

CONOCIENDO LA VARIEDAD DE LA PATOLOGÍA CIRCUNFERENCIAL DE RECTO.

Autores: LOPEZ BORDENAVE Macarena, FIORE Bruno, MARTIN Alberto Jesús,
VALDET DE CARLO Stefanía, SPEZIALE Lucia, BERICIARTUA Agustín

CIMED, La Plata, Argentina

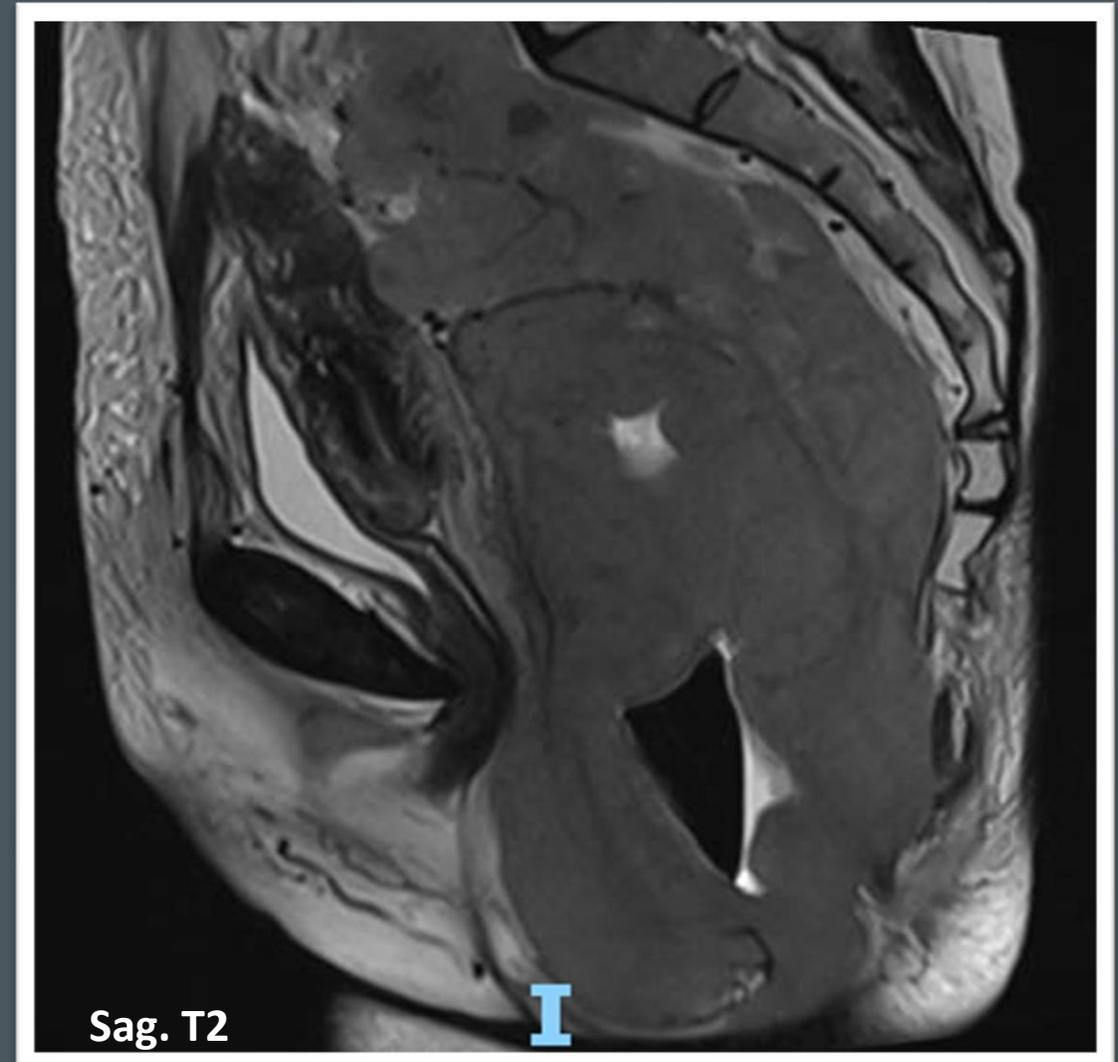
- Conocer las características imagenológicas de las lesiones circunferenciales de recto.
- Saber utilizar los diferentes métodos de imagen como complemento de la clínica para poder alcanzar un diagnóstico mas preciso.
- Reconocer las distintas patologías asociadas a las lesiones de recto.

