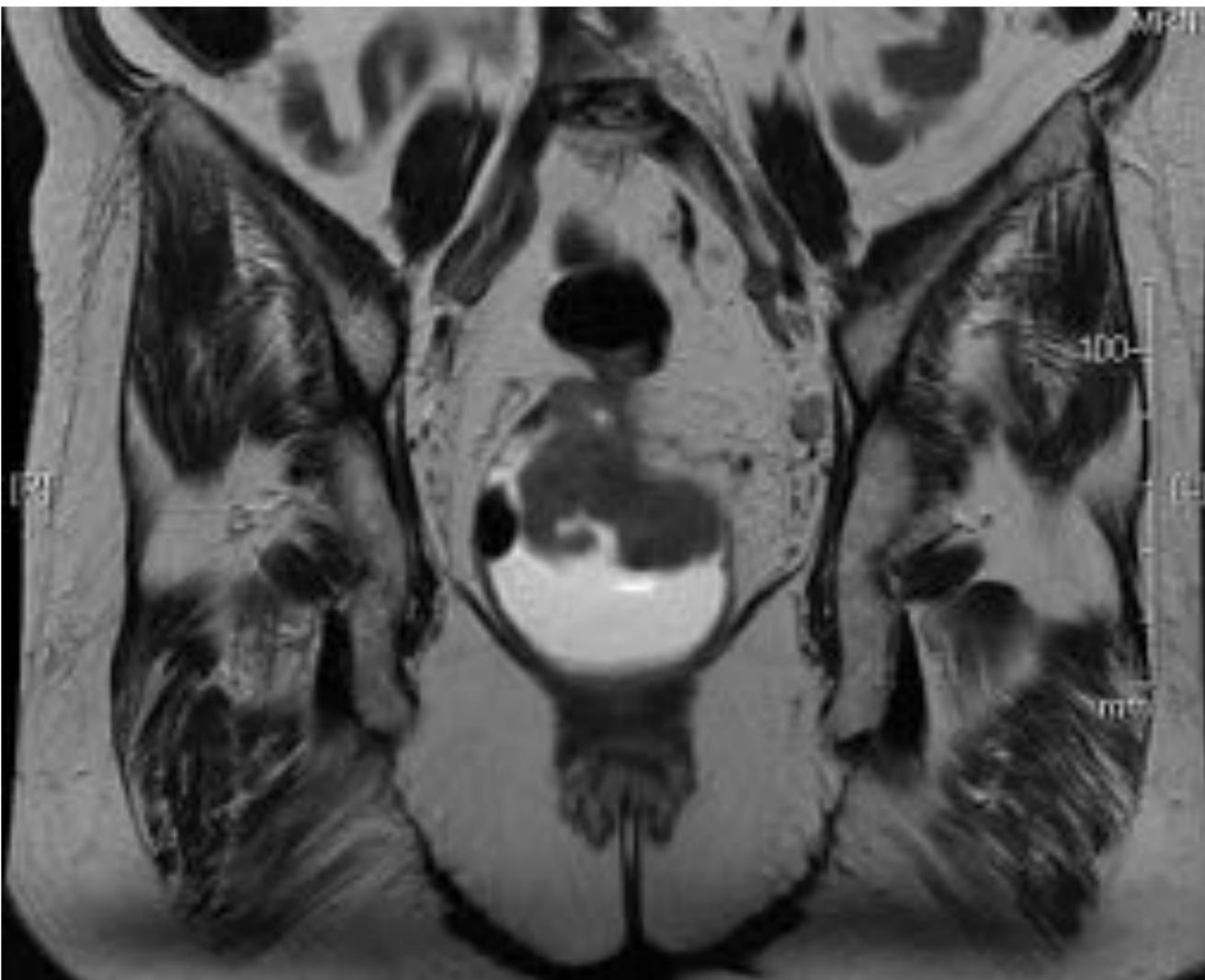
Ganglio +:
mal
definidos e
intensidad
mixta

