

Ecografía 360, aporte en los tumores de recto

Julio Baistrocchi, Leandro Correa, Alejandro Delgado
Unidad Digestiva Baistrocchi. Córdoba, Argentina.

Nuestra unidad realiza ecografías endorrectales (ECO) con transductor de 360° desde el año 2003 y con el correr del tiempo las indicaciones de la misma en los tumores de recto han ido en franco descenso. Los avances y beneficios de la resonancia magnética nuclear (RMN) evolucionaron más rápido que los de la ECO, si bien la mejora en los equipos de ultrasonido es evidente (en la frecuencia, sustracción de imágenes y reconstrucción 3D), para los tumores de recto no han logrado aún una imagen que nos permita observar con claridad “the holy plane of rectal surgery” como si nos muestra la RMN. Si bien para evaluar el tamaño (T) del tumor, su relación con la pared del recto, su sensibilidad y especificidad continúan por encima del 85 %, la misma disminuye para evaluar el compromiso ganglionar o “N” y tampoco brinda la posibilidad de la visión multicompartimental.

La gran disparidad de los resultados obtenidos en estudios multicéntricos para la sensibilidad y especificidad de la ECO, reproducen en ocasiones la experiencia de especialistas en diagnóstico por imágenes y no de especialistas en cirugía colorrectal. Este dato no es menor si se toma en cuenta la naturaleza “operador-dependiente” de estas prácticas a la hora de planificar un abordaje quirúrgico. Por estas razones es importante evitar polarizar el uso de métodos diagnósticos sino complementarlos en vista de optimizar la indicación del tratamiento, dado el gran espectro de alternativas terapéuticas que han surgido en las últimas décadas para la patología rectal neoplásica.

La ECO es precisa para la estadificación locorregional y ha demostrado que tiene una tasa favorable de detección en comparación con otras modalidades para lesiones tempranas. Los resultados dependen de la experiencia del operador y del volumen de casos realizados en el centro, lo que lleva a resultados del mundo real que pueden no coincidir con los reportados en la literatura. Por ello, la selección de la modalidad de estadificación debe individualizarse de acuerdo con el contexto clínico, y el uso de ecografía debe complementarse con el uso de otras modalidades, como la tomografía para la evaluación de la enfermedad sistémica y la RMN para la evaluación local, sin embargo, los recientes avances en la tecnología de resonancia magnética la convierten en la opción inicial de preferencia.

Julio Baistrocchi

juliobaistrocchi@msn.com

Recibido: abril de 2020. Aceptado: mayo de 2020

Con frecuencia se reciben pedidos de evaluación de la respuesta los tumores luego de la neoadyuvancia, en orden de definir si la respuesta fue completa o no. En la mayoría de los casos la visión es muy dificultosa, aunque cuando la respuesta fuera clínica completa. Se observa en una “reconstrucción” del recto, que las capas de la pared vuelven a tener continuidad.

El grupo de Arias evaluó la utilidad de la ecografía tridimensional como predictor de la respuesta clínica y patológica a los pacientes que realizaron neoadyuvancia. Ellos propusieron una clasificación de acuerdo a la respuesta ecográfica según el tamaño de reducción de la masa tumoral dividida 5 grados como se expone a continuación:

Grado 1: respuesta ecográfica completa: reducción total de la masa tumoral (anatomía normal).

Grado 2: respuesta ecográfica casi completa: reducción de la masa tumoral > de un 80 %.

Grado 3: respuesta ecográfica moderada: reducción de la masa tumoral entre 50 y 80 %.

Grado 4: respuesta ecográfica leve: reducción de la masa tumoral entre el 20 y 50 %.

Grado 5: respuesta ecográfica nula: reducción por debajo del 20 %.

Sin embargo, en la bibliografía, encontramos que incluso la combinación de la integridad mucosa, el ultrasonido, y la RMN tienen una pobre correlación con los hallazgos patológicos postoperatorios (sensibilidad del 25 % y especificidad del 93,9 %). Por lo tanto, una estrategia de watch and wait basada solo en estos métodos no pareciera todavía ser apropiada.

En nuestra práctica cotidiana continúa siendo habitual la estadificación de tumores de recto medio e inferior, y próximos al canal anal buscando establecer la existencia o no de invasión del complejo esfinteriano. Cuando los tumores se localizan muy cercanos a la línea pectínea, la ECO tiene muy buena definición para determinar si hay invasión del esfínter anal.

Regadas et al. resaltan el valor de la medición de la distancia entre el borde inferior del tumor y el extremo proximal del esfínter anal interno que posibilita la ecografía 3D y sus implicancias en la terapéutica quirúrgica. Con esta metodología sería posible identificar en la evaluación posneoadyuvancia, un margen de 2 cm o más, y permitiría planificar cirugías no amputativas o bien el tipo de resección parcial del esfínter.

Otra situación frecuente es el diagnóstico del de pólipo cáncer, ya sea porque se reseco una lesión cuya anatomía patológica confirmó malignidad (para buscar “si quedó algo”) o previo a la resección de una lesión vellosa, para establecer la ausencia de invasión. Si bien la primera situación es muy compleja de analizar dada la dificultad de identificar lesión residual sobre el tejido cicatrizal, el segundo caso es el más beneficiado dado las mejores tasas de valores predictivos positivos y negativos para la invasión neoplásica submucosa y muscular. En particular si

consideramos la sobre-estadificación de adenomas como lesiones T1 que la RMN ha demostrado.

En síntesis, aunque la ECO 360° no ha evolucionado al ritmo de la resonancia, sigue siendo sumamente útil para la estadificación del T, la evaluación del esfínter, definir tamaño del tumor y su distancia al borde anal. Es una herramienta más en los algoritmos de manejo del cáncer de recto ya sea para su evaluación inicial, previo a su tratamiento, o incluso su seguimiento.

REFERENCIAS

1. Oien K, Forsmo Hm, Rösler C, Nylund K, Waage Je, Pfeffer F. Ecografía endorrectal y resonancia magnética para la estadificación de cánceres rectales tempranos: ¿qué tan bien funciona en la práctica? *Acta Oncol* 2019;58 (Supp 1):S49-54.
2. Kuran S, Ozin Y, Nessar G, Turhan N, Sasmaz N. ¿Siguen siendo útiles la Ecografía endorrectal para estadificar el cáncer rectal? *Eur Rev Med Pharmacol SCI* 2014;18: 2857-62.
3. Nuernber D, Saftoiu A, Barreiros AP, Burmester E, Ivan ET, Clevert DA, et al. EFSUMB recommendations for gastrointestinal ultrasound Part 3: Endorectal, endoanal and perineal ultrasound. *Ultrasound Int Open* 2019;5:E34-E51.
4. Oberoi AS, Bhuta MS. Ha cambiado el papel de EUS en la estadificación del cáncer rectal en la última década? *Artículo De Revisión*. 2018;7:366-70. ¿Universidad De Texas Md Anderson Cancer Center Houston, Houston, Texas, EE. UU.
5. Hequera J. Relato anual. Estadificación por imágenes. *Rev Argent Coloproct* 2014; 25:93-194.