

CAPÍTULO 1

Introducción

DEFINICIONES DE ESTADIFICACIÓN

Estadio, estadiaje, etapa, clasificación y estadificación son términos similares que pueden ser aplicados al carcinoma del recto para su evaluación. Todos hacen referencia a la situación anatómica local y a distancia del tumor.

Estadio expresa un momento, período o estado que forma parte de una serie o proceso.

Estadiaje es equiparable a estadificación quizás en un intento de traducción del término inglés “staging”.

Etapas es un período de tiempo delimitado y contrapuesto, siempre con un momento anterior y otro posterior. Implica por lo tanto una sucesión de eventos clasificados y ordenados.

Clasificación proviene del latín “classificare” que refiere a “classis” (clase, grupo de casos o personas con atributos similares) y a “ficare” (hacer). Por ello clasificar puede considerarse como sinónimo de organizar según parámetros semejantes, disponer por clases u ordenar con método.

Estadificación es la descripción de la etapa o estadio del carcinoma referida a su extensión expresando en definitiva y en forma cuantitativa el crecimiento tumoral localmente y a distancia.

Uniformando criterios, en éste Relato, se utilizará en forma indistinta **estadio o etapa y clasificación o estadificación**, aceptando que ambos términos se basan en el tamaño de la lesión primaria, la extensión local y a distancia.

Este concepto es anatómico pero también dinámico, porque se sustenta en una progresión o crecimiento tumoral local (progresión parietal en el recto y en los ganglios) y a distancia (por vía hemática fundamentalmente) y a través del tiempo.

Otro criterio a destacar es la **gradación tumoral**. El grado estima el nivel de malignidad del carcinoma en base a la diferenciación histológica de las células tumorales y al número de mitosis dentro del tumor, como se explica más adelante.

¿POR QUÉ ESTADIFICAR? NECESIDAD Y VENTAJA

Conceptualmente **necesidad** podría considerar-

se como una motivación indispensable para realizar algo. **Ventaja** es como la necesidad de colocar adelante una situación.

Por ello se puede inferir que la estadificación de un carcinoma es necesaria y ventajosa porque prioriza el diagnóstico, marca pautas para el tratamiento y normatiza el seguimiento.

El examen físico, los estudios por imágenes, las pruebas de laboratorio, los informes de patología y de cirugía proporcionan la información que permite determinar la etapa evolutiva en que se encuentra el cáncer.

Históricamente el carcinoma colo-rectal era tratado primariamente con cirugía y el examen patológico de la pieza de resección ayudaba a delinear terapéuticas posteriores.

Esta conducta aún es válida pero, debido a los exámenes preoperatorios actualmente disponibles, hay cambios sustanciales en las tácticas que son útiles para definir distintos tratamientos.

En el carcinoma del recto hay varios hechos destacables:

- 1- La radioterapia preoperatoria de curso corto disminuye la recurrencia local, en especial en los tumores avanzados.¹
- 2- La neoadyuvancia induce a producir una subestadificación tumoral (“downstaging”) y una disminución del tamaño de la neoplasia (“downsizing”) que puede mejorar el control local y la sobrevida.²
- 3- La neoadyuvancia en lesiones avanzadas (T3/T4) puede facilitar la realización de procedimientos quirúrgicos con conservación esfinteriana y mejorar el control local con menor toxicidad.³

Estos conceptos reafirman la necesidad de obtener una **estadificación preoperatoria** de máxima exactitud, ya que con ella se posibilitará elegir la terapéutica más adecuada.

Por otra parte la evaluación preoperatoria que muestre una enfermedad metastásica extensa, con presunta expectativa de vida corta y/o con otras comorbilidades, indicará la necesidad de un tratamiento menos agresivo con el fin de lograr la mejor calidad de vida o evitar una prolongación precaria de la misma, como consecuencia de un ensañamiento terapéutico o distanancia.