Todos los casos presentados pertenecen a nuestra institución y fueron confirmados por anatomía histopatológica.

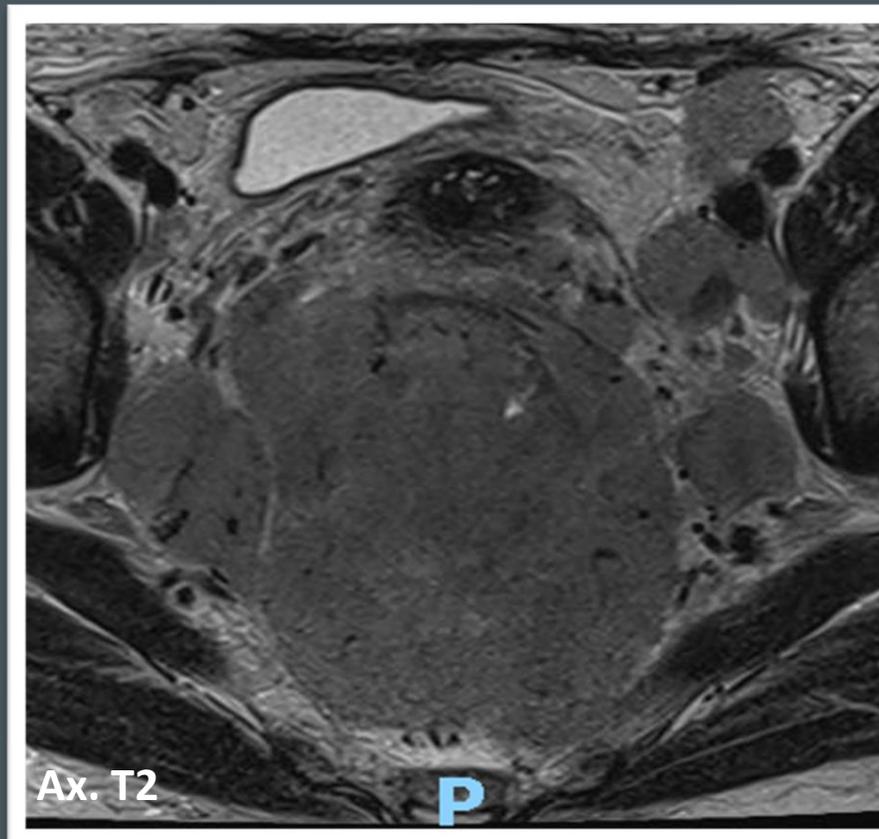
- La resonancia magnética es el método por imágenes de elección para la caracterización y seguimiento de lesiones de recto.
- Las lesiones circunferenciales se pueden clasificar en dos grupos:
 1. Lesiones tumorales: linfomas de recto, tumores del estroma gastrointestinal y adenocarcinomas, con sus subtipos inusuales como el adenocarcinoma mucinoso rectal.
 2. Lesiones no tumorales: proctitis tanto agudas como crónicas.

Los linfomas primarios de recto son tumores infrecuentes siendo el linfoma difuso de células B grandes el subtipo más común.

Los pacientes pueden presentar síntomas sugestivos de carcinoma de recto: pérdida de peso, rectorragia y cambios en el hábito evacuatorio.

