

CAPÍTULO 13

Encuesta nacional a cirujanos y a anátomo-patólogos

Las encuestas que se realizaron para éste Relato, tienen como principal objetivo observacional la evaluación de los criterios de estadificación del carcinoma del recto en nuestro medio. El cuestionario realizado fue de respuestas cerradas cuyos resultados son más fáciles de cuantificar y de carácter más uniforme.

Sin embargo hay, sesgos vinculados fundamentalmente a la posibilidad de contar con equipos y/o personal entrenado, no siempre disponibles, generalmente en centros periféricos.

Fueron encuestados cirujanos y anátomo-patólogos de nuestro país.

1) ES UD. CIRUJANO:

■ General con orientación Gastroenterológica ■ Coloproctólogo



* Resultados basados en una encuesta a 263 cirujanos

4) ¿QUÉ CANTIDAD DE PACIENTES CON CÁNCER DEL RECTO OPERA ANUALMENTE?



* Resultados basados en una encuesta a 263 cirujanos

2) TRABAJA EN UN CENTRO ASISTENCIAL:

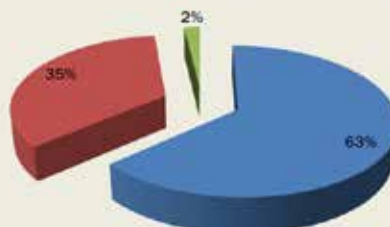
■ Hospitalario ■ Sanatorial ■ Ambos



* Resultados basados en una encuesta a 263 cirujanos

5) DESDE EL PUNTO DE VISTA ANATOMOQUIRÚRGICO: ¿CÓMO DIVIDE AL RECTO?

■ Recto Superior, Medio e Inferior ■ Recto Superior y Recto Inferior ■ NS/NC



* Resultados basados en una encuesta a 263 cirujanos

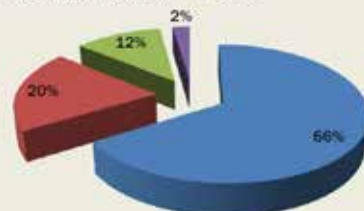
3) RESIDE EN CAPITAL FEDERAL O EN UNA PROVINCIA?



* Resultados basados en una encuesta a 263 cirujanos

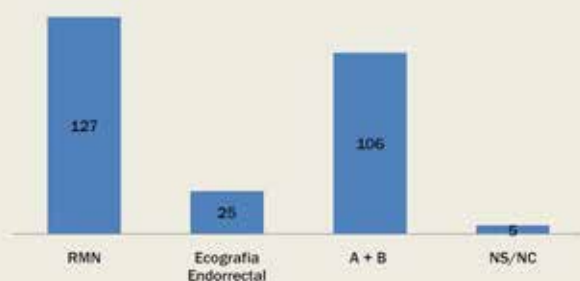
6) ¿CUÁL ES LA IMPORTANCIA DE ESTADIFICAR UN TUMOR RECTAL?

■ Indicar cirugía primaria ■ Definir la incidencia de metástasis
■ Indicar la localización del tumor ■ NS/NC



* Resultados basados en una encuesta a 263 cirujanos

7) PARA DEFINIR LA ESTADIFICACIÓN DE UN PACIENTE CON CARCINOMA DEL RECTO INFERIOR, ADEMÁS DEL TACTO RECTAL, LA TC Y LA VCC. ¿QUÉ SOLICITA?



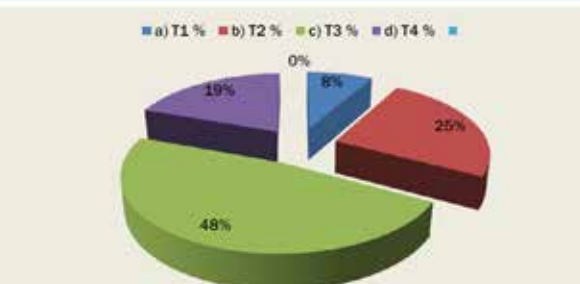
* Resultados basados en una encuesta a 263 cirujanos

8) ¿QUÉ CLASIFICACIÓN ANATOMOPATOLÓGICA PREFIERE?



