



O-257 - ESTADIFICACIÓN LOCORREGIONAL PREOPERATORIA DE LAS NEOPLASIAS DE RECTO: CORRELACIÓN DE LOS HALLAZGOS DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA CON EL ANÁLISIS HISTOPATOLÓGICO DE LA PIEZA QUIRÚRGICA

Segura, María Jesús; Alarcón, Marina; Lluna, Cristina; Lozoya, Roberto; Ruiz, María Dolores; Solana, Amparo; Alós, Rafael

Hospital de Sagunto, Puerto de Sagunto.

Resumen

Introducción: El cáncer rectal (CR) es una neoplasia frecuente y causa importante morbimortalidad en los países occidentales. Una correcta estadificación preoperatoria es esencial para determinar las estrategias de tratamiento óptimas y mejorar la supervivencia. El objetivo de este estudio es determinar la precisión diagnóstica en la estadificación del CR de la resonancia magnética (RM) cuando ésta es efectuada por un radiólogo “generalista”.

Métodos: Estudio retrospectivo sobre una muestra obtenida al azar de 50 enfermos intervenidos quirúrgicamente por CR entre 2010-2014. Se incluyeron pacientes sometidos o no a radioquimioterapia (RTQT) neoadyuvante y estadificados por RM. Aquellos enfermos en los que el comité multidisciplinar decidió la cirugía como primera opción se comparó la estadificación TN de la RM con el estudio anatomiopatológico de la pieza. En caso de que la decisión del comité fuera de neoadyuvancia antes de la cirugía se volvió a realizar en estos casos una nueva RM, comparando entonces esta estadificación TN con el análisis histopatológico. El equipo de cirujanos colorrectales poseía amplia experiencia y se había formado años antes en el proyecto Vikingo de la AEC. El radiólogo siempre era el mismo pero no estaba entrenado sólo en patología colorrectal puesto que interpretaba también el resto de sistemas orgánicos. Se determinó la sensibilidad (S), especificidad (E) y precisión diagnóstica (P) de la RM al compararla con el análisis histológico final.

Resultados: El estudio incluyó 50 pacientes, 13 mujeres (26%) y 37 hombres (74%), con una edad media al diagnóstico de 66,8 años ($\pm 11,8$ años). El 46% ($n = 23$) de los pacientes recibieron tratamiento neoadyuvante con RTQT. Los valores de S, E y P de la RM para la determinación de la invasión parietal (T) fueron: 41,82 y 72%, respectivamente, en el grupo sin RTQT preoperatoria. La máxima precisión se obtenía cuando se trataba de una afectación T1 o T4 (85 y 93%, respectivamente). En el grupo sometido a RTQT neoadyuvante la S, E y P fueron: 48, 82 y 74%, respectivamente. También aquí la máxima precisión se obtuvo en la afectación T1 o T4 (90 y 78%, respectivamente). La RM fue poco útil para detectar afectación ganglionar en cualquiera de los dos grupos, sin o con neoadyuvancia, con valores del 67 y 30%, respectivamente. Por otra parte, fue muy útil para determinar la afectación de la fascia mesorrectal en pacientes sin RTQT previa a la cirugía con una precisión del 92%, mientras que si el enfermo había sido irradiado la precisión bajaba al 68%.

Conclusiones: La RM, interpretada por un radiólogo “generalista”, es útil para establecer el grado de invasión parietal y la afectación de la fascia mesorrectal en el CR con una precisión diagnóstica similar a lo publicado en la literatura. Según nuestros resultados, a pesar de la administración de RTQT neoadyuvante, la RM sigue siendo igual de precisa para determinar la afectación parietal pero menos para establecer la infiltración de la fascia mesorrectal. Además, es poco precisa para la evaluación de la afectación ganglionar independientemente de que el paciente haya sido sometido o no a neoadyuvancia.