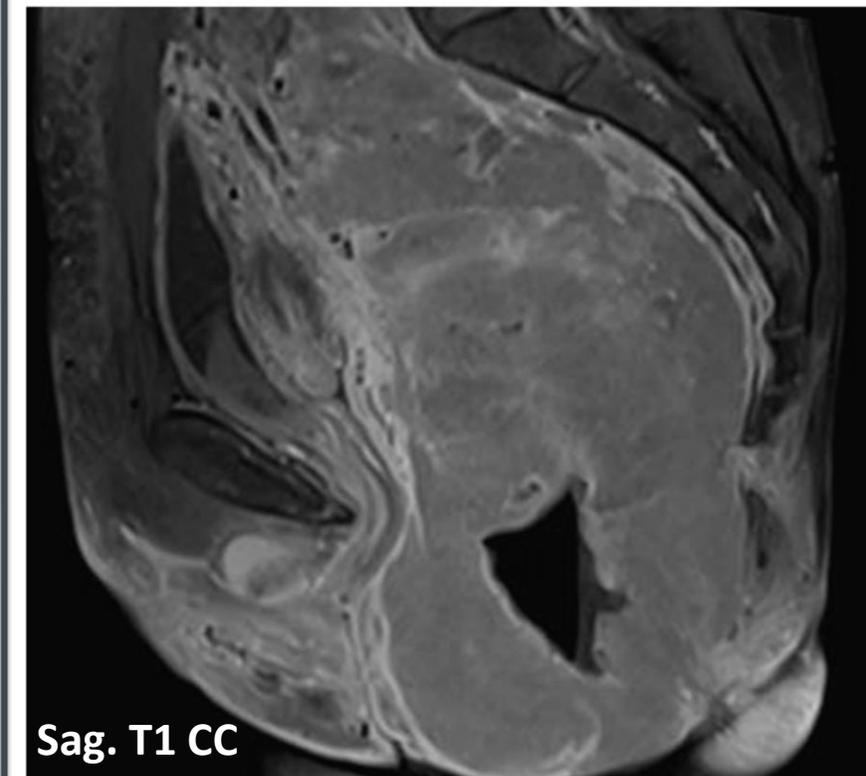
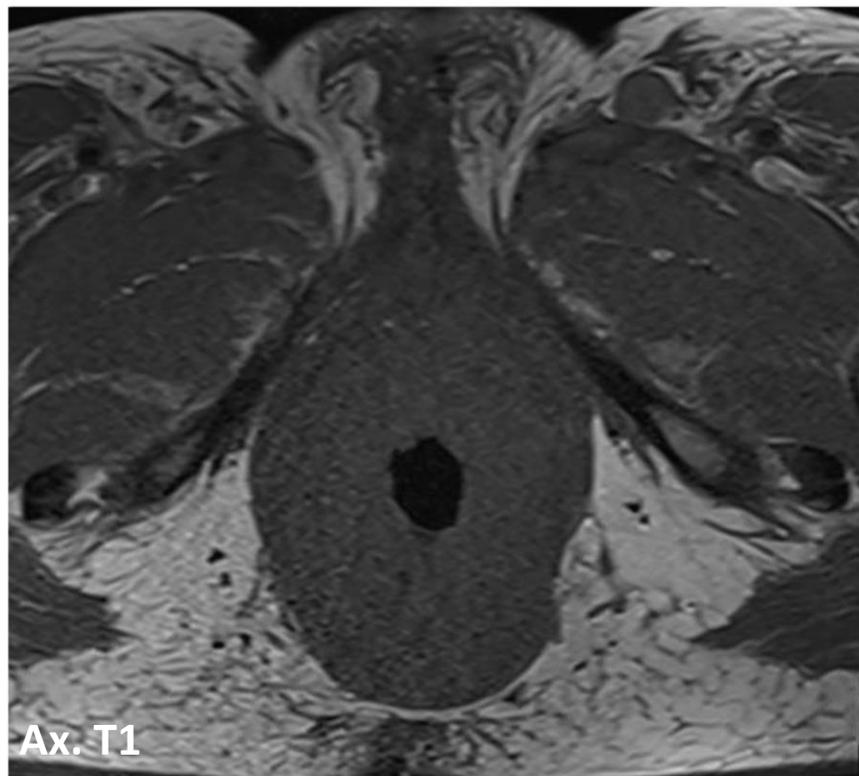


Los hallazgos típicos pueden presentarse como una gran masa homogénea bien definida con preservación de los planos grasos, o un marcado *engrosamiento mural concéntrico del recto*, con estenosis luminal pero *sin obstrucción*.