Hay varios sistemas de estadificación para el carcinoma del recto, pero todos tienen en común:

- Explicitar el sitio del tumor primario.
- Referir el tamaño y/o el número de tumores.
- Evaluar la diseminación a los ganglios linfáticos y de la grasa perirrectal.
- Especificar el tipo de celularidad y gradación del tumor.
- Indicar la presencia o ausencia de metástasis.

Estos conceptos hacen que no haya perdido vigencia la definición de estadificación que diera Anderson hace cuatro décadas:⁴ **“la estadificación del cáncer es una descripción corta del carcinoma en un punto de su historia natural relevante para el tratamiento del paciente, para el pronóstico y para la comparación de los resultados finales”**.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kapiteijn E., Marijnen C., Nagtegaal I. y col. Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for resectable rectal cancer. *N Engl J Med* 2001;345:638-646.
2. Bosset JF., Calais G., Mineur L. y col. Enhanced tumoricidal effect of chemotherapy with preoperative radiotherapy for rectal cancer: preliminary results-EORTC 22921. *J Clin Oncol* 2005;23:5620-

- 5627.
3. Sauer R., Becker H., Hohenberger W. y col. Preoperative versus postoperative chemoradiotherapy for rectal cancer. *N Engl J Med* 2004; 351:1371-1740.
4. Anderson WAD. Stage classification and end results reporting for carcinoma of the colon and rectum. *Cancer* 1974;34 :909-911.

IMPORTANCIA DE LA ESTADIFICACIÓN

Las implicancias prácticas de ésta evaluación consisten en:

- Ayudar al equipo médico a planear un tratamiento apropiado.
- La etapa o estadio puede usarse para establecer pautas pronósticas.
- Es importante para identificar los estudios clínicos que puedan ser los más adecuados para un paciente en particular.
- Permitir al equipo médico y a los investigadores compartir informaciones sobre los pacientes.
- Facilitar un lenguaje común para evaluar los resultados de los estudios clínicos y comparar los resultados de estudios diferentes.
- Brindar una información comprensible y adecuada al paciente y a sus familiares.

Actualmente el equipo que trata un paciente con un carcinoma del recto es multidisciplinario y está integrado básicamente por: el cirujano, el oncólogo, el radiólogo, el radioterapeuta, el gastroenterólogo, el clínico y el nutricionista.

Esta diversidad profesional requiere un criterio unificador para obtener los mejores resultados para el enfermo y una estadificación adecuada cumple con ese requisito.

MÉTODOS DE ESTADIFICACIÓN

En la evaluación de un paciente con carcinoma del recto se deben considerar tres etapas:¹

1. Etapa clínica pre-tratamiento (cTNM).
2. Etapa patológica post-operatoria (pTNM).
3. Etapa de seguimiento y vigilancia post-tratamiento quirúrgico y no quirúrgico.

Etapa clínica pre-tratamiento. La evaluación preoperatoria tiene dos objetivos:

1. Determinar la aptitud del paciente para el tratamiento.
2. Estadificar el grado de diseminación local y a distancia del carcinoma.

Por ello, ésta etapa es fundamentalmente de diagnóstico y para decidir según los resultados, el tratamiento más adecuado. Se basa en la información obtenida antes de la cirugía de exéresis tumoral, por la historia clínica, por el examen físico, el examen radiológico del tórax, del abdomen, de la pelvis y el examen endoscópico (rectoscopia rígida y colonoscopia) con biopsia. La estadificación local es para evaluar la invasión transmural de la pared rectal, el compromiso del margen de resección circunferencial y la progresión metastásica ganglionar regional. La estadificación a distancia es para evaluar la enfermedad metastásica, principalmente en el hígado y en los pulmones, que son los órganos más frecuentes de diseminación.²

BIBLIOGRAFÍA

1. AJCC Cancer Staging Manual (American Joint Committee on Cancer) 7^o Edition, 2010, Springer.

2. Li WH., Cheung MT., Ho CN. Y col. Liver and Lung resection for colorectal met-astasis. *Surgical Practice* 2007; 11: 138-143.