N0: Ausencia
N1: 1-3 ganglios +
N2: >4 ganglios +

RESULTADOS

– M

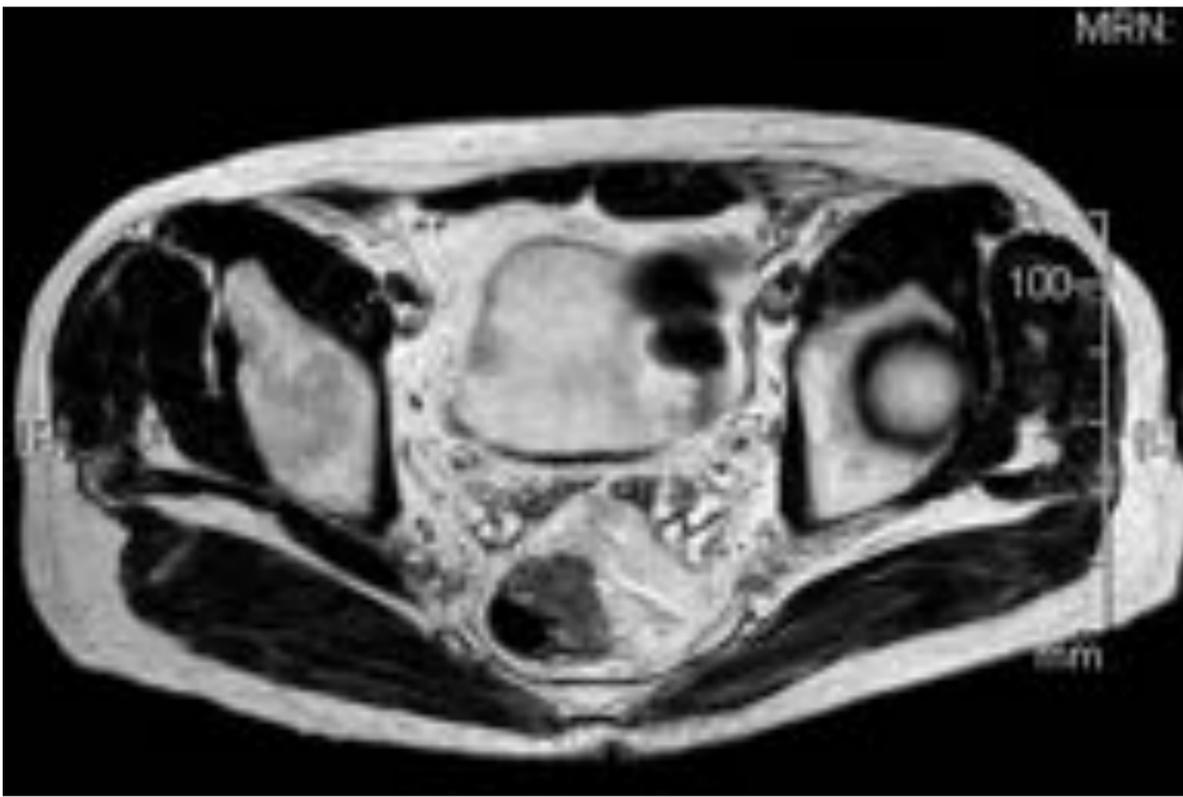
M0: Ausencia
M1: Presencia de metástasis
-M1a: 1 órgano o sitio
-M1b: >1 órgano o peritoneo



M1. Ganglio aumentado de tamaño en cadena iliaca externa izquierda.