En resonancia se presentan como lesiones isointensas en T1 e hiperintensas en T2, con un leve realce tras la administración de contraste endovenoso.

El compromiso extramural incluye voluminosas adenomegalias en el área de drenaje linfático y engrosamiento del músculo elevador del ano adyacente.

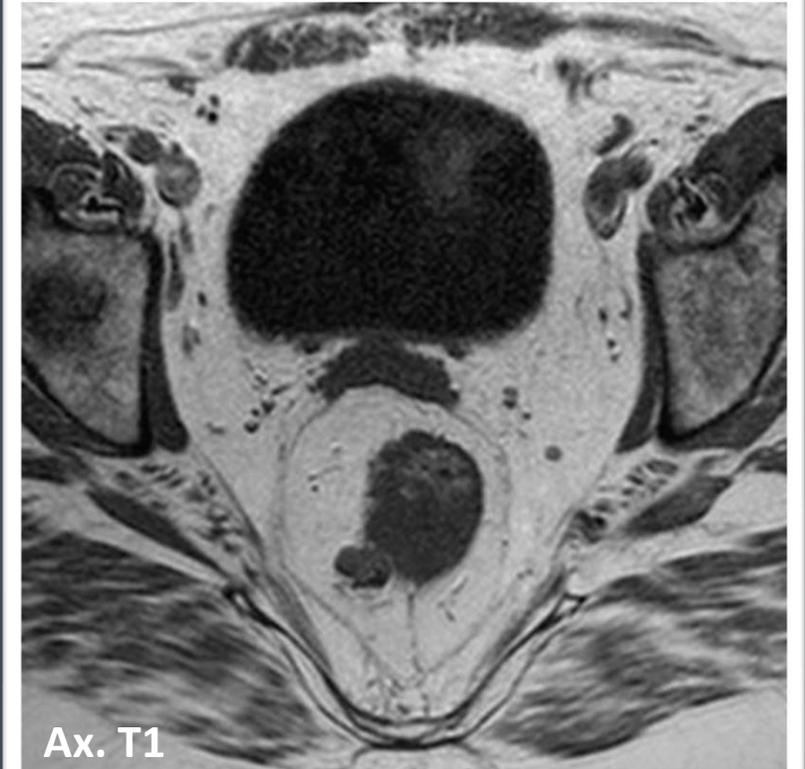


Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores mesenquimales más comunes y ocurren con mayor frecuencia en el estómago, seguido por el intestino delgado y la región recto-anal.



