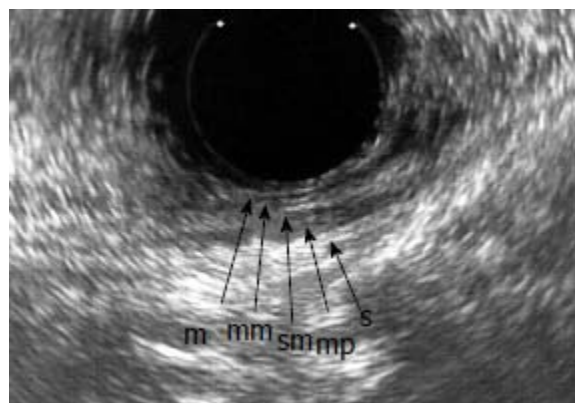


## Técnica Ultrasonido Rectal

Para realizar ultrasonido endoscópico rectal debe tenerse el recto limpio, debido a que las heces pueden distorsionar las imágenes obtenidas. Los enemas son generalmente suficientes para las lesiones que se encuentran a nivel de recto, sin embargo para lesiones más proximales es preferible utilizar la preparación completa para colonoscopia. El paciente se coloca en decúbito lateral izquierdo, sin embargo puede cambiarse de esa posición de ser necesario. Debería emplearse una sigmoidoscopia inmediatamente antes de comenzar el estudio ya que de esta manera nos aseguramos de que el área este totalmente libre de residuos. El procedimiento es bien tolerado por lo que puede hacerse sin sedación. Se puede utilizar tanto ecoendoscopios radiales como lineales (que permiten la toma de biopsias) y los miniprobos que permiten el empleo de frecuencias elevadas (12 MHz). Con un miniprobe a 12 MHz la penetración es de 2 cms. El uso del balón permite mejorar la acústica entre la superficie rectal y el instrumento. Se puede llenar el recto con agua especialmente para el estudio de lesiones pequeñas que pueden ser comprimidas por el balón, sin embargo debe tenerse precaución de no utilizar demasiada agua en especial en pacientes que se han preparado con enemas rectales ya que se pueden movilizar heces situadas a nivel de sigmoides y colon descendente. Las válvulas de Houston y la unión rectosigmoidea hacen imposible mantener una vista perpendicular de la lesión en todo momento con el instrumento radial por lo que es necesario reposicionar el aparato para de esta forma evitar el sobreestadiaje de la lesión. Después de visualizar le lesión el ecoendoscopio se coloca a nivel de la unión rectosigmoidea para buscar ganglios linfáticos sospechosos a nivel perirectal. El recto está constituido por 5 capas alternando hipoecogenicidad e hiperecogenicidad. La primera hiperecogenica corresponde a la interface que se forma entre la mucosa y el balón lleno de agua, la segunda es hipoecoica y representa la mucosa y la muscularis mucosa; la tercera es hiperecoica y representa la submucosa y sus interfases; la cuarta es hipoecoica y representa la muscularis propia y la quinta hiperecoica es la interface entre la serosa y la grasa peri rectal (ver figura).



Los carcinomas son hipoeoicos y el grado en el que comprometen las diferentes capas nos orienta en cuanto al estadiaje de cada lesión. El estadiaje de este tipo de tumores por ecoendoscopia se utiliza en base a la clasificación TNM colocándole el prefijo “u”. Por ejemplo una lesión uT1 no penetra la muscularis propia mientras que una lesión uT2 penetra la muscularis propia. Los criterios para sospechar que un ganglio sea maligno son un tamaño > 5 mm, márgenes irregulares y forma esférica. Sin embargo estos criterios tienen sus limitaciones por lo que en muchos casos debe realizarse punción con aguja fina para definir su malignidad.

Tomado de:

- How useful is rectal endosonography in the staging of rectal cancer? Taylan Kay, Yusuf Bayraktar. WJG 2010 Vol 16 (6):691-697.
- Endosonography. Robert Hawes. Paul Fockens 2006. Elsevier Inc.

Revisado por:

Dr. Ivan David Rivas R.

Internista. Gastroenterólogo.

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