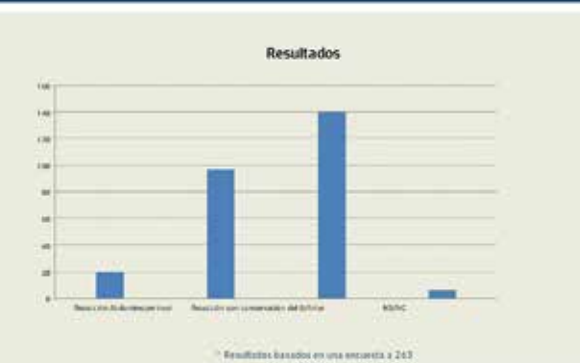
* Resultados basados en una encuesta a 263 cirujanos

9) EN QUÉ PORCENTAJE RECIBE A LOS ENFERMOS CON CÁNCER DEL RECTO DE ACUERDO AL ESTADÍO?



* Resultados basados en una encuesta a 263 cirujanos. Esta pregunta presentó 219 respuestas

10) EN UN PACIENTE CON CARCINOMA DE RECTO BAJO EN ESTADÍO IIIA QUE LUEGO DE LA NEOADYUVANCIA MUESTRA UNA REMISIÓN COMPLETA DEL CARCINOMA: ¿QUÉ CONDUCTA PREFIERE?



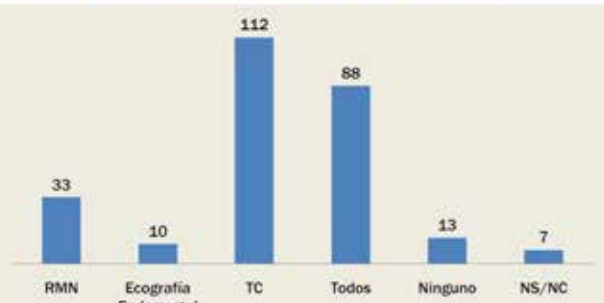
* Resultados basados en una encuesta a 263 cirujanos

11) ¿CÓMO REESTADIFICA UN CARCINOMA DE RECTO BAJO POST-NEOADYUVANCIA?



* Resultados basados en una encuesta a 263 cirujanos

12) ¿QUÉ EQUIPOS TIENE USTED EN SU INSTITUCIÓN, PARA USO HABITUAL?



* Resultados basados en una encuesta a 263 cirujanos

13) UTILIZA LA TOMOGRAFÍA CON EMISIÓN DE POSITRONES (PET SCAN):



* Resultados basados en una encuesta a 263 cirujanos

RESULTADOS

- Un tercio de los encuestados es Especialista en Coloproctología.
- La mayoría (75%) se desempeña en un centro hospitalario.
- Dos tercios (66%) se desempeña en un ámbito provincial.
- La mitad (52%) opera menos de 10 cánceres del recto por año y solo un 15% opera más de 20.
- La mayoría (63%) divide al recto en superior, medio e inferior y el resto lo hace en recto sup.

e inf.

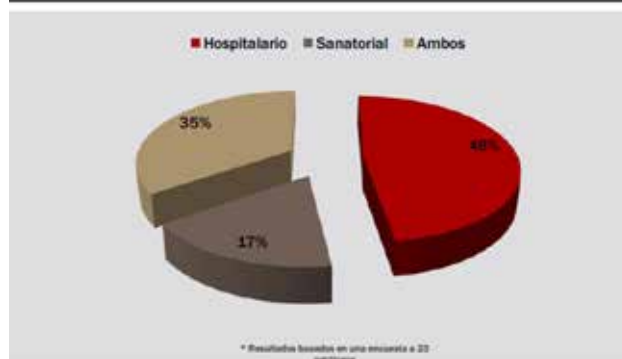
- La mayoría (63%) considera que conocer la estadificación incide mayormente en la definición de la conducta primaria a seguir.
- El 95% usa para estadificar la RMN sola o asociada a la Eco endorrectal.
- La mayoría prefiere el TNM, en algunos casos asociada al Dukes.
- El 67% de los tumores son avanzados. Solo un 8% son T1.
- Cuando se obtiene remisión clínica completa sólo el 36% de los encuestados hace watch and wait. La mayoría prefiere cirugía, si es posible con conservación del esfínter.
- La mayoría de los encuestados reestadifica post-neoadyuvancia con tacto rectal, endoscopia y RMN. Sólo el 2% utiliza sistemáticamente la biopsia.
- El 45% cuenta con RMN y solo el 3% con Ecografía endorrectal. La mayoría cuenta con TC.
- La amplia mayoría de los encuestados utiliza el Pet-Scan en el postoperatorio ante la sospecha de recurrencia local o a distancia.

