



# Cirugía Española



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

## O-290 - ¿Existen diferencias en el estadiaje preoperatorio, TN y MRC, en el adenocarcinoma de recto avanzado entre la ecoendoscopia (EER) y la resonancia magnética nuclear (RMN)?

*Fernández Gómez-Cruzado, Laura; Prieto Calvo, Mikel; Marín Ortega, Héctor; Lamiquiz Vallejo, Alberto; Marquina Tobalina, Teresa; Sarriugarte Lasarte, Aingeru; García González, José María; Colina Alonso, Alberto*

*Hospital de Cruces, Barakaldo.*

### Resumen

**Introducción:** Teniendo en cuenta la importancia del estadiaje preoperatorio en el manejo óptimo de los adenocarcinomas rectales avanzados, consideramos vital determinar la técnica diagnóstica que mejores resultados aporta.

**Objetivos:** Conocer la mejor prueba diagnóstica entre la ecoendoscopia (EER) y la resonancia magnética nuclear (RMN), para el estadiaje preoperatorio local, TN y margen de resección circunferencial (MRC), de los adenocarcinomas rectales avanzados.

**Métodos:** Estudio prospectivo observacional unicéntrico sobre los adenocarcinomas rectales intervenidos en nuestro centro (01/01/2004-31/12/2015) con los siguientes criterios de inclusión y exclusión. Se describe la sensibilidad, especificidad, VPP y VPN para estadios avanzados (T3-T4 y/o N+). El MRC+ o afecto, descrito como distancia con fascia mesorectal  $\geq 2$  mm, se estudia sobre aquellos pacientes con N+ o T3.

Criterios de inclusión:	Criterios de exclusión:
Adenocarcinoma rectal	Cirugía urgente
Cirugía programada	Margen anal $< 15$ cm
0-15 cm de margen anal (colonoscopia)	Neoadyuvancia
Cualquier T, cualquier N y cualquier M	Técnicas quirúrgicas locales
Estadiaje local: EER y RMN	

**Resultados:** Se analizan 97 pacientes para TN, de los que el 70% son hombres con una edad media de  $68,4 \pm 11,7$  años. La altura media desde margen anal medida mediante endoscopia es de  $8,5 \pm 3,7$  cm. El MRC en la

EER, tiene un distancia media de  $10,3 \pm 11,4$  mm, de  $10,7 \pm 10,8$  mm en la RMN y de  $5,4 \pm 5,4$  mm en la AP.

N = 97	uT	rT	pT
T1-T2	48	44	41
T3-T4	49	53	56
N = 97	uN	rN	pN
N0	69	51	68
N1-N2	28	46	29

	EER (N = 48)	RMN (N = 50)	AP (N = 48/50)
MRC+	12	27	15/16
MRC-	36	23	33/34

	uT	rT	uN	rN	uMRC	rMRC
Sensibilidad	69,6%	75%	41,4%	72,4%	53,3%	75%
Especificidad	75,6%	73,2%	76,5%	63,2%	87,9%	65,9%
VPP	79,6%	79,2%	42,9%	45,7%	66,7%	44,4%
VPN	64,6%	68,2%	75,4%	84,3%	80,6%	87,9%

**Conclusiones:** En el estadiaje de la afectación ganglionar (N+) del adenocarcinoma rectal avanzado se observa una mayor sensibilidad, VPP y VPN mediante la RMN que mediante la EER, siendo su especificidad para la T avanzada similar por ambas técnicas. En cuanto a la afectación de MRC (? 2 mm), resulta más específica y con mayor VPP la EER y más sensible y con mayor VPN la RMN. Por todo ello, pese a que podría observarse una posible superioridad de la RMN, determinamos que la EER y la RMN son

técnicamente complementarias en el estadiaje local del adenocarcinoma rectal avanzado.