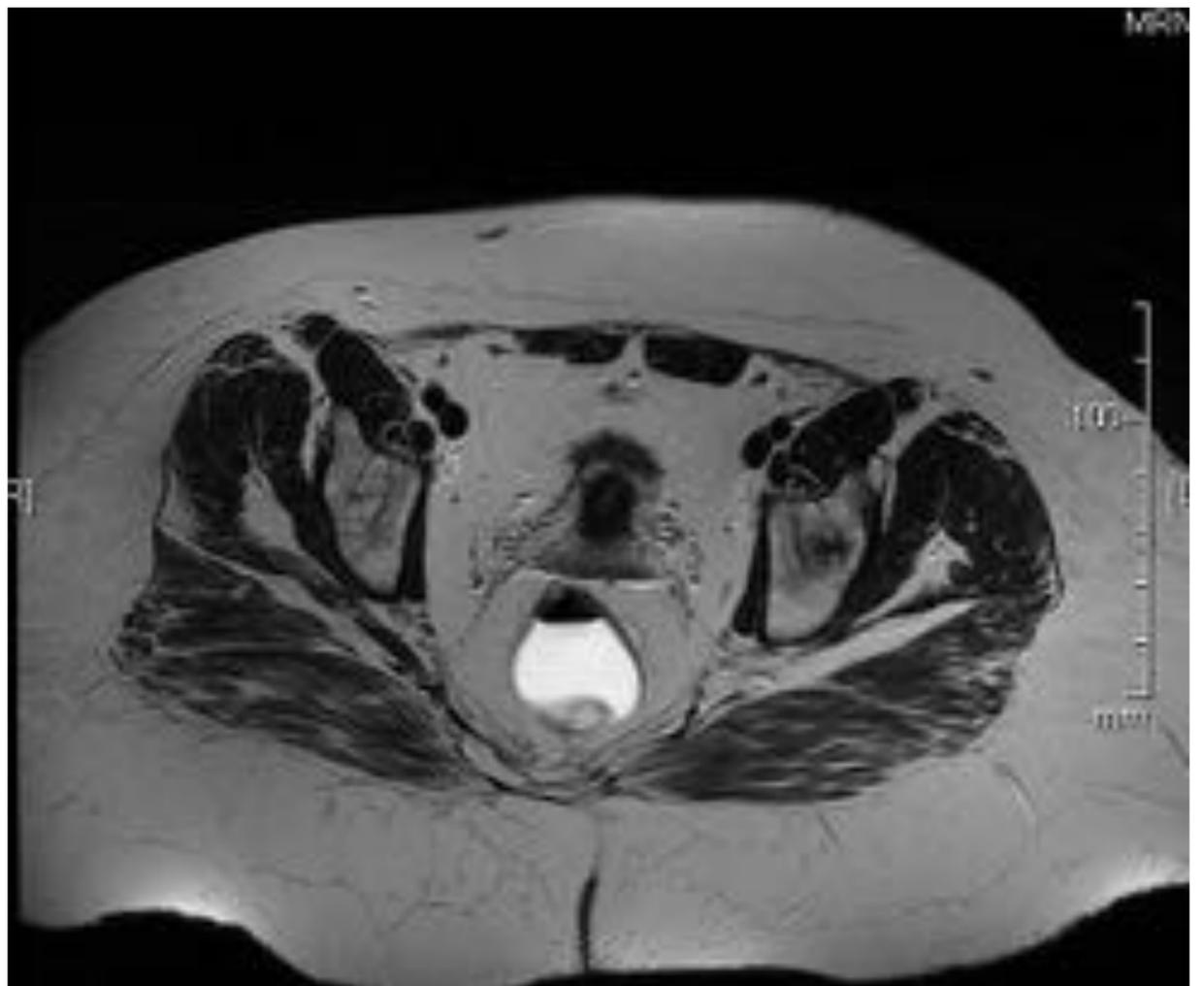
RESULTADOS

2. MRC



MRC positivo.
Tumoración en
borde
posterolateral
izquierdo que
sobrepasa la
fascia
mesorrectal en su
vertiente
posterior.

MRC positivo.
Ganglio
aumentado de
tamaño en
contacto con la
fascia
posterolateral
derecha.



RESULTADOS

3. Invasión vascular extramural (Factor independiente)

-Aumento de calibre
e intensidad dentro
del vaso
-Borde nodular del
tumor

Recto medio y superior:

Afectación reflexión peritoneal anterior:
T4a

Recto bajo:

Afectación del musculo elevador del ano
y esfínter externo.

RESULTADOS

- El protocolo terapéutico utilizado en nuestro centro propone ante los casos con MRC libre un abordaje quirúrgico siempre y cuando las circunstancias individuales del paciente lo permitan. Ante los pacientes con MRC positivo se indica un tratamiento neoadyuvante con el fin de negativizar dicho margen.
- Existen excepciones a la hora de decidir el manejo de estos pacientes, estos casos son los tratados en el Comité Multidisciplinar de Cáncer de Recto. La mayor parte de los pacientes comentados en dicho Comité, son aquellos que presentan un MRC positivo pero son finalmente sometidos a cirugía.

RESULTADOS

- Con los datos aportados por los estudios de imagen (RM) y la base de datos clínica, hemos elaborado una tabla de contingencia de nuestros 64 pacientes, en función de si el MRC estaba afecto o no y la actitud terapéutica.
- En primer lugar realizamos un análisis en función de los resultados para el MRC, obtenido en el último estudio de RM realizado a ese paciente, con o sin necesidad de tratamiento neoadyuvante:

RESULTADOS

	Cirugía	Neoadyuvancia
MRC +	6	15
MRC -	35	8

- Con MRC positivo encontramos 21 (33%), de los cuales 15 siguieron con neoadyuvancia o fueron sometidos a cirugía paliativa y 6 fueron analizados en el Comité de Cáncer de Recto decidiéndose cirugía con fines terapéuticos.
- Presentaban MRC respetado 43 (67%) pacientes, 8 recibieron tratamiento médico, debido a un alto riesgo quirúrgico o contraindicación quirúrgica, y 35 fueron sometidos a cirugía.