COMENTARIOS DEL RELATOR

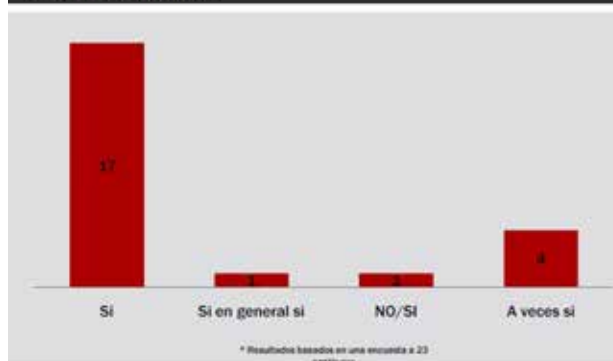
- Hay pocos centros en nuestro país que concentran por año una casuística quirúrgica elevada de carcinomas del recto. Y ello se deduce porque sólo el 15% de los encuestados refieren operar más de 20 casos por año.
- A pesar que la mayoría de los cirujanos mantiene la división del recto en tercios, ésta debería ser reemplazada por la división en recto superior en inferior, basado no en un criterio anatómico sino en uno embriológico y terapéutico. Se debe considerar que en la terapéutica actual la neoadyuvancia se aplica en tumores del recto extraperitoneal (inferior) y no en el recto superior.
- La importancia de la estadificación radica en determinar la conducta primaria, concepto compartidos por 2/3 de los encuestados.
- Aunque la clasificación TNM no es completa (dado que no contempla factores pronósticos reconocidos como el compromiso del margen circunferencial, los depósitos tumorales la invasión venosa extramural, etc.) su utilización es universal. Sin embargo debería discutirse en un consenso multinacional la incorporación de esos criterios con el objetivo de mejorar la estadificación.
- Como la mayoría de los carcinomas son avanzados y la terapéutica actual incluye para ellos la neoadyuvancia, es fundamental la mayor precisión diagnóstica en la estadificación pre-tratamiento. Ello posibilitará una remisión clínica completa o facilitará la cirugía con conservación esfinteriana.
- Es llamativo que a pesar que sólo el 45% de los encuestados tiene para su uso habitual RMN, el 95% la usa para estadificar el carcinoma. Ello implica un reconocimiento a la exactitud diagnóstica de la RMN y presupone un sistema de salud que facilita la realización de un procedimiento oneroso y con pocos equipos disponibles.
- La RMN y la ecografía endo-rectal son métodos complementarios. Sin embargo, la ecografía es mejor para estadificar los carcinomas T1 y T2 y la RMN lo es para los T3 y T4. El uso de estas metodologías se reafirma en el hecho que el 50% de los encuestados utilizan RMN y un 40% ambos sistemas de imágenes.
- Sorprende que el 10% de los encuestados utilicen solo la clasificación de Dukes y casi el 30% la clasificación de Dukes y TNM asociadas. Pero confrontando ambas encuestas se puede deducir que las respuestas de los cirujanos se asocian a la de los patólogos (un 21% usan sólo la clasificación de Dukes)
- A pesar que en nuestro país, al igual que en el resto de Latinoamérica, la conducta del "Watch and wait" es apoyada por un número creciente de especialistas (36% en la encuesta) todavía la mayoría prefiere la cirugía radical con conservación esfinteriana, luego de la remisión clínica completa. Esta conducta puede correlacionarse con la falta de un método diagnóstico absolutamente confiable que permita descartar tumor residual.
- El valor del Pet-Scan para la mayoría de los encuestados está en la caracterización de la recurrencia local o a distancia. El fundamento debe vincularse a la falta de necesidad de un uso rutinario en la práctica asistencial como método de estadificación primaria por su costo elevado, por la poca disponibilidad y porque hay métodos de imágenes equivalentes de alta sensibilidad y especificidad.
- El precio promedio en nuestro medio (valor pre-paga) por un Pet-corporal total es de \$5000 y la dosis utilizable de FDG es \$1500, mientras que una RMN de alta resolución cuesta entre \$2500 y \$3000, y la dosis de gadolinio tiene un valor de \$300.

