

ARTÍCULO BREVE

Estadificación del carcinoma de recto mediante resonancia magnética

Francisco José Crespo Villalba

Servicio de resonancia magnética de ERESA, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

Recibido el 23 de agosto de 2012; aceptado el 9 de octubre de 2012

Disponible en Internet el 13 de noviembre de 2012

PALABRAS CLAVE

Recto;
Carcinoma;
Estadificación;
Fascia mesorrectal;
Infiltración;
Ganglio linfático;
Tratamiento
adyuvante;
Resección

KEYWORDS

Rectum;
Carcinoma;
Staging;
Mesorectal fascia;
Infiltration;
Lymph node;
Adjuvant treatment;
Resection

Resumen El objetivo de este artículo es describir los aspectos anatómicos y patológicos de interés para la estadificación del carcinoma de recto, y mostrar un protocolo de estudio adecuado para situar la masa tumoral y valorar su grado de infiltración mediante resonancia magnética, teniendo como referencia la clasificación TNM para el cáncer colorrectal. El empleo de secuencias de alta resolución ponderadas en T2 es óptimo para tal propósito, ya que ofrecen un adecuado contraste entre las diferentes capas del recto y entre estas y el mesorrecto. La resonancia magnética resulta más adecuada que otras técnicas –ecografía, tomografía computarizada– para la valoración de las regiones y estructuras periféricas del recto, afectadas a menudo por la infiltración.

© 2012 ACTEDI. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Rectal cancer staging using magnetic resonance imaging

Abstract The aim of this article is to describe the anatomical and pathological aspects of interest in staging carcinoma of the rectum, and to demonstrate a suitable method of study to locate the tumour mass and to evaluate its infiltration grade, taking the TNM classification for colorectal cancer as a reference. The use of high resolution T2-weighted sequences is ideal for this purpose, since they offer an appropriate contrast between the different rectal layers and between them and the mesorectum. Magnetic resonance is more appropriate than other techniques –echography, computed tomography– to evaluate the outlying areas and structures of the rectum, often affected by infiltration.

© 2012 ACTEDI. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Correo electrónico: fcrespo@eres.com

Introducción

El cáncer colorrectal es una neoplasia que presenta un alto índice de morbilidad y mortalidad entre la población occidental, suponiendo en España el segundo cáncer más frecuente tanto en hombres como en mujeres y el más frecuente en el conjunto de ambos sexos. Cerca de un 30% de estos tumores tiene su origen en el recto¹. La imagen por resonancia magnética (RM) es de gran importancia para la evaluación del tumor primario y su grado de infiltración en las diferentes capas de la pared rectal, la grasa mesorrectal y las vísceras adyacentes, así como para evaluar el margen circunferencial para la cirugía y la posterior reestadificación. Facilita además la identificación de otros fenómenos patológicos, como una posible afectación linfática o una invasión de los vasos venosos mesorrectales y extramurales. El tacto rectal, la ecografía endorrectal, la tomografía computarizada (TC), la anatomía patológica y la TC por emisión de positrones (TC-PET) son junto con la RM técnicas complementarias para la detección, estadificación local y a distancia, y reestadificación posquirúrgica del carcinoma de recto. En el presente artículo se exponen algunos aspectos anatómicos y patológicos y un protocolo de estudio para la estadificación mediante RM.

Anatomía de interés

El recto se prolonga entre 12 y 15 cm desde la unión recto-sigmoidea hasta el margen anal y se divide en 3 porciones (tercios) de aproximadamente 5 cm de longitud cada una: son los tercios superior, medio e inferior. Para poder situar con precisión el tumor y proceder a su análisis y tratamiento, es indispensable la observación de esta división anatómica.

