

ADENOMA TUBULO-VELLOSO: NUESTRA EXPERIENCIA COMO INSTITUCIÓN

AUTORES:

German Daniel Parra, Alexa Pozzo Jaldin, Oscar Danilo Rodriguez Martinez, Pamela Soledad Perez, Cristhian Camilo Perdomo Muñoz, Nahir Evangelina Alanis, Ignacio Bidart, Ezequiel Piedra, Oscar R. Montaña.

Departamento de Diagnóstico por Imágenes- DIM centros de diagnóstico.

La totalidad de los autores declaran que no poseen conflictos de interés.



Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina.
Mail: germanparra0@gmail.com



PROPÓSITO

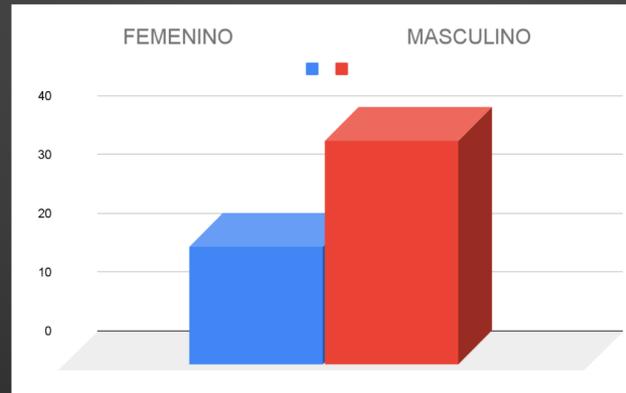
- Conocer la presencia de lesiones rectales de origen premaligno (adenoma túbulo vellosos).
- Reconocer el potencial de malignidad que pueden presentar en relación al grado de displasia que posean y/o su íntima asociación con el adenocarcinoma in situ.
- Aportando una estrategia de mayor sensibilidad para reconocer las características que estas lesiones posean en Resonancia Magnética.
- Destacando la conducta quirúrgica de las lesiones.

MATERIAL Y MÉTODOS

- El presente trabajo fue autorizado y aprobado por el comité de ética médica institucional.
- Corresponde a un estudio retrospectivo observacional, donde se revisó 59 estudios de pacientes realizados en el periodo comprendido entre Octubre de 2021 a Marzo de 2023.
- Se utilizó resonador de alto campo 1.5T y análisis de imágenes en Workstation.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Clínicamente el 80% de los paciente presentó rectorragia, el 17% cambios del ritmo evacuatorio (diarreas tipo secretoras) y 3% correspondió a un hallazgo incidental en VCC.
- El 65% de los pacientes fueron masculinos y el 37% femeninas.
- Con un rango etario: 75% (60 a 85 años), 5.5% (50 a 59 años), 3.4% (40 a 49 años), 1.7% (30 a 39 años) y 1.7% (< 30 años).

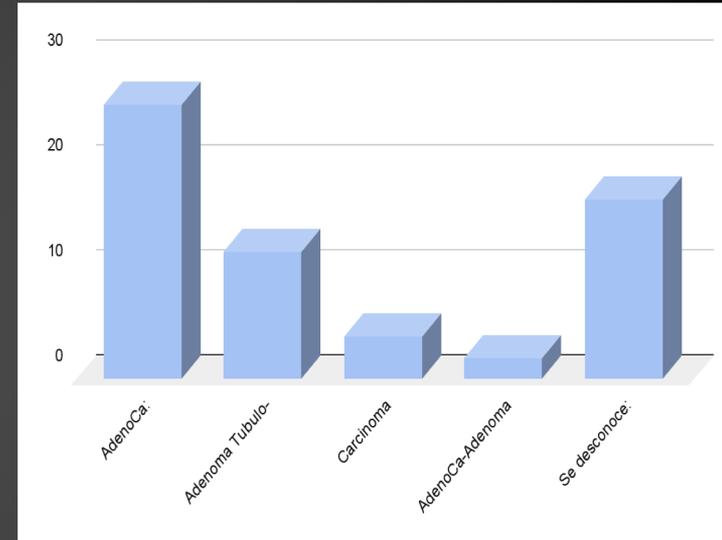


RESULTADO

- En cuanto al resultado final el grupo etario predominante correspondió a pacientes entre los 60 y 85 años comprendiendo el 75% de la muestra.
- Evidenciando una predilección por el sexo masculino el cual represento el 65% de nuestra población estudiada.
- La totalidad de las lesiones adenomatosas evaluadas no presentaron infiltración de la capa muscularis o serosa.

RESULTADO

- Se observó que el 44% del total de los pacientes estudiados presentó un resultado histopatológico compatible con adenocarcinoma.
- El 22% fueron compatibles con adenomas con sus diferentes subtipos (tubular, vellosos o tubulo-vellosos), dentro de los cuales el 50% correspondió a adenomas tubulovellosos con displasia de alto grado, el 16.6% asociado a adenocarcinoma in situ al momento del diagnóstico, 16.6% adenoma tubular, 16.6% adenoma vellosos.
- Encontrando una correlación anatomo- imagenológica en el 90% de los casos evaluados.



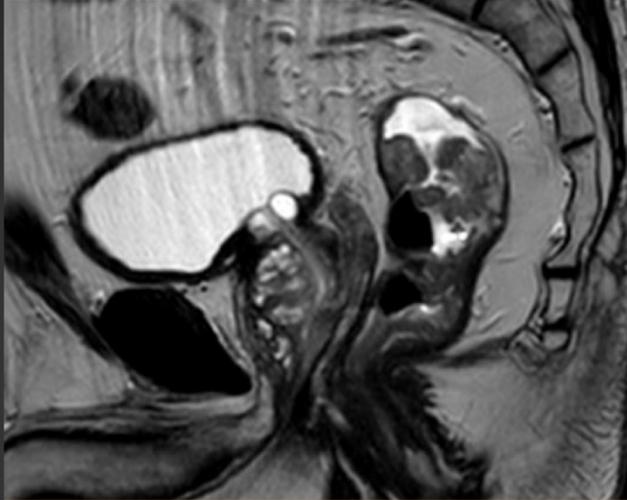


Fig. 1 Resonancia Magnética de pelvis de alta resolución, corte sagital; secuencia T2. Se evidencian lesión neoproliferativa endoluminal, con intensidad de señal intermedia, que compromete la mucosa y submucosa del recto medio y superior.

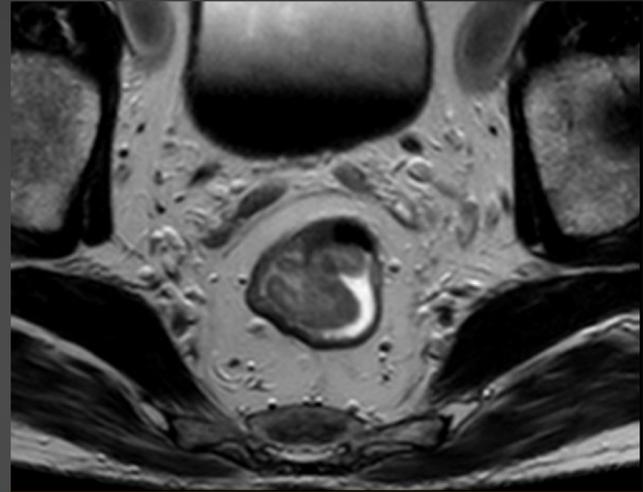


Fig. 2 Resonancia Magnética de pelvis de alta resolución, corte axial; secuencia T2. Se evidencian lesión neoproliferativa endoluminal, de intensidad de señal intermedia, sin compromiso de la capa serosa, ubicada en H7 a H1.

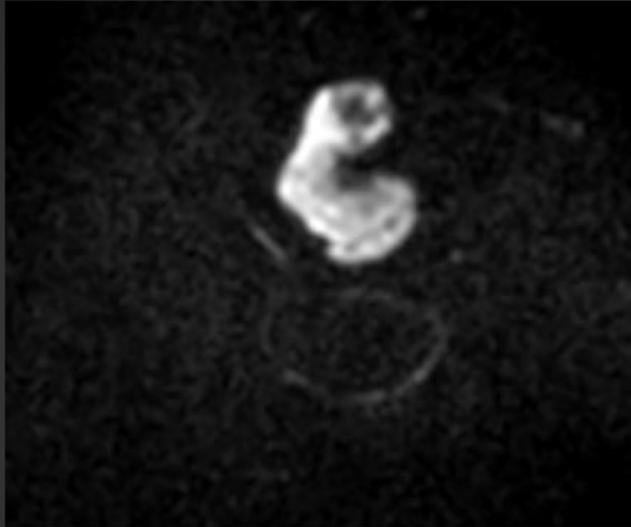


Fig. 3 Resonancia Magnética de pelvis de alta resolución, corte coronal; secuencia de difusión B800. Se visualiza restricción de las moléculas de agua de la lesión neoproliferativa endoluminal previamente descrita en las Fig 1 y 2.

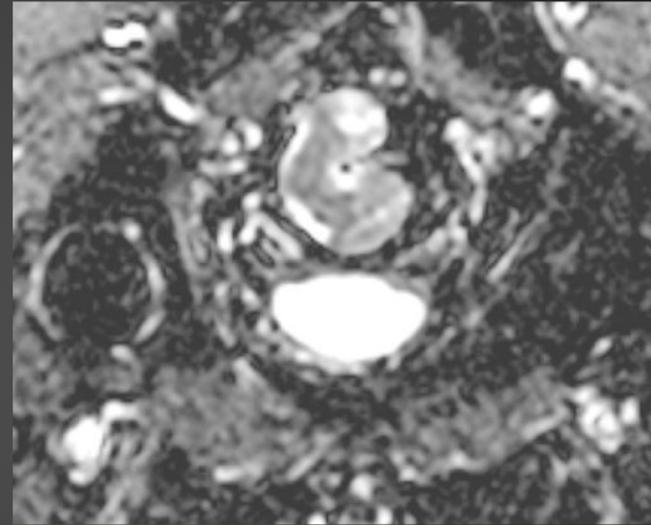


Fig. 4 Resonancia Magnética de pelvis de alta resolución, corte coronal; secuencia de ADC., acorde a la Fig 3 se observa caída de la señal de la formación sólida endoluminal a nivel rectal; Con resultado histopatológico de adenoma tubulo-velloso).

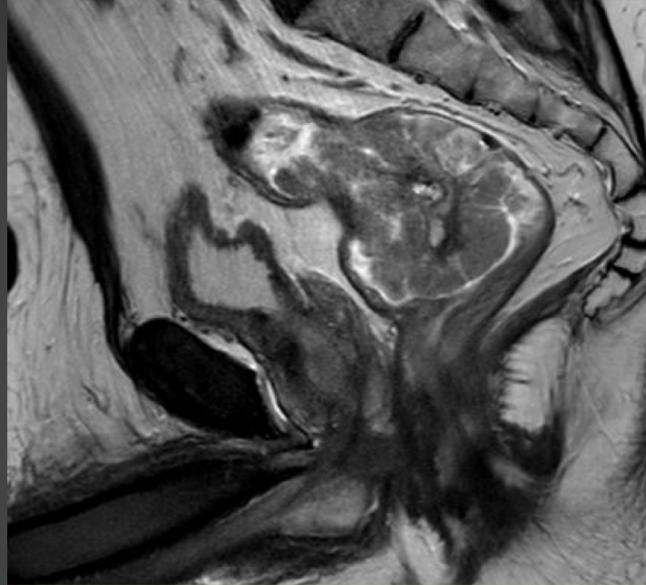


Fig. 5 Resonancia Magnética de pelvis de alta resolución; corte sagital; secuencia T2. Se observa lesión neoproliferativa endoluminal, heterogénea, de aspecto multinodular, ubicada a nivel de recto superior con extensión a colon sigmoideo.

DISCUSIÓN

- Acorde con la bibliografía referida y la experiencia en otros centros, pudimos corroborar en nuestra institución que los adenomas poseen un alto porcentaje de displasias de alto grado conllevando a un elevado potencial de malignización o estar asociada a adenocarcinoma in situ al momento del diagnóstico.
- Destacando de esta manera la importancia de la visualización de esta lesión en RM, como así también su resección quirúrgica.

CONCLUSIÓN

Se resalta la importancia del estudio imagenológico de lesiones premalignas rectales, siendo el adenoma la lesión histopatológica con mayor riesgo de malignización. Así como su exéresis por vía endoscópica o cirugía abierta los cuales dependiendo de su ubicación y tamaño.

BIBLIOGRAFÍA

1. <https://wjso.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12957-019-1650-4>
Adenoma veloso gigante de recto: ¿cuál es el potencial maligno y cuál es el tratamiento óptimo? Un caso y revisión de la literatura.
1. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292012000200002
Pólipos colo-rectales: actualización en el diagnóstico.
1. https://journals.lww.com/dcrjournal/Abstract/2014/07000/Transanal_Endoscopic_Surgery_With_Total_Wall.2.aspx
Se requiere cirugía endoscópica transanal con escisión total de la pared en adenomas rectales debido a la alta frecuencia de adenocarcinoma.
1. <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-sindrome-mckittrick-wheelock-una-causa-infrecuente-S0210570516300413>
Síndrome de McKittrick-Wheelock.