ENCUESTA NACIONAL A ANÁTOMO-PATÓLOGOS

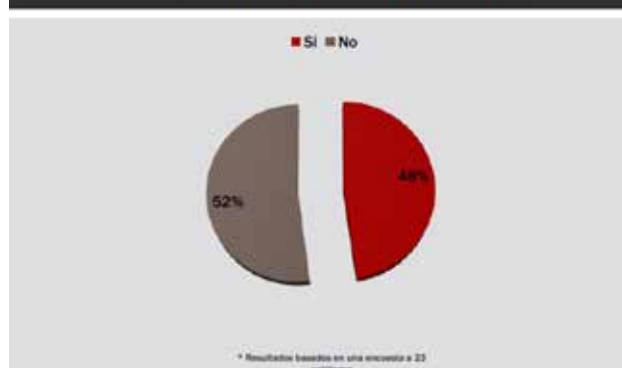
1) TRABAJA EN UN CENTRO ASISTENCIAL:



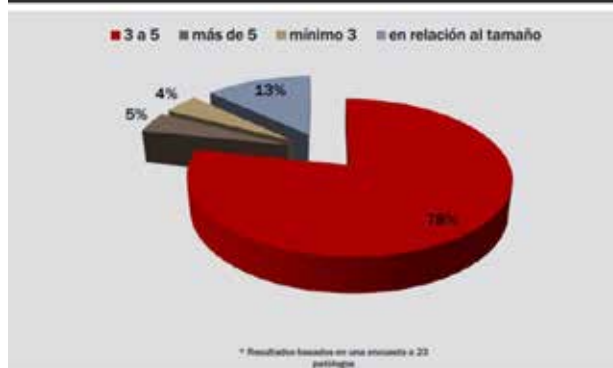
4) CUANDO LE REMITEN LA PIEZA DE UN CARCINOMA COLO-RECTAL, RECIBE ANILLOS DISTAL Y PROXIMAL POR SEPARADO?



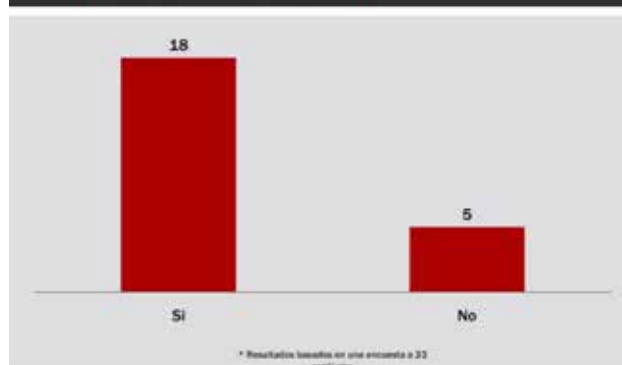
2) INTEGRA UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN EL TRATAMIENTO DE CARCINOMA COLORECTAL?



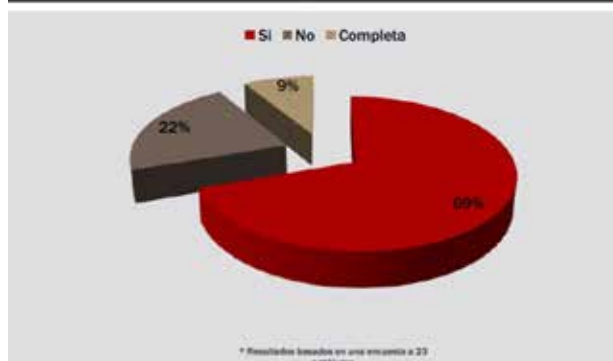
5) CUANTOS TACOS DEL TUMOR PRIMARIO REALIZA?



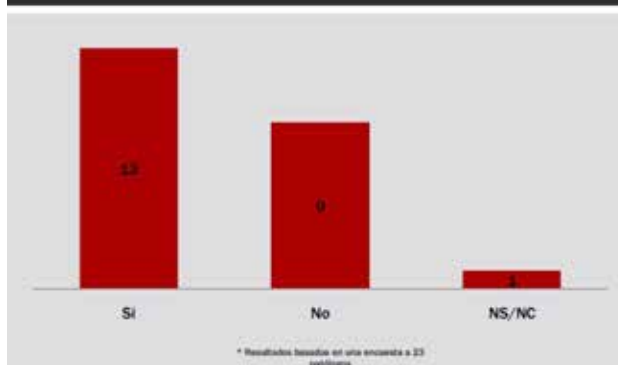
3) PARA EL CASO DE CARCINOMAS QUE RECIBEN NEOADYUVANCIA: SOLICITA DATOS TALES COMO: TAMAÑO TUMORAL Y LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN PREVIA AL TRATAMIENTO?