La metodología disponible es:

- Examen semiológico y evaluación clínica.
- Exámenes de laboratorio.
- Exámenes endoscópicos y biopsias.
- Anatomía patológica post-tratamiento.
- Rx de tórax y/o TC torácica.
- TC abdominopelviana.
- Ecografía abdominal.
- Resonancia Magnética Nuclear de Alta Resolución.
- Ecografía endorrectal.
- ET y PET-TC.

Este estadio clínico se identifica anteponiendo una letra c minúscula a la sigla de la clasificación T.N.M., por ej.: cT3N1M0.

ETAPA ANÁTOMO-PATOLÓGICA

Suma a la anterior información adicional obtenida por el examen microscópico del tumor resecado quirúrgicamente y biopsias de órganos o regiones alejados con propagación tumoral. Ambas etapas pueden coincidir o no. Esto último ocurre cuando en la cirugía se encuentra un área con compromiso tumoral no diagnosticado en los estudios por imágenes. Esta situación implica una etapa patológica más avanzada y con ello la necesidad de re-estadificación.

Como los criterios de estadificación son diferentes, los estadios pueden no corresponderse plenamente. Aunque se presupone mayor exactitud con la evaluación anátomo-patológica, porque la misma se hace directamente sobre el tumor y su diseminación local, la estadificación clínica es fundamental, sobre todo cuando el tratamiento no es quirúrgico. Si no hay exéresis, obviamente no hay evaluación patológica completa. También cuando la cirugía es precedida por otros tratamientos como quimioterapia y/o radioterapia, el tumor se modifica y así puede subestimarse el verdadero estadio.

El examen patológico de un tejido puede ser problemático por dos razones:

- 1° Visualización inadecuada.
- 2° Muestra aleatoria.

Una visualización correcta o adecuada, significa la posibilidad de identificar una célula cancerosa entremezclada con células normales en un portaobjeto. La

no visualización significaría un diagnóstico erróneo y por ende, podría indicarse un tratamiento inapropiado.

La elección aleatoria de una muestra ganglionar para su evaluación histológica sin detectar presencia de invasión neoplásica es una causa de subestadificación y en consecuencia podría conducir a un tratamiento inadecuado.

Este estadio anátomo-patológico se identifica anteponiendo una letra p minúscula a la clasificación T.N.M., por ej.: pT2No.

En la 7ª Edición del TNM (2009) se unificaron la etapa clínica o pre-tratamiento (cTNM) con la etapa post-tratamiento (pTNM).

Si la estadificación se hace post terapia neoadyuvante se identificará con una letra y (yTNM).

Si se hace post-autopsia se hará anteponiendo la letra a (aTNM).

ETAPA DE SEGUIMIENTO

Se detalla en otra sección de éste Relato, pero debe anticiparse que los objetivos del seguimiento postoperatorio en el cáncer del recto también implican en algún momento una estadificación. Los fundamentos son:

1. Evaluación del tratamiento inicial.
2. Detección de carcinomas metacrónicos.
3. Detección de recurrencias locales o de progresión metastásica a distancia.

RESUMEN Y CONCEPTOS DESTACABLES

1. Estadificar es evaluar el grado de desarrollo tumoral al momento del diagnóstico pre o post-tratamiento.
2. Los objetivos básicos de la estadificación son obtener la mayor precisión diagnóstica, posibilitar diseñar pautas adecuadas para el tratamiento y normatizar el seguimiento.
3. La estadificación facilita la comunicación entre colegas, y permite brindar una información comprensible y adecuada al paciente y a sus familiares.
4. La estadificación permite el desarrollo y evaluación de trabajos prospectivos.
5. Los diversos métodos de estadificación son habitualmente complementarios.