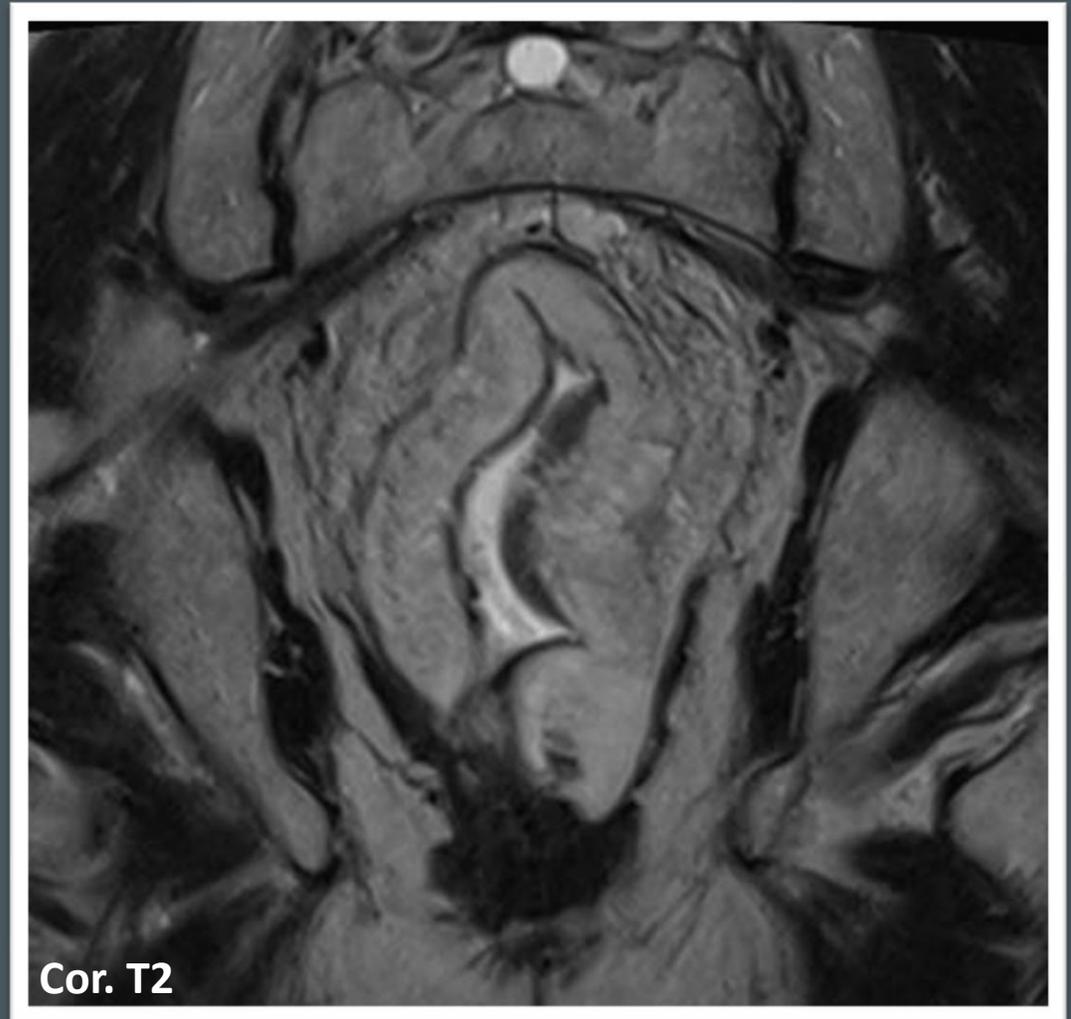
LESIONES TUMORALES: GIST

En resonancia se observan como una **masa focal bien circunscripta**, homogénea y de morfología esférica; hiperintensa en T2, de señal intermedia en T1 y con un patrón de realce homogéneo tras la administración de contraste.



El adenocarcinoma mucinoso es un subtipo histológico de carcinoma de recto que se caracteriza por una abundante producción de mucina extracelular.