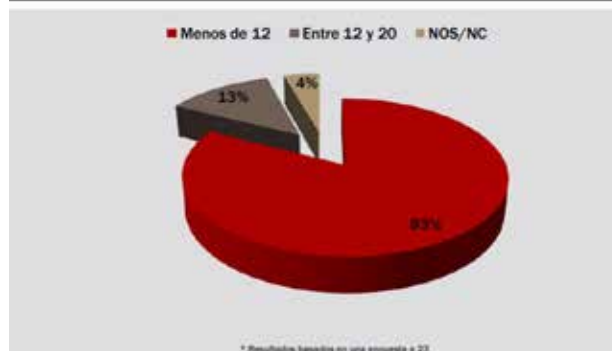
6) EVALÚA LA CALIDAD DE ESCISIÓN TOTAL DEL MESO-RECTO (COMPLETA, CASI COMPLETA, INCOMPLETA)?



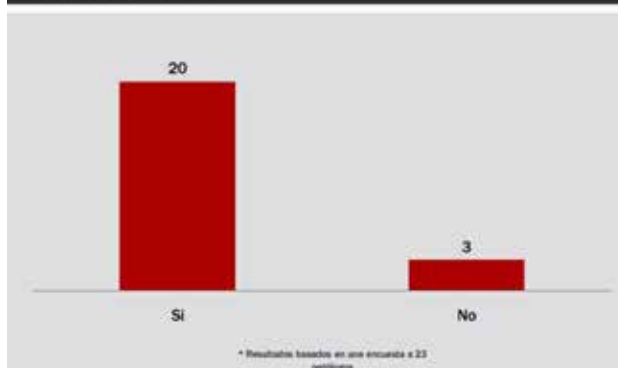
7) CONSIDERA A LA GRASA PERI-RECTAL UN VERDADERO MESO-RECTO?



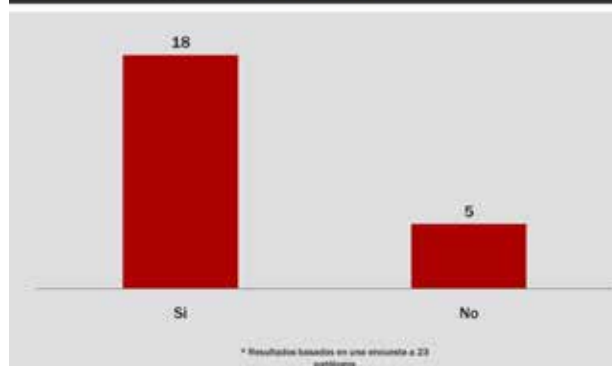
11) QUE RELEVAMIENTO NUMÉRICO HACE DE GANGLIOS PERIRECTALES EN UN CARCINOMA CON NEOADYUVANCIA?



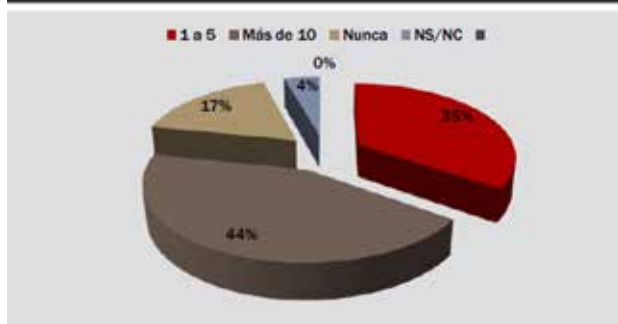
8) DURANTE EL PROCESAMIENTO MACROSCÓPICO TIÑE CON TINTA CHINA EL MESO-RECTO ANTES DE CORTAR LA PIEZA?



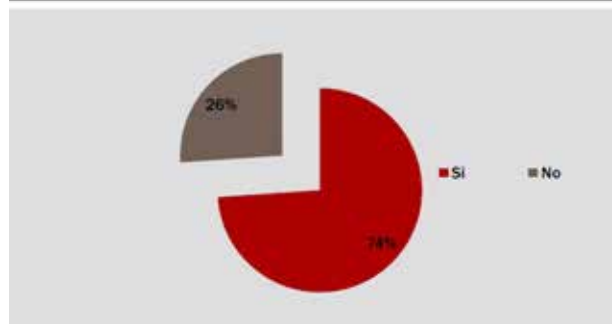
12) SI NO OBTIENE UN NÚMERO DE 12 GANGLIOS, VUELVE A EVALUAR LA PIEZA?



