



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## O-264 - FIABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA POSNEOADYUVANCIA EN EL MANEJO DEL CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO

Correa Bonito, Alba<sup>1</sup>; Cerdán Santacruz, Carlos<sup>2</sup>; Blanco Terés, Lara<sup>2</sup>; Delgado Búrdalo, Livia<sup>2</sup>; Bermejo Marcos, Elena<sup>2</sup>; Rodríguez Sánchez, Ana<sup>2</sup>; García Septiem, Javier<sup>2</sup>; Martín Pérez, Elena<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Virgen del Puerto, Plasencia; <sup>2</sup>Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Analizar la precisión diagnóstica de la resonancia magnética (RM) posneoadyuvancia en pacientes intervenidos por cáncer rectal localmente avanzado tras neoadyuvancia, y valorar la contribución de esta herramienta en el manejo de estos pacientes.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidos en nuestro centro por cáncer de recto localmente avanzado tras neoadyuvancia. Periodo de estudio del 1 de enero 2014 al 31 de diciembre 2020. Las variables analizadas fueron: la estadificación radiológica y el grado de afectación del margen circunferencial basal y tras la neoadyuvancia, la altura del tumor respecto al margen anal y el diagnóstico anatomopatológico posquirúrgico. Se ha realizado un estudio de sensibilidad, especificidad y fiabilidad diagnóstica para la T y la N tras neoadyuvancia.

**Resultados:** 115 pacientes fueron intervenidos mediante cirugía radical de cáncer de recto tras radioterapia neoadyuvante, de los cuales al 89,6% (N = 103) se les realizó RM de reestadificación (RM-r), obteniendo los siguientes resultados en cuanto a la fiabilidad diagnóstica: pT2: (N = 19), con una sensibilidad (S) del 57,9%, una especificidad (E) del 66,7% y una fiabilidad diagnóstica (FD) del 65,05%. pT3: (N = 63), S 52,4%, E 75% y FD 61,17%. pN+: (N = 32), S 56,3% E 71,8% y FD 66,99%. La FD global de la RM-r es de 48,5%. De los 103 pacientes reevaluados, el 12,6% (N = 13) presentó una respuesta clínica completa (RCC), de los cuales, únicamente en 4 se confirmó la respuesta patológica completa (RPC); por otro lado, en los otros 7 pacientes con RPC, la RM-r sobreestadifica los hallazgos: S 36,4%, E 90,2%, FD 84,5%. Se realiza un estudio comparativo de las curvas ROC en los cuatro grupos (pT2, pT3, pN+ y RCC) obteniendo una mayor área bajo la curva para la identificación de adenopatías sospechosas. Analizamos la presencia del margen de resección circunferencial (MRC) afecto en la RM diagnóstica (RM-d) y en la RM-r, observando que de los 44 pacientes con MRC afecto en la RM-d (42,7%), 21 continúan presentando el MCR afectado en la RMN-r. Este dato no se ha traducido en un número mayor de pacientes con margen radial afecto (R1) en este grupo frente a aquellos en los que el MRC estaba libre en la RM-r (9,5% vs. 6,25% de R1; p > 0,05).

**Conclusiones:** Podemos concluir que la realización sistemática de una RM-r no parece aportar información complementaria en estadios intermedios (T2-T3) que influya en un cambio del manejo terapéutico. En los casos de sospecha de MRC afecto, a pesar de su limitada precisión, podría contribuir a una mejor planificación quirúrgica en algunos casos, aumentando el índice de resecciones R0. Del mismo modo, sería recomendable su realización en pacientes con tumores distales en que planteemos un tratamiento no

quirúrgico mediante protocolo de *watch and wait* para contribuir a seleccionar los pacientes con RCC. No obstante, dada su baja sensibilidad en nuestra serie, habría que estudiar complementar mediante PET-TAC o ecografía endorrectal la evaluación de la respuesta radiológica en estos casos.