

RESUMEN Y CONCLUSIONES

- La estadificación de un carcinoma del recto es prioritaria porque condiciona el tratamiento, facilita la intercomunicación entre médicos y pacientes y posibilita la realización de trabajos científicos.
- La estadificación post-tratamiento evalúa los resultados y condiciona el mantenimiento o cambios en la terapéutica.
- La denominación de la grasa peri-rectal como meso-recto es de uso
- costumbrista pero distinta a la realidad anatómica.
- La división de un segmento superior y uno inferior se fundamenta en la embriología (orígenes endo y ectodérmicos) en la mejor respuesta radioquimioterápica de los carcinomas bajos y que el tacto rectal posibilita la estadificación entre el 40 y 80% de los casos.
- Los principales inconvenientes de la clasificación de Dukes son que no estadifica el compromiso peritoneal ni del meso-recto.
- La clasificación actual generalizada es la T.N.M., pero a pesar de ser un sistema dinámico que se actualiza periódicamente, sus limitaciones son que se renueva sobre ítems fijos y no incorpora la respuesta a los tratamientos.
- La evaluación anátomo-patológica requiere de un protocolo pre-establecido con pautas a consignar en la cirugía y en el informe de patología. Esta metodología aún no se ha impuesto.
- El cumplimiento de un protocolo anátomo-patológico, al permitir una recolección completa de datos, posibilita pautas pronósticas con mayor certeza
- La mejor calidad diagnóstica anátomo-patológica puede vincularse al grado de capacidad e interés del patólogo.
- La evaluación microscópica de la indemnidad de la grasa peri-rectal en la RTM es el aval de una cirugía oncológicamente correcta.
- Un protocolo anátomo-patológico poco detallado es una limitante que desfavorece la calidad presuntiva.
- A pesar que la mayoría de los patólogos emplea la clasificación TNM, un elevado porcentaje sigue utilizando la clasificación de Dukes, sin justificarlo.
- La RMN es el método óptimo para el diagnóstico anatómico de la grasa peri-rectal y de la fascia peri-rectal.
- La precisión diagnóstica de la US es alta, para los estadios tempranos (T1 y T2) y mejor que la RMN.
- Para la estadificación ganglionar no hay diferencias entre la ecografía y la RMN excepto en la periferia de la grasa.
- La US tiene como desventaja no visualizar el meso-recto ni la fascia rectal por estar fuera del rango del transductor.
- La RMN posibilita obtener imágenes multiplanares, lo que permite caracterizar y determinar con alta precisión la extensión de las lesiones.
- Son limitaciones de la RMN el costo elevado y está contraindicada en los pacientes con marcapasos o clips quirúrgicos.
- La RMN tiene mayor eficiencia diagnóstica que otras imágenes, para la evaluación de los estadios T3 y T4.
- La TC tiene menor eficiencia diagnóstica que la RMN y la US para la estadificación local, por lo cual debería reservarse para evaluar la progresión a distancia.
- La Ecografía abdominal, la TC y la RMN son buenos métodos para la detección de metástasis hepáticas de diámetro mayor a 2 cm.
- La Ecografía hepática intraoperatoria tiene mejor resolución que la ecografía abdominal y por lo tanto visualiza lesiones más pequeñas.
- La frecuencia de nódulos pulmonares indeterminados es mayor que la frecuencia de metástasis de un carcinoma rectal.
- La presencia de metástasis pulmonares no contraindica un tratamiento primario de un carcinoma rectal.
- La utilización inicial de la TC torácica es controversial. En el perioperatorio sirve de base para comparar con otras imágenes en el seguimiento.
- La reestadificación post-neoadyuvancia sigue las mismas pautas que la estadificación primaria (examen físico, imágenes y laboratorio).
- Tiene limitaciones por los cambios histológicos producidos (necrosis, fibrosis y edema)
- El tiempo apropiado de re-estadificación es cuando los cambios inflamatorios son mínimos o no existen (alrededor de 12 semanas post-irradiación)
- El diagnóstico se mejora combinando imágenes estructurales (TC, RMN, US) e imágenes funcio-

nales (PET)

- La disminución de la estadificación (“downstaging”) es un marcador de la radiosensibilidad tumoral.
- Las principales indicaciones del PET en la estadificación inicial son los pacientes de alto riesgo o con síntomas sugestivos de metástasis no encontradas con otros métodos.
- El PET permite determinar el sitio de recurrencia (local o a distancia) y hacer el diagnóstico diferencial entre recurrencia y tejido cicatrizal.
- A pesar de la buena respuesta a la neoadyuvancia, la mayoría de los cirujanos en nuestro medio, continúan con un tratamiento quirúrgico posterior. Tal vez se deba a dificultades en aceptar cambios de conducta o porque no tengan certeza de la remisión completa.
- El diagnóstico del compromiso de la grasa perirectal permite según el grado de penetración, establecer un pronóstico de sobrevida.
- Hay varios factores de importancia pronóstica en el carcinoma del recto que no están incorporados en la estadificación T.N.M. (aunque se recomienda su recolección por la significancia clínica). Ellos son el CEA, los depósitos tumorales, el margen de resección circunferencial, la invasión perineural, el gen K-ras, el grado de regresión tumoral post-neoadyuvancia y la inestabilidad microsatelital.
- La invasión venosa extramural suele estar asociada al compromiso del margen circunferencial
- El compromiso del margen de resección circunferencial en un carcinoma del recto tiene alta probabilidad de recurrencia y un pobre pronóstico de sobrevida.