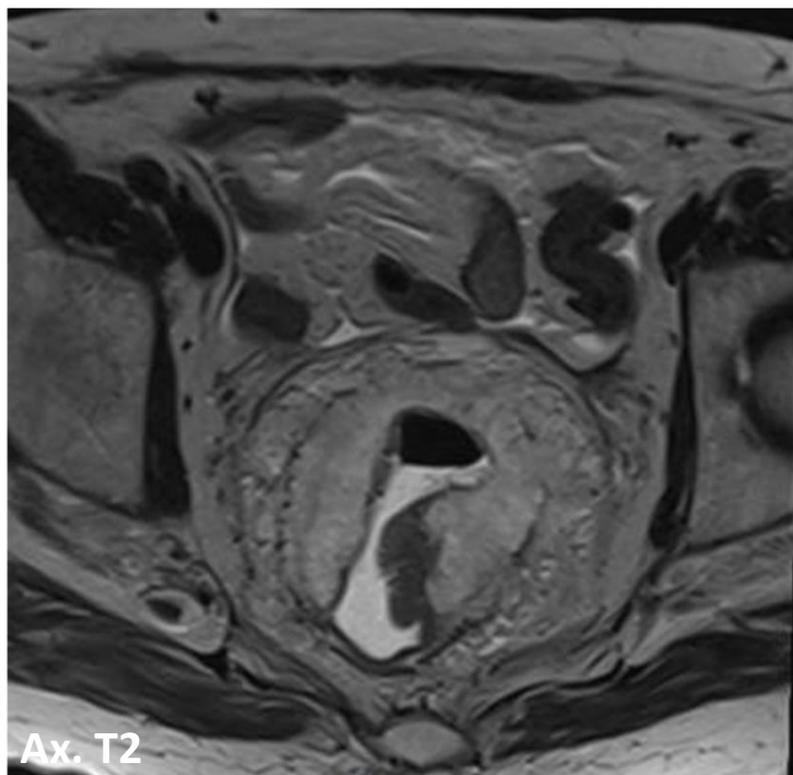
Tiende a diagnosticarse en etapas avanzadas, a metastatizar, tiene alta tasa de recurrencia local y mal pronóstico.



Cor. T2

LESIONES TUMORALES: A. mucinoso

En resonancia se observa hiperintenso en T2 debido a la presencia de mucina extracelular y realce heterogéneo tras la administración de contraste. Son frecuentes las calcificaciones intratumor.



La proctitis es la inflamación de la mucosa rectal que puede presentar sangrado, secreción rectal, tenesmo y dolor cólico.

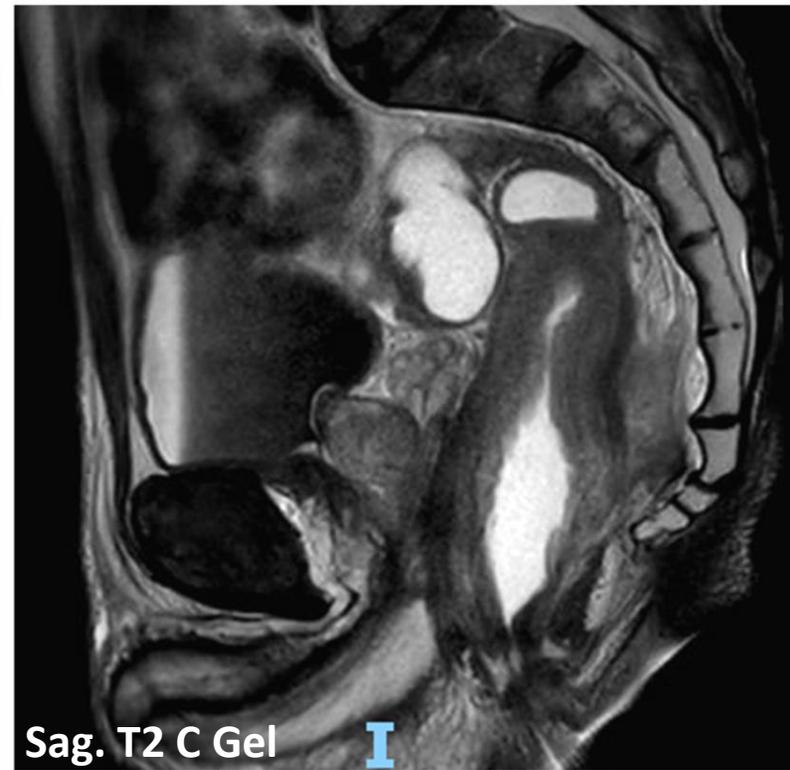
Puede ser causada por enfermedad inflamatoria intestinal, infecciones de transmisión sexual, transmitidas por alimentos, secundaria a tratamiento radioterápico y a la ingesta de antibióticos, entre otros.