RESULTADOS

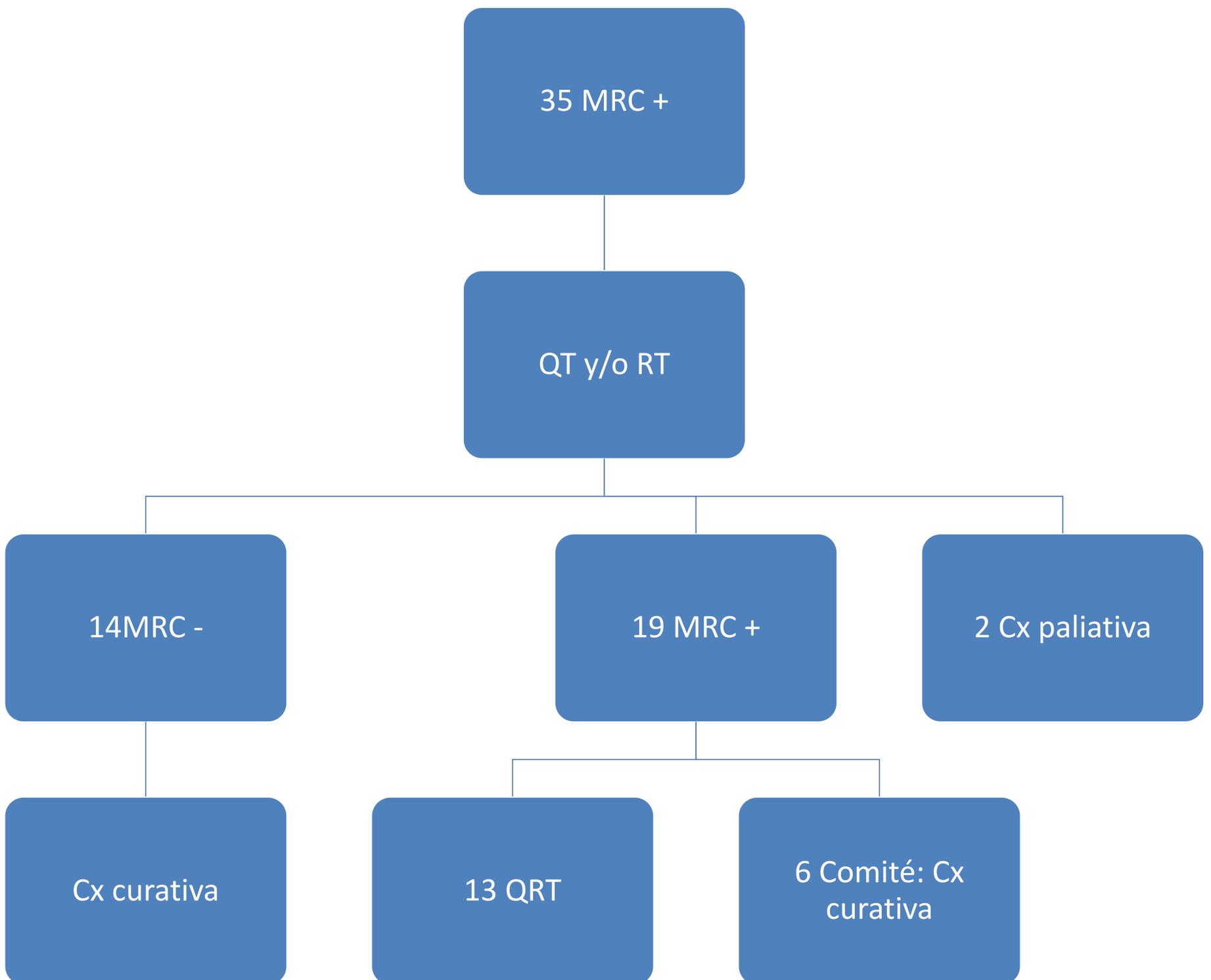
- En un segundo tiempo, y con el fin de determinar el correcto manejo para evitar recidivas locales tras la intervención quirúrgica, analizamos los pacientes en función de la positividad del MRC en su primer estudio, ya que la actitud quirúrgica viene determinada en según el MRC.
- De los 64 pacientes, 35 presentaron MRC positivo en su primera RM, todos ellos sometidos posteriormente a quimio y/o radioterapia neoadyuvante.