La pared rectal queda conformada por 4 capas contiguas de tejido de diferente naturaleza. La más interna de estas capas recibe el nombre de mucosa y limita directamente con la luz del recto. Superpuestas sucesivamente a esta se encuentran las capas submucosa, muscular y serosa, siendo esta última la más externa. Es importante señalar que la capa serosa no se diferencia de la muscular por RM (fig. 1), siendo así que se obvia su particularidad y se considera parte de la capa muscular. Así, consideramos la muscular como la capa externa, siendo esta la estructura que entra en contacto con la grasa mesorrectal, un paquete graso que envuelve al recto en toda su extensión y que, a su vez, queda envuelto por una vaina de tejido conectivo: la fascia mesorrectal (fig. 1). Contenidos dentro de la fascia y distribuyéndose entre la grasa, existen ganglios linfáticos y vasos sanguíneos susceptibles de ser afectados. La fascia mesorrectal se funde por delante con el vestigio genitourinario, formando la fascia de Denonvillier en los hombres y el septo rectovaginal en las mujeres; por detrás se relaciona con la fascia parietal presacra o fascia de Waldeyer^{1,2}. El peritoneo se inserta en el recto en la región considerada como límite superior de este, en su área de transición con el sigma

Las capas del recto se aprecian en RM con diferente intensidad de señal. En las secuencias de imagen ponderadas en T2, la mucosa y la muscular aparecen hipointensas, la submucosa hiperintensa. La grasa mesorrectal se

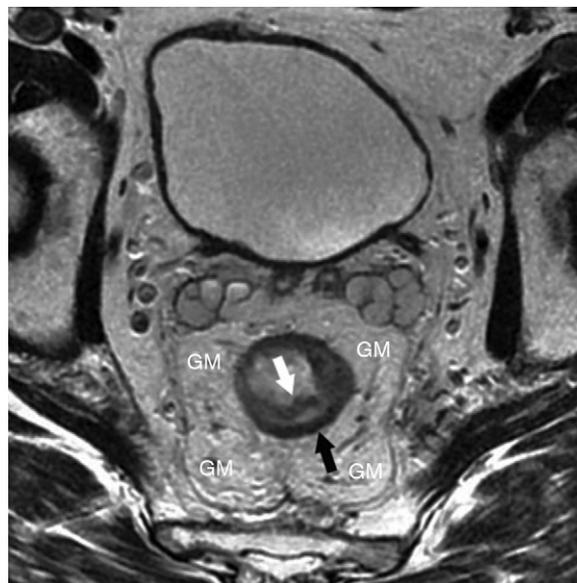


Figura 1 Corte axial donde se observan las capas mucosa (flecha blanca), submucosa (señal propia hiperintensa) y muscular (flecha negra). Alrededor del recto se encuentra la grasa mesorrectal (GM) y, envolviendo esta grasa, la fascia mesorrectal, visible como una línea hipointensa que rodea todo el paquete graso.

muestra hiperintensa y contrasta claramente con la muscular, facilitando en gran medida la observación de una posible infiltración mesorrectal.

Estadificación del tumor según la clasificación TNM

El carcinoma de recto se origina en la capa mucosa, tendiendo a infiltrar progresivamente hacia las capas más profundas y pudiendo atravesar, en un estadio avanzado, la grasa y la fascia mesorrectal e invadir otras vísceras pélvicas y vasos sanguíneos. Estadificar el carcinoma de recto supone clasificar el tumor según su localización y grado de infiltración, y de su precisión dependerá el tipo de tratamiento o cirugía que se aplicará al paciente. La clasificación recomendada para realizar la estadificación es la TNM (tumor, adenopatía, metástasis), publicada y revisada periódicamente por la International Union Against Cancer y el American Joint Committee on Cancer. Ha de notarse que la evaluación de M (metástasis) no se realiza mediante RM (tabla 1).

Localización del tumor

Según el nivel en que se encuentre el extremo distal del tumor desde el margen anal, este se considera de tercio inferior (hasta 5 cm desde el margen anal), de tercio medio (entre 5,1 y 10 cm) o de tercio superior (entre 10,1 y 15 cm). La localización de la reflexión peritoneal es imprescindible para poder situar el límite del tercio superior del recto.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2734152>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2734152>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)