

## **Estadiaoje del Cáncer de Recto**

El pronóstico del cáncer de recto depende del compromiso local, ganglionar y de las metástasis a distancia. Se utiliza la clasificación TNM de manera similar al cáncer de colon. El cáncer de recto luce como una lesión hipoecoica que se ubica y altera la anatomía normal de la pared rectal. El ultrasonido endoscópico permite el estadiaoje T de este tipo de cáncer con una efectividad entre el 80-95% comparado con la tomografía computarizada (65-75%) y la resonancia magnética (75-85%). Una de las limitaciones del ultrasonido endoscópico es el infra estadiaoje de los tumores T3 porque no permite detectar la infiltración microscópica del tumor. Otros factores que influyen son la experiencia del operador y la ubicación, ya que los tumores que se encuentran en el recto bajo presentan mayor dificultad en el estadiaoje. El estadiaoje es mucho mejor en tumores T2, sin embargo se puede producir sobreestadiaoje en el caso de pacientes con inflamación. Otras limitaciones se encuentran en tumores circunferenciales y estenosantes que no permiten el paso del instrumento. La radioterapia preoperatoria dificulta la interpretación del estadio T porque aumenta la ecogenicidad de la pared rectal. La capacidad de este instrumento para determinar el compromiso ganglionar se ubica entre el 70 y 75% comparado con la tomografía (55-65%) y la resonancia magnética (60-70%). Los cambios ganglionares que sugieren infiltración tumoral incluyen la apariencia hipoecoica, bordes definidos, tamaño mayor a 1 centímetro. Los ganglios linfáticos mayores de 0.5 centímetros tienen el 50-70% de posibilidades de malignidad mientras que un ganglio menor a 4 mm tiene menos de 20% de posibilidad de malignidad. La punción con aguja fina no mejora el estadiaoje preoperatorio debido a que los ganglios muy pequeños generalmente no son visualizados por el ultrasonido endoscópico y pueden ser asiento de enfermedad metastasica.

### Estadíaje TNM del cáncer de Recto (AJCC)

<b>TX</b>	El tumor primario no puede ser abordado
<b>T0</b>	No se identifica tumor primario
<b>Tis</b>	Carcinoma in situ (tumor limitado a la mucosa)
<b>T1</b>	Compromiso de la submucosa sin penetración a la muscularis propia
<b>T2</b>	Invasión hasta, pero sin penetración a la muscularis propia
<b>T3</b>	Penetración a través de la muscularis propia hasta la subserosa (si está presente) o grasa peri cólica, pero no a la cavidad peritoneal u otros órganos
<b>T4</b>	Invasión a otros órganos o a la cavidad peritoneal libre
<b>NX</b>	Las metástasis ganglionares no pueden ser abordadas
<b>N0</b>	Sin metástasis ganglionar
<b>N1</b>	1-3 ganglios peri cólicos o peri rectales comprometidos
<b>N2</b>	4 o más ganglios peri cólicos o peri rectales comprometidos
<b>MX</b>	La presencia de metástasis no puede ser abordada
<b>M0</b>	Sin metástasis
<b>M1</b>	Con metástasis a distancia

Dr. Ivan David Rivas Rodriguez

Internista. Gastroenterólogo

Contacto: [www.gastromerida.com](http://www.gastromerida.com)