RESULTADOS

- 26 pacientes (74%) eran hombres y 9 pacientes (26%) mujeres.
- En cuanto a la localización, 7 (20%) tenían una afectación de recto bajo, 17 (49%), recto medio y 11 (31%) recto alto.

Localización	Nº Pac.	Tipo de cirugía
Recto Bajo	7	Amputación abdomino-perineal (AAP)
Recto Medio	17	Resección anterior baja (RAB) y/o Escisión mesorrectal total (EMT)
Recto Alto	11	Resección anterior baja (RAB) y/o Escisión mesorrectal total (EMT)

RESULTADOS



RESULTADOS

- 14 pacientes consiguieron una negativización del MRC, siendo sometidos posteriormente a cirugía curativa.
- 19 persistieron con MRC afecto tras tratamiento neoadyuvante y por tanto no tuvieron posibilidad quirúrgica
 - 13 continuaron con tratamiento quimio y/o radioterápico.
 - 6 fueron debatidos en Comité y se decidió aun con MRC positivo, intervención quirúrgica.
- 2 aunque con MRC positivo, tuvieron que ser intervenidos por complicaciones en relación con su patología tumoral, llevándose a cabo una cirugía paliativa.
- En el plazo medio de 16 meses después de la intervención, ninguno de los pacientes ha sufrido recidiva local de la enfermedad.