Sag. T2

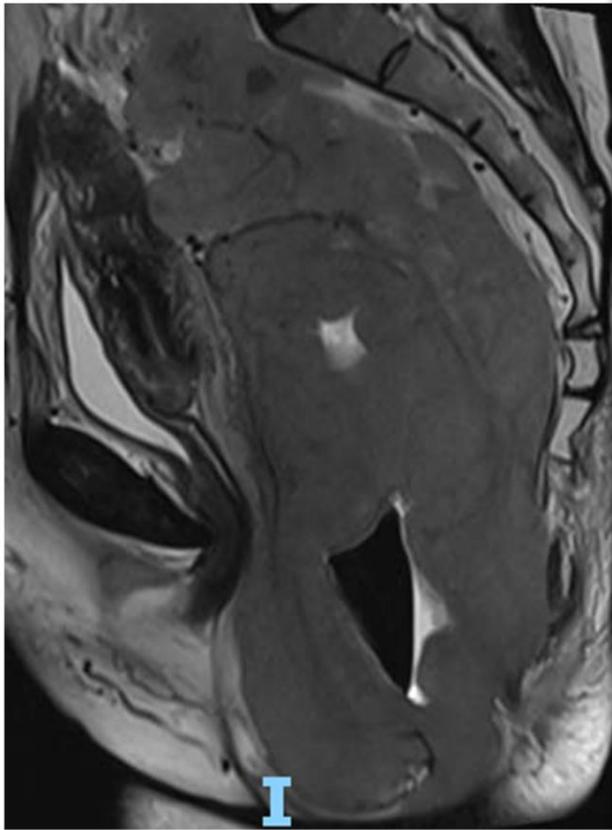
LESIONES NO TUMORALES: Proctitis

En resonancia muestra engrosamiento parietal y simétrico del recto, con presencia de edema submucoso, hiperintenso en T2 y con intenso realce tras la administración de contraste. En particular, la proctitis actínica va acompañada por la afectación del resto de las estructuras pelvianas.



CONCLUSIÓN

Cimed



Linfoma primario de recto



GIST



A. Mucinoso



Proctitis Actínica

CONCLUSIÓN

Lesiones	Características
Linfoma Primario	Engrosamiento concéntrico con estenosis pero sin obstrucción. Preservación de los planos grasos y voluminosas adenomegalias.
GIST	Masa focal bien circunscripta y de morfología esférica.
Adenocarcinoma Mucinoso	Hiperintenso en T2 con calcificaciones intratumor.
Proctitis Actínica	Engrosamiento parietal y simétrico, edema submucoso, hiperintenso en T2 y cambios actínicos pelvianos.

Consideramos importante que el médico especialista en imágenes reconozca las características patognomónicas que diferencian a las lesiones circunferenciales de recto para un preciso diagnóstico y control evolutivo de las mismas.

1. Fortinsky KJ, Quereshy F, Serra S, Habal F. Ischemic Proctitis Presenting as Rectal Pain and Bloody Diarrhea with No Apparent Cause. (2017) ACG case reports journal. 4: e88. doi:10.14309/crj.2017.88
2. Stanojevic GZ, Nestorovic MD, Brankovic BR et-al. Primary colorectal lymphoma: An overview. World J Gastrointest Oncol. 2011;3 (1): 14-8. doi:10.4251/wjgo.v3.i1.14
3. Halperin EC, Perez CA, Brady LW. Perez and Brady's principles and practice of radiation oncology. Lippincott Williams & Wilkins. (2008) ISBN:078176369Xhttps://doi.10.1097
4. Ye F, Zhang H, Liang X et-al. JOURNAL CLUB: Preoperative MRI Evaluation of Primary Rectal Cancer: Intrasubject Comparison With and Without Rectal Distention. AJR Am J Roentgenol. 2016;207 (1): 32-9. doi:10.2214/AJR.15.15383
5. Horvat N, Carlos Tavares Rocha C, Clemente Oliveira B, Petkovska I, Gollub MJ. MRI of Rectal Cancer: Tumor Staging, Imaging Techniques, and Management. (2019) Radiographics : a review publication of the Radiological Society of North America, Inc. 39 (2): 367-387. doi:10.1148/rg.2019180114