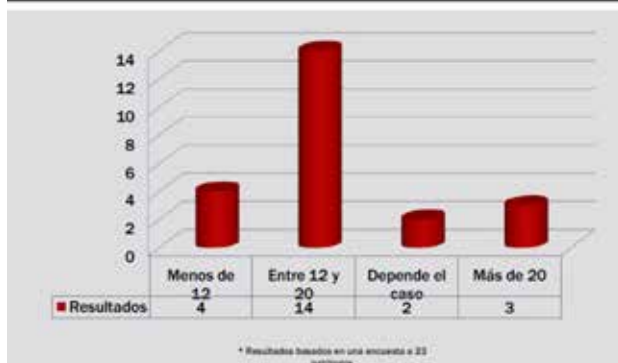
9) QUE PORCENTAJE DE EXÁMENES ESPECIALES (ACLARAMIENTO DE LA GRASA) REALIZA APROXIMADAMENTE POR AÑO?



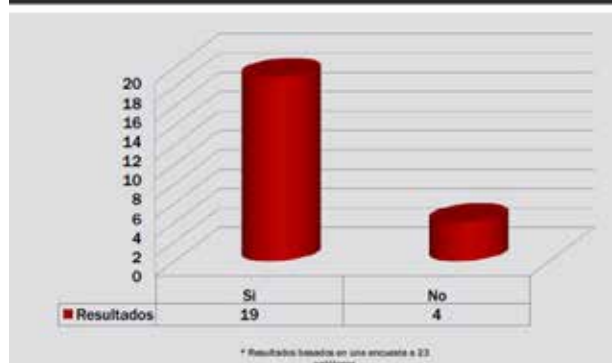
13) SI REALIZA EVALUACIÓN DE LA PIEZA Y NO RECLUTA MÁS GANGLIOS, LO INFORMA POR ESCRITO?