RESULTADOS

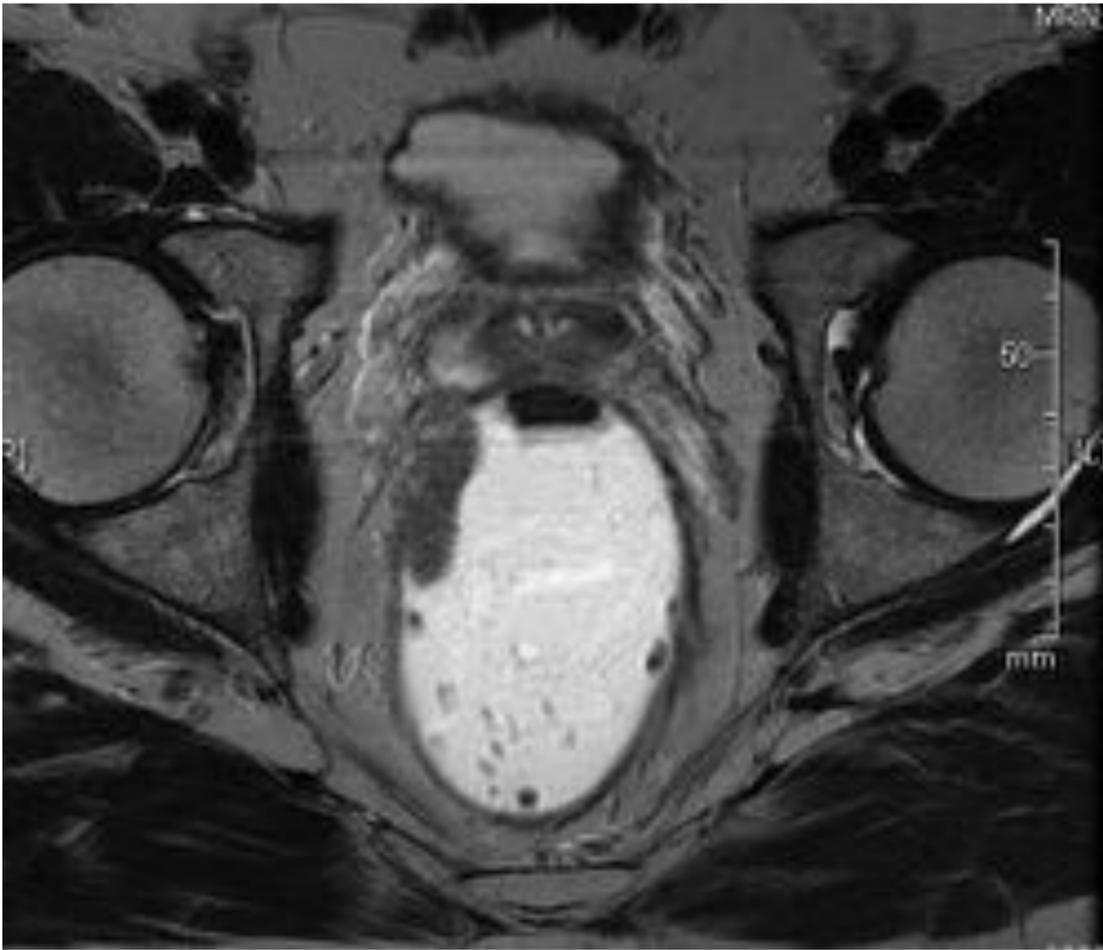
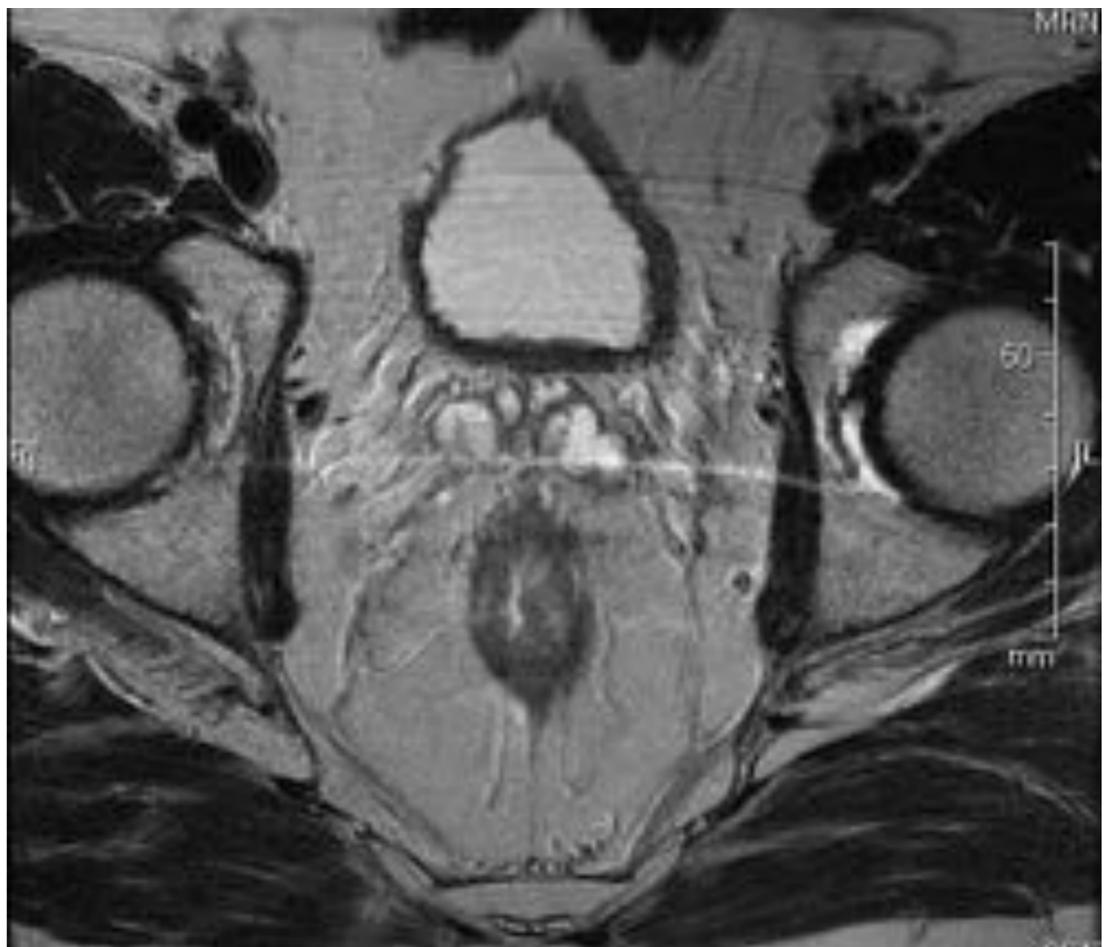


Fig. 1

Fig. 2



Extensa tumoración que contacta y sobrepasa la fascia mesorrectal derecha (Fig. 1), objetivando en estudio posterior a neoadyuvancia la practica desaparición de la misma (Fig. 2).

