

HALLAZGOS DE IMAGEN EN LOS TUMORES RECTALES POCO FRECUENTES. MÁS ALLÁ DEL ADENOCARCINOMA

Miguel Grande Bárez ¹, María Martínez Martínez-Losa ¹, Ernesto Torres Soto¹,
Elvira Ubis Rodríguez ¹, Rocío Ciria Villar ¹, Pilar García López de La Calle ¹.

¹ Hospital Universitario San Pedro. Logroño.

INTRODUCCIÓN:

El cáncer colorrectal es el tumor más diagnosticado si se consideran ambos sexos conjuntamente y es el tumor digestivo más frecuente en España, superando los 44.000 casos en 2024.

Afecta a hombres y mujeres casi por igual, principalmente a partir de los 50 años.

Los adenocarcinomas representan la gran mayoría (95-98%) de los tumores rectales.

La clínica del adenocarcinoma rectal típico incluye rectorragia, dolor abdominal, tenesmo, alteración del ritmo intestinal o cambio en el calibre de las heces.

La obstrucción puede ser una forma de presentación, ocasionalmente acompañada de perforación intestinal, lo que conlleva un peor pronóstico.

La resonancia magnética (RM) es la técnica de imagen establecida para la estadificación local del adenocarcinoma rectal y tiene importantes implicaciones para el manejo y el pronóstico del paciente.

Además del adenocarcinoma, existen diversas entidades no tumorales y otras neoplasias rectales menos frecuentes que pueden tener una presentación clínica de forma similar.

El radiólogo abdominal debe estar familiarizado con las características radiológicas de estas masas rectales poco comunes, ya que su manejo puede ser significativamente diferente al del adenocarcinoma rectal.

El objetivo de este trabajo es revisar algunas de estas entidades pseudotumorales y varios de los tumores rectales poco frecuentes, con especial énfasis en sus características radiológicas, la estadificación local, el tratamiento estándar y las implicaciones pronósticas.

Aunque la mayoría de las lesiones que afectan a la pared rectal van a ser adenocarcinomas, otras entidades también se pueden manifestar como engrosamientos parietales del recto.

Presentaremos una selección de diversos casos de patología rectal recopilados en nuestro centro desde el año 2015 hasta el presente. Todos fueron confirmados con Anatomía Patológica.

Las entidades que vamos a considerar en este trabajo son:

- **LESIONES NO TUMORALES**

- Endometriosis
- Proctitis (inflamatorias, infecciosas, granulomatosas, isquémicas, actínicas,...).

- **LESIONES TUMORALES**

- Variantes del adenocarcinoma (ADC mucinoso, ADC con células“ en anillo de sello”, ...)
- Carcinoma epidermoide de canal anal
- Neurofibroma
- Tumores neuroendocrinos
- GIST
- Linfoma
- Melanoma
- Plasmocitoma
- Metástasis

LESIONES NO TUMORALES:

A) Endometriosis:

Se define como presencia de tejido endometrial funcional fuera de la cavidad uterina que puede tener localización pélvica o extrapélvica.

3 formas: ovárica, peritoneal superficial y peritoneal profunda.

El compromiso del tabique rectovaginal es la forma más grave de la endometriosis peritoneal profunda. Se clasifica según Koninckx en tres tipos. Las lesiones de tipo III se describen como en morfología de "reloj de arena", debido a la extensión posterior de una lesión del fornix posterior hacia la capa muscular del recto anterior.

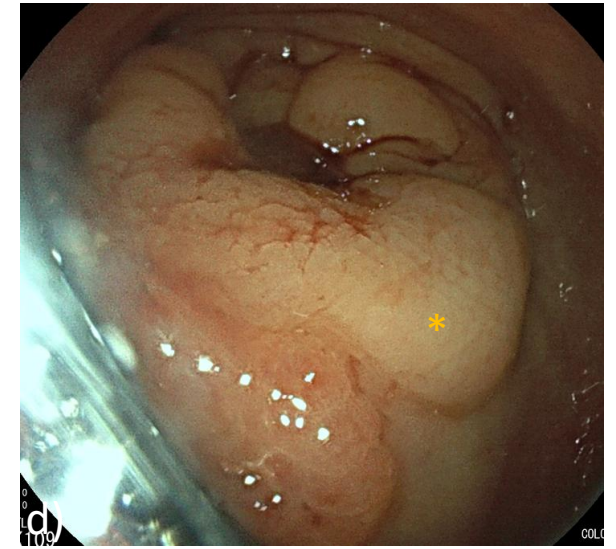
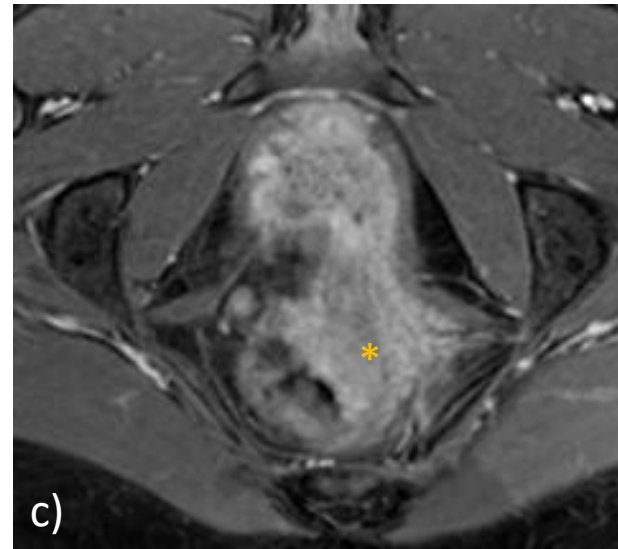
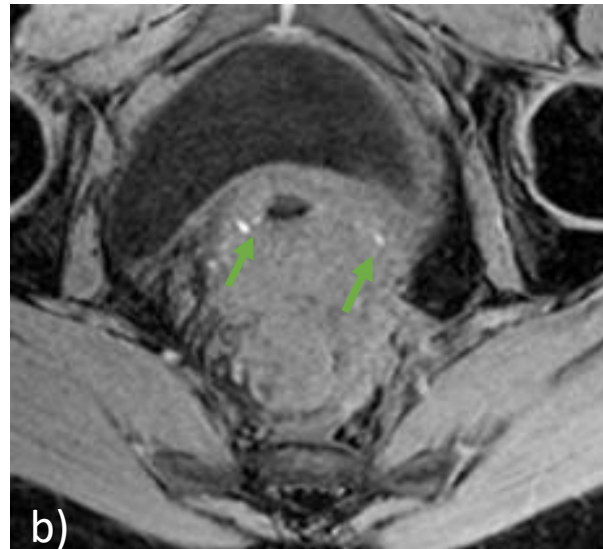
El cuadro clínico de la endometriosis con afectación intestinal varía; esto hace que el diagnóstico sea difícil y requiere un alto índice de sospecha.

En la RM se presenta como un engrosamiento irregular de la pared rectal anterior que generalmente se extiende a los ligamentos útero-sacos; cuando estas lesiones están presentes, muestran hipointensidad difusa en T2, a veces con pequeños focos de hiperintensidad en T1

Endometriosis pélvica profunda

Mujer 25 años con anemia a estudio con dolor en hemiabdomen inferior con dolor punzante en hipogastrio y sangrado vaginal.

a) RM Corte sagital T2. Extensa lesión de aspecto infiltrativo (*) que muestra hipointensidad de señal, que desde el fórnix uterino se dirige posteriormente ocupando el espacio rectouterino e infiltrando la pared rectal en todo su espesor. b) En secuencia T1 basal corte axial, se observan focos puntiformes de hiperintensidad de señal (→). c) Tras administración de Gd i.v. la lesión (*) realza de forma heterogénea. d) Rectoscopia. Mucosa rectal de aspecto infiltrativo (*) que condiciona disminución global de la luz colónica, parece corresponder a infiltración de la pared rectal desde otro punto.



LESIONES NO TUMORALES:

B) Proctitis:

Es una inflamación de la mucosa rectal. En casos severos la inflamación afecta a otras capas pudiendo ser transmural y alcanzar el espacio mesorrectal. Puede ser aguda o crónica.

Las causas principales son:

- Actínica (por irradiación de los órganos pélvicos).
- Uso de antibióticos de amplio espectro (proctocolitis pseudomembranosa)
- Infecciosa: enfermedad de transmisión sexual, bacteriana o parasitaria
- Isquémica
- Traumática
- Enfermedad inflamatoria (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn).

En los últimos años hay un aumento de las proctitis de transmisión sexual asociadas a prácticas sexuales de riesgo, causadas por herpes simple, virus del papiloma, clamidia, gonococo, Treponema pallidum y CMV.

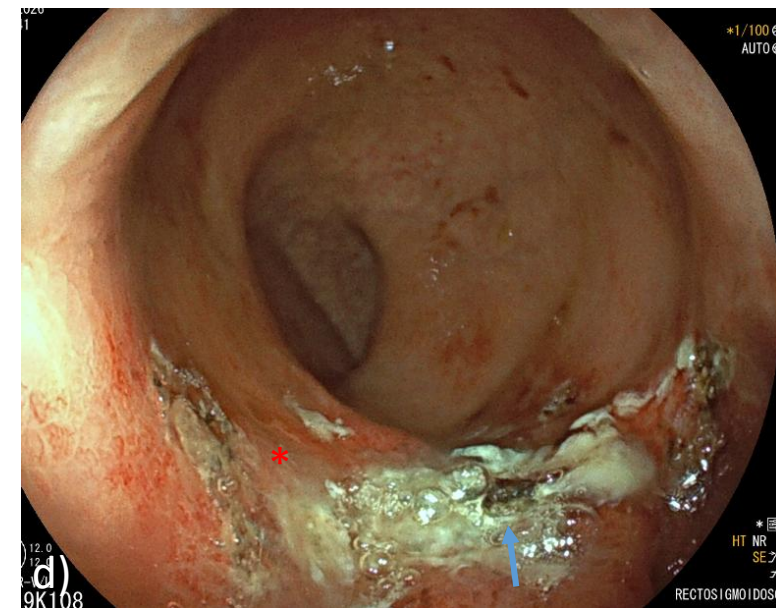
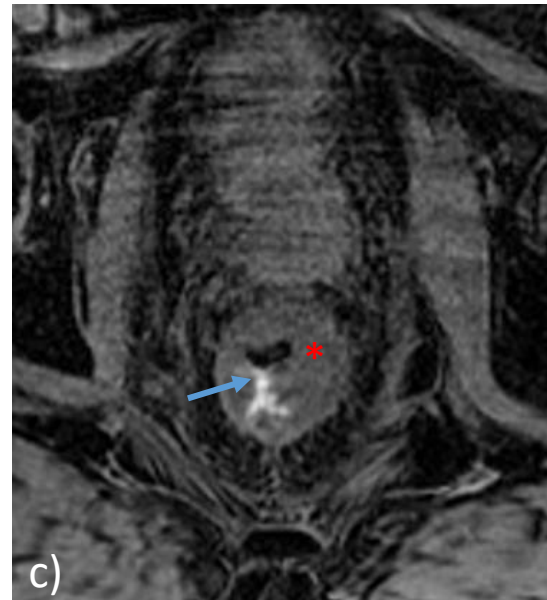
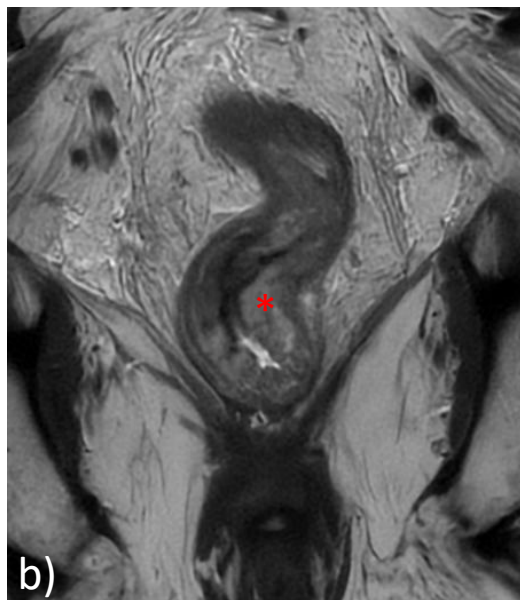
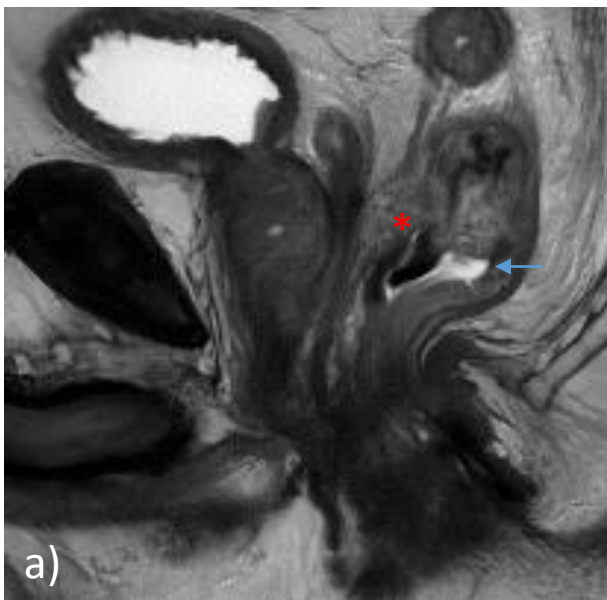
Morfológicamente cursan con engrosamiento circunferencial difuso de la pared rectal debido a edema submucoso, que se manifiesta en RM como hiperintensidad de señal en secuencias potenciadas en T2. A veces se complica por la presencia de fístulas o abscesos perianales.

En ocasiones se observa la mucosa irregular, en relación con la presencia de úlceras superficiales o profundas. Las adenopatías mesorectales también son comunes.

Proctitis actínica.

Varón 70a . Fin de RT por Ca. Próstata en Noviembre del 2025. Rectorragia.

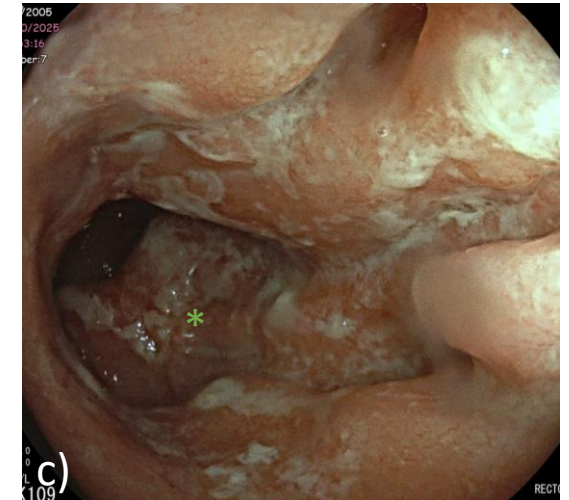
a) RM corte sagital T2 y b) corte coronal T2. Engrosamiento segmentario de la pared del recto medio (*) que muestra hiperintensidad de señal de aspecto inflamatorio, con trayecto lineal irregular originado en la pared posterior correspondiente a úlcera profunda subyacente (→). c) RM corte axial T1 FS. Engrosamiento de pared rectal(*) y trayecto lineal irregular que muestra hiperintensidad de señal en relación con úlcera con componente hemorrágico (→). d) Colonoscopia. Mucosa rectal de aspecto eritematoso (*) con presencia de úlcera rectal en cara posterior (→) rodeada de exudado de fibrina.



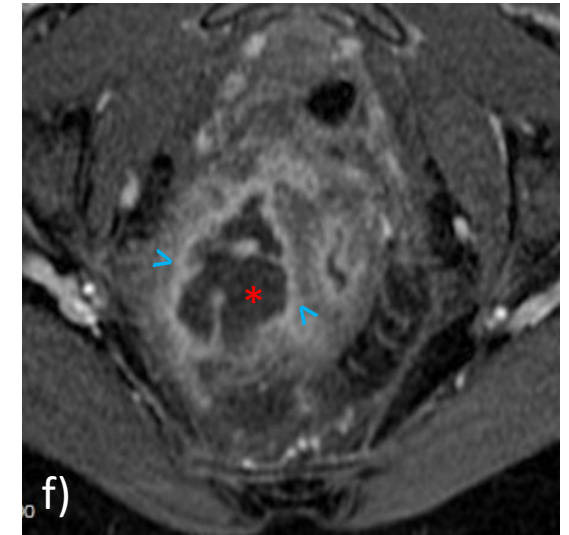
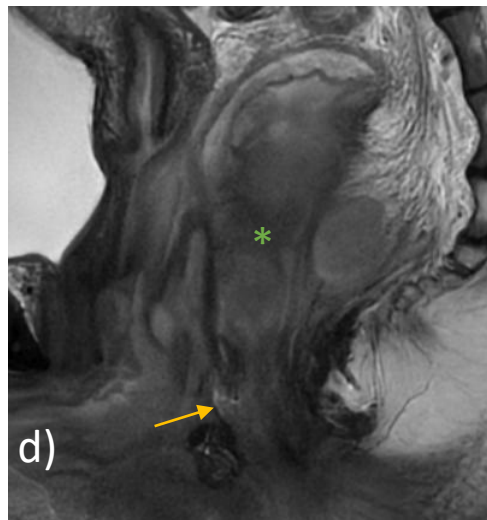
Proctitis ulcerosa

Mujer 20 a. Proctosigmoiditis ulcerosa diagnosticada 2024. Pérdida de respuesta a tto biológico

a) RM Corte sagital T2. Engrosamiento de pared anterior de recto inferior (*) b) Corte axial T2, se observan focos lineales hiperintensos en relación con trayectos fistulosos perianales transesfinterianos(→). c) Imagen de la lesión en la rectoscopia.



Tras 1 año de evolución con pérdida de respuesta a tto biológico d) RM Sagital T2. Se aprecia mayor grado de engrosamiento y edema de pared rectal y complicación con fístula compleja transesfinteriana (→). e) Corte coronal T2. Aparición de gran colección supraelevadora derecha (*). (f) Corte axial T1+Gd i.v. La colección presenta realce lineal heterogéneo periférico (^).



LESIONES TUMORALES

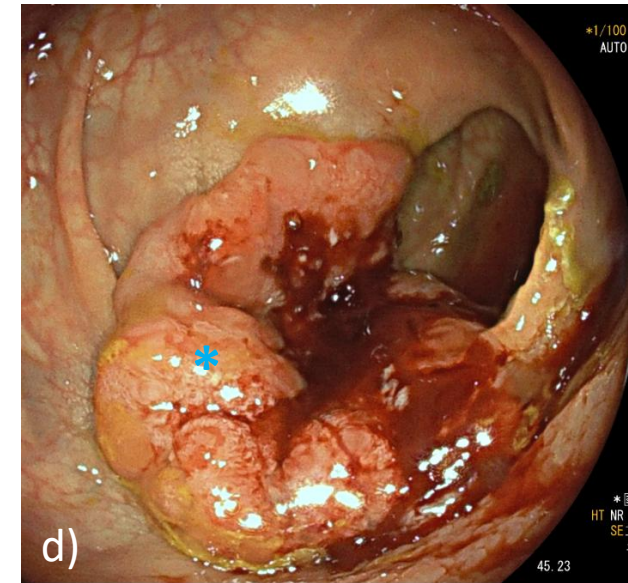
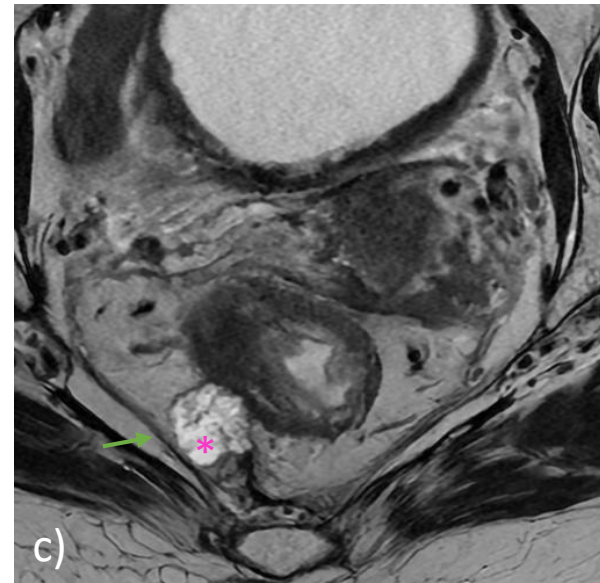
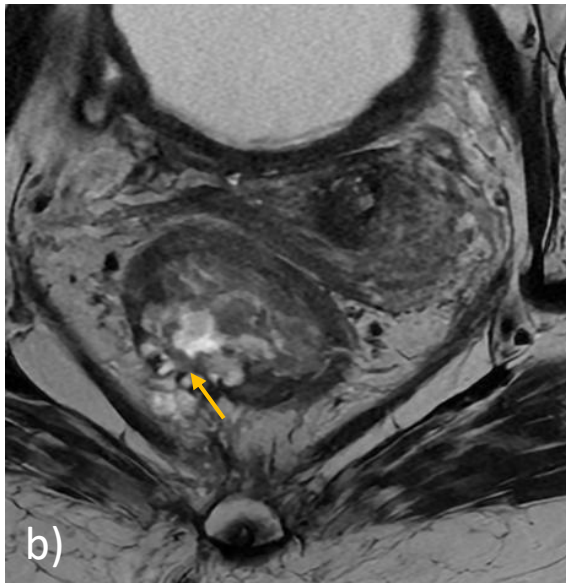
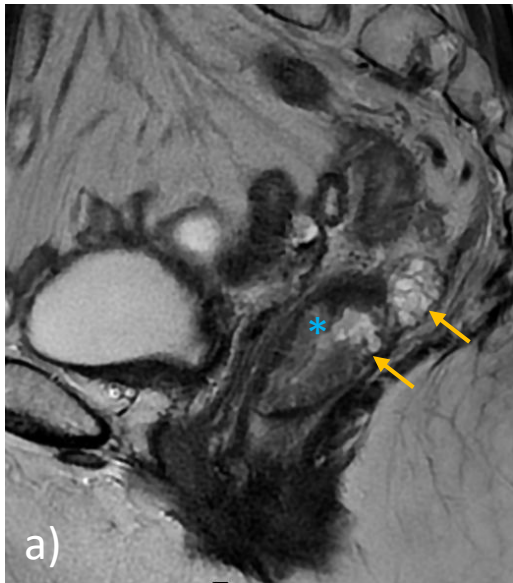
A) Adenocarcinoma mucinoso

- El adenocarcinoma mucinoso rectal es un subtipo histológico de adenocarcinoma, que representa el 10% -20% de todos los carcinomas rectales
- Se caracteriza por abundante producción de mucina extracelular.
- A menudo se diagnostica en etapas avanzadas. Tiende a metastatizar y tiene altas tasas de recidiva local con pronóstico y supervivencia pobres con peor respuesta a los tratamientos neoadyuvantes.
- En RM el carcinoma mucinoso debido a su composición histopatológica muestra una hiperintensidad de señal en T2 debido a la presencia de mucina extracelular (más del 60% del tumor) y un realce escaso y heterogéneo por su estructura: lagos de mucina contenidos por tabiques celulares y estructuras vasculares
- Es difícil de evaluar después del tratamiento neoadyuvante porque las grandes áreas persistentes de mucina suelen asociarse a respuesta al tratamiento de tumores no mucinosos. Normalmente son más refractarios al tratamiento.

Adenocarcinoma mucinoso de recto

Mujer 66 a. Ingresa en Digestivo para estudio de anemia ferropénica grave con Hb 5,1.

a) RM corte sagital T2. Engrosamiento mural difuso concéntrico del recto (*) que muestra focos de marcada hiperintensidad de señal fundamentalmente en la cara posterior (→). b) Corte axial T2 a la altura de transición de recto inferior-medio. Foco de hiperintensidad en la cara posterolateral derecha rectal (→) c) Corte axial T2 a la altura de recto medio. Se visualiza depósito tumoral en el espesor de la grasa mesorrectal derecha (*), que presenta marcada hiperintensidad de señal. El implante llega a contactar con el ligamento iliocoxígeo (→), que se encuentra infiltrado. d) Colonoscopia. En recto, a 10 cm de margen anal, lesión mamelonada (*) de aspecto degenerado y ulcerada con centro deprimido que ocupa 1/3 de la circunferencia rectal sin estenotar la luz significativamente.

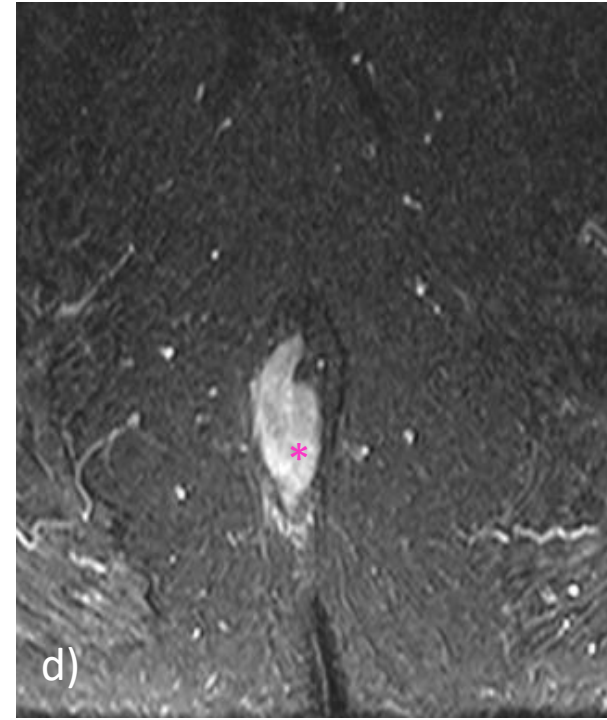
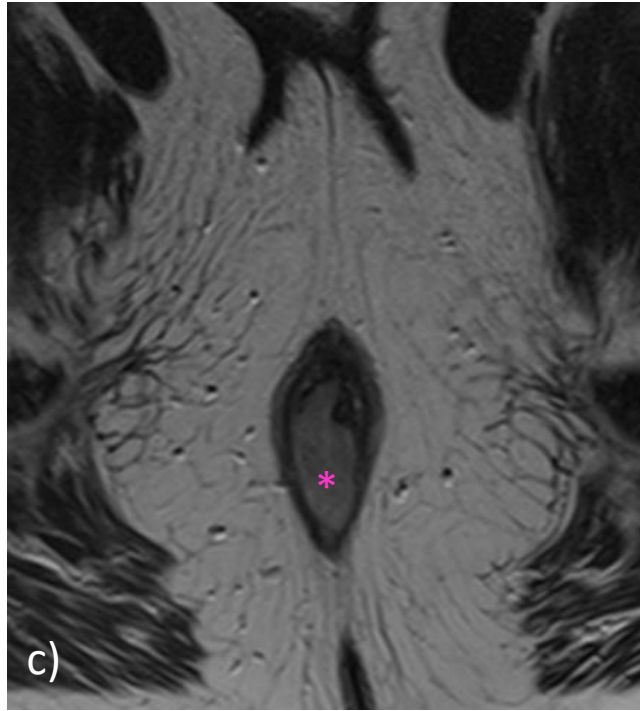