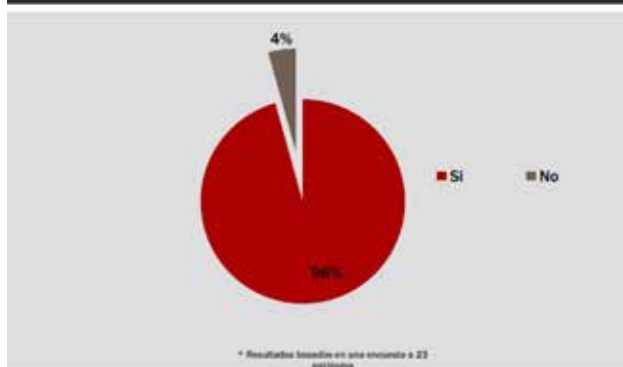
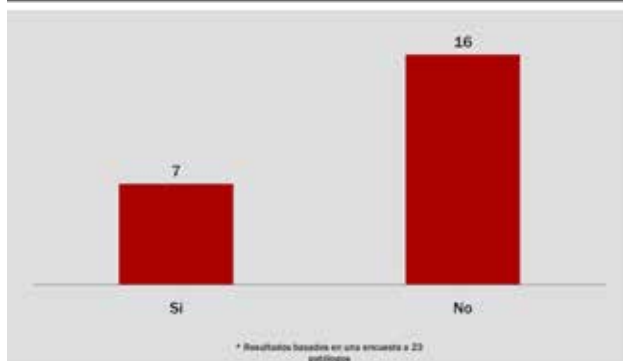
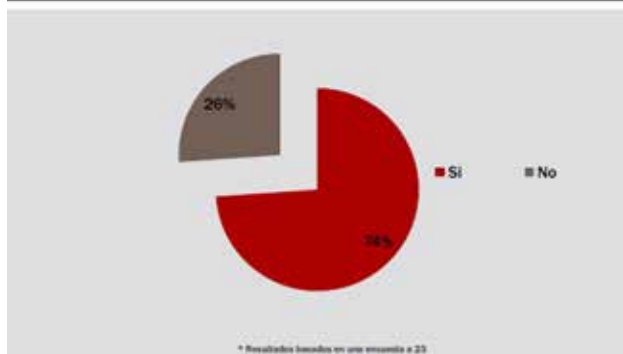
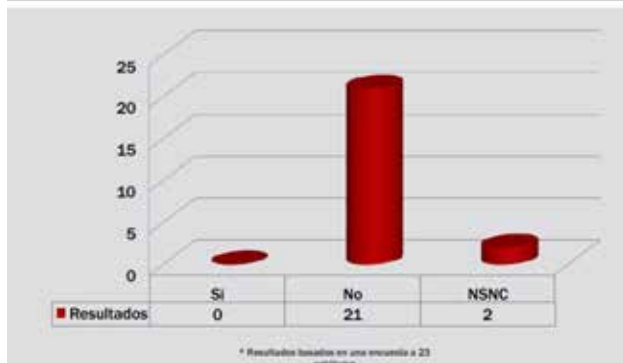
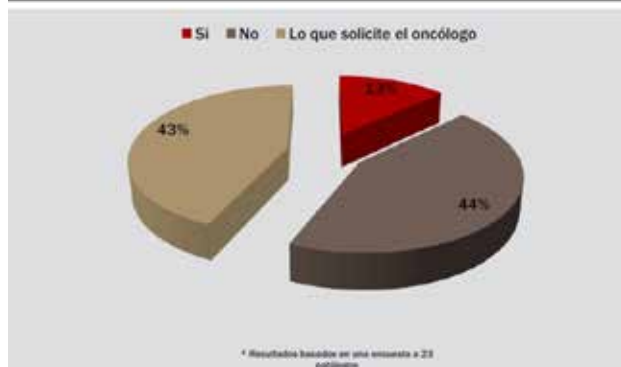
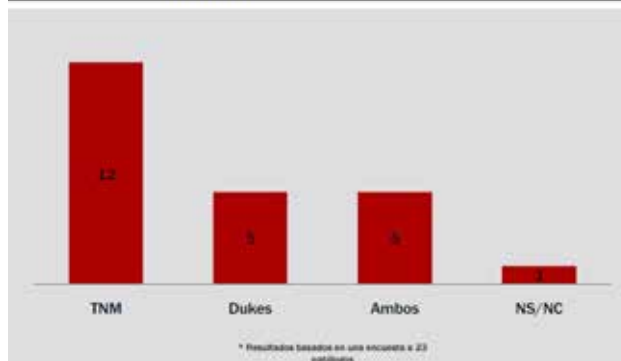
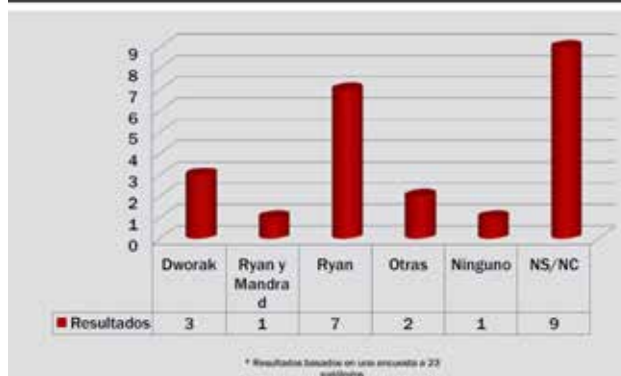


10) QUE RELEVAMIENTO NUMÉRICO HACE DE GANGLIOS PERI-RECTALES EN UN CARCINOMA NO IRRADIADO?



14) SI LOS GANGLIOS LINFÁTICOS, SON MACROSCÓPICAMENTE NEGATIVOS, LOS INCLUYE EN SU TOTALIDAD?



15) REPORTA LAS MICROMETÁSTASIS?**16) CONSIGNA LAS LESIONES SATÉLITES (DEPÓSITOS TUMORALES)?****17) EVALÚA Y DESCRIBE LOS CRITERIOS SUGESTIVOS DE INESTABILIDAD MICROSATELITAL?****18) REALIZA DETERMINACIÓN DE IHQ PARA ENZIMAS REPARADORAS DE ADN?****19) DETERMINA ANÁLISIS MUTACIONALES DE K-RAS?****20) QUE CLASIFICACIONES USA HABITUALMENTE?****21) PARA LA ESTADIFICACIÓN POST-NEOADYUVANCIA, ¿QUÉ CLASIFICACIÓN USA?****RESULTADOS**

- Se realizó una encuesta nacional a patólogos para evaluar la calidad del procesamiento de la pieza de resección quirúrgica del carcinoma colo-rectal.
- El 48% de los profesionales consultados se desempeña en un centro hospitalario y en su mayoría no integran un equipo multidisciplinario para el manejo de esta patología.
- Para el caso de las piezas que reciben neoadyuvancia la mayoría solicita datos tales como loca-

lización y tamaño tumoral. Y también recibe la pieza correctamente reparada con anillos distal y proximal por separado.

- Casi el 80% obtiene de 3 a 5 tacos de la lesión primaria y un 69% evalúa la calidad de la escisión total del meso-recto consignándolo en el informe escrito además de teñirlo con tinta china antes de cortar la pieza.
- Un 39% de los encuestados considera a la grasa peri-rectal un verdadero meso-recto.
- Con respecto al relevamiento numérico de ganglios peri-rectales, la mayoría estudia entre 12 y 20 ganglios para carcinoma no irradiados y menos de 12 si el paciente recibió neoadyuvancia.
- Si bien el aclaramiento de la grasa permite un reclutamiento mayor del número de ganglios, hasta un 20% de los patólogos no utiliza esta técnica aunque la mayoría reevalúa la pieza si no obtiene un mínimo de 12 ganglios, informándolo por escrito.
- La mayoría incluye totalmente los ganglios macroscópicamente negativos y un 96% reporta las micrometástasis.
- Con respecto a los depósitos tumorales, la gran mayoría no los informa.
- Tres de cada cuatro profesionales evalúan y describen los criterios de inestabilidad microsatelital.
- En lo referente a los análisis de biología molecular, sólo se realiza K-RAS en caso de ser solicitado por el oncólogo.
- La clasificación utilizada por la mayoría es el TNM y casi la mitad no utiliza ninguna clasificación postneoadyuvancia.

COMENTARIOS DEL RELATOR

- La mayoría de los patólogos encuestados al desempeñarse en un medio hospitalario con residencia, tienen a su cargo la responsabilidad de transmitir a los residentes, los criterios académicos sustentados por protocolos internacionales.
- Sin embargo, es un déficit no integrar un equipo de tratamiento multimodal, como actualmente se preconiza. Esto dificulta la comunicación y podría

disminuir la calidad prestacional.

- Por otra parte, el acuerdo entre cirujanos y patólogos en lo que respecta a factores técnicos (existencia de protocolo pre-establecido) hace que el envío de las piezas de resección sea en forma adecuada, lo que facilita y mejora la evaluación anatómo-patológica.
- Debido a la confusión semántica en un tercio de los encuestados, respecto a la denominación de grasa peri-rectal como "meso-recto", surge la dificultad en la comprensión del informe escrito.
- Con respecto al reclutamiento ganglionar, la mayoría evalúa un mínimo de 12, lo que condice con las pautas internacionales. También la mayoría insiste en que para mejorar el diagnóstico deben reevaluarse las piezas e incluir por completo los ganglios macroscópicamente negativos.
- Con respecto al uso del aclaramiento de la grasa, a pesar de ser considerada una metodología difícil y onerosa, debería insistirse en su empleo, no sólo en trabajos de investigación sino también en casos especiales con pacientes tratados con neoadyuvancia, ya que en ellos el reclutamiento ganglionar es dificultoso.
- La falta de información de la presencia de depósitos tumorales, podría vincularse a una falta de especificación en los protocolos o a la escasez de trabajos prospectivos que demuestran su utilidad.
- También sería de buena práctica el empleo protocolizado de técnicas de biología molecular, implementadas directamente por el patólogo. Ello además de brindar mayor exactitud diagnóstica, acortaría los tiempos y reduciría los gastos.
- La clasificación TNM es de uso universal, elección compartida por los cirujanos. Sin embargo, la clasificación de Dukes sigue vigente, aunque en general asociada a la TNM. Sin embargo, el consenso no es total, ya que el 21% usa solamente la clasificación de Dukes, a pesar de las limitaciones histopatológicas descriptivas que ella tiene.
- Finalmente, con respecto a la estadificación postneoadyuvancia, más de la mitad de los encuestados no usa alguna de las vigentes, siendo ello un inconveniente, que debería subsanarse, para el mejor seguimiento oncológico.