RESULTADOS

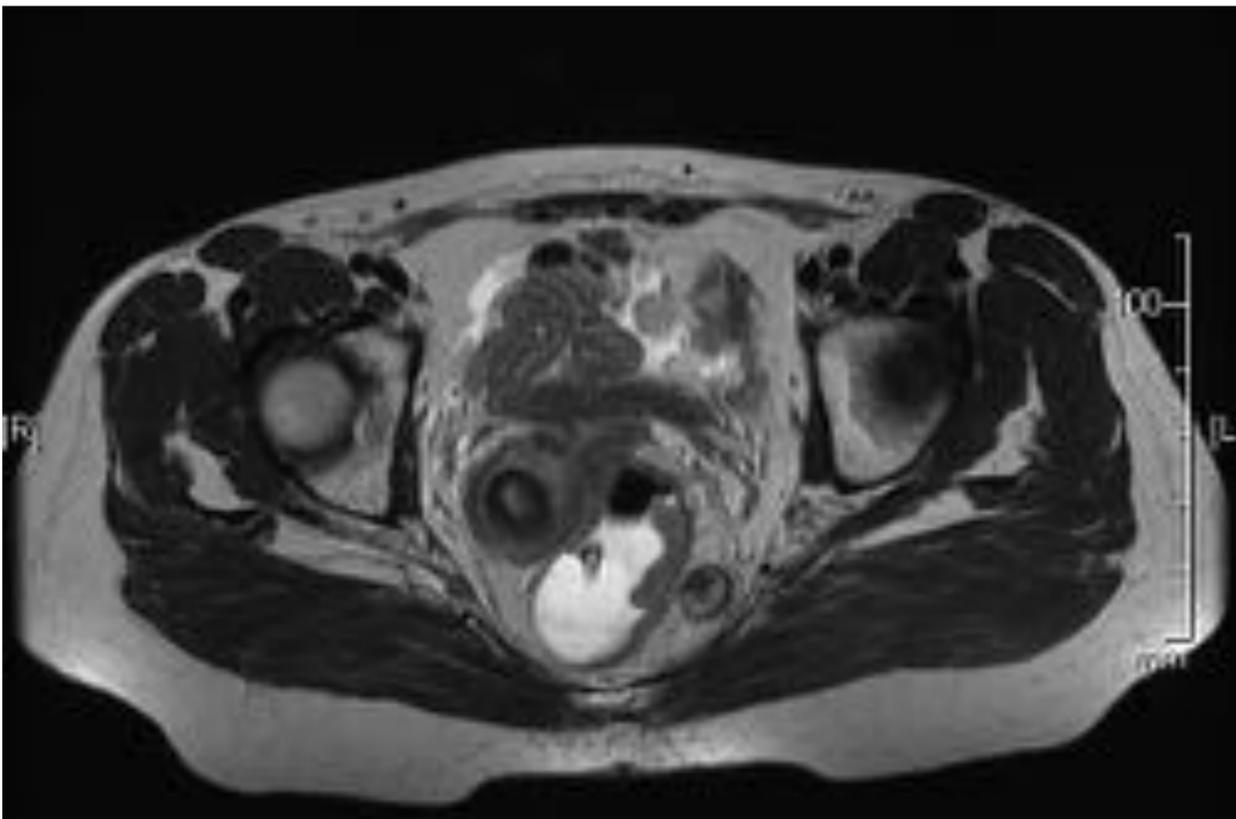
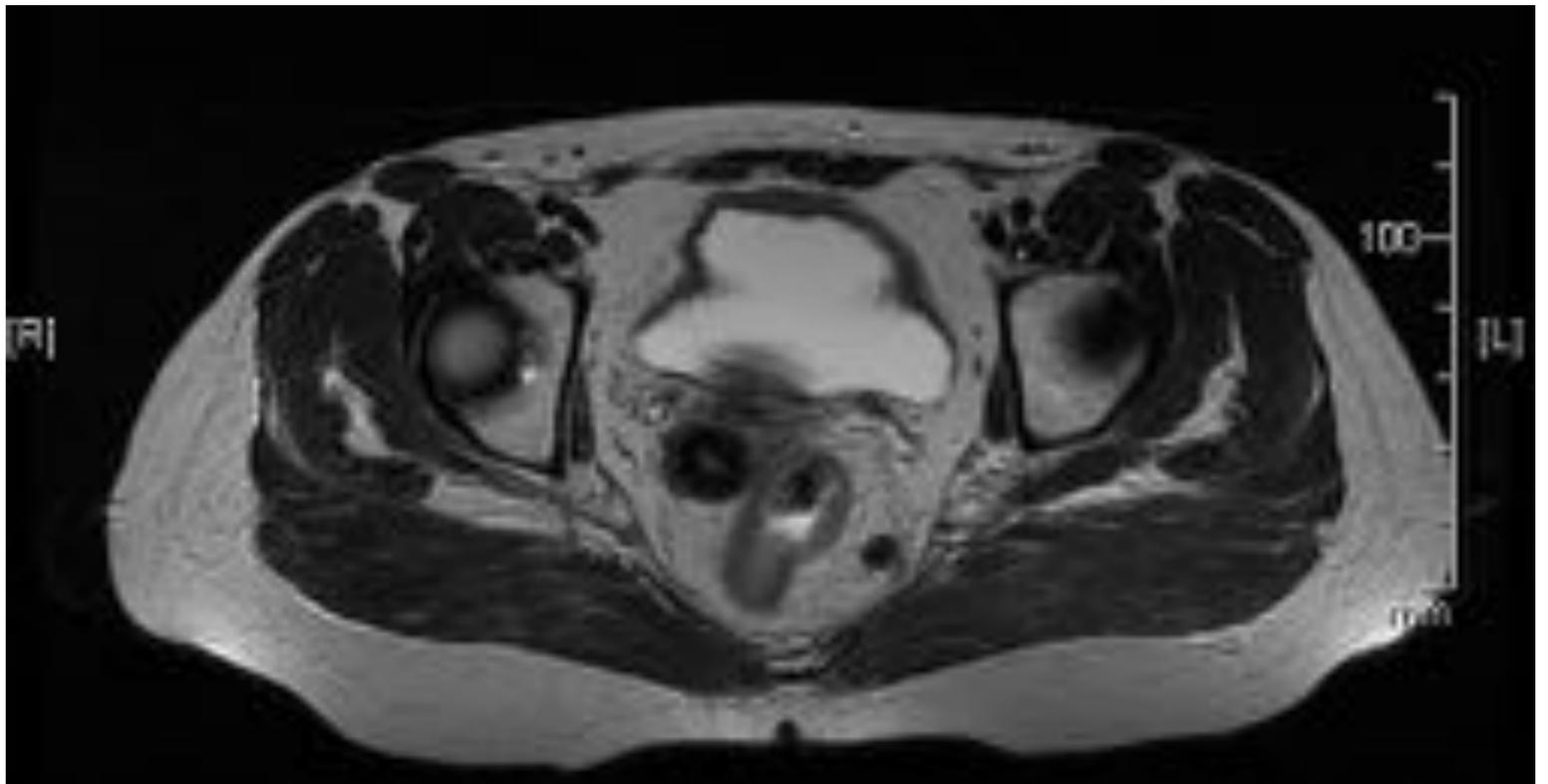


Fig. 1

Fig. 2



Adenopatía aumentada de tamaño que contacta con fascia mesorrectal posterolateral izquierda (Fig.1), evidenciándose una disminución de tamaño tras neoadyuvancia, aunque con persistencia de afectación del MRC (Fig.2).

CONCLUSIONES

- Ninguno de los 14 pacientes incluidos en nuestro estudio, que teniendo un MRC inicial positivo, recibiendo tratamiento neoadyuvante previo a cirugía, con posterior negativización del MRC, presentaron recidiva local.

Consolidamos así, la hipótesis de la necesidad de MRC libre antes de la intervención quirúrgica, hecho que disminuye el riesgo de recidiva local y aumenta el tiempo de vida libre de enfermedad.

CONCLUSIONES

- Consideramos de relevante importancia la correcta valoración, por parte del radiólogo, del estado del margen de resección; debido a que aunque estén establecidos protocolos de actuación terapéutica, existe una gran heterogeneidad en los diferentes casos de esta enfermedad, y por ello es fundamental la intervención de un Comité multidisciplinar y especializado para la individualización de los casos dudosos.

REFERENCIAS

- Dieguez A. Resonancia magnética de alta resolución en el cáncer de recto. RAR. 2010; 74: 215-226.
- Cancer Statistics. National Cancer Institute. Surveillance, Epidemiology, and End Results Program.
<http://seer.cancer.gov/statfacts/html/colorect.html>
- Martín Martínez L, Durán Palacios I, Dinu L, Pérez Homs M, Peláez Cabo P, Alcalde Mingo Y. Estadificación local del cáncer de recto mediante RM: guía para el informe radiológico. SERAM 2014/S-0889.
- Del Cura J, Pedraza S, Gayete A. Radiología esencial. Editorial Panamericana 2010. ISBN 978-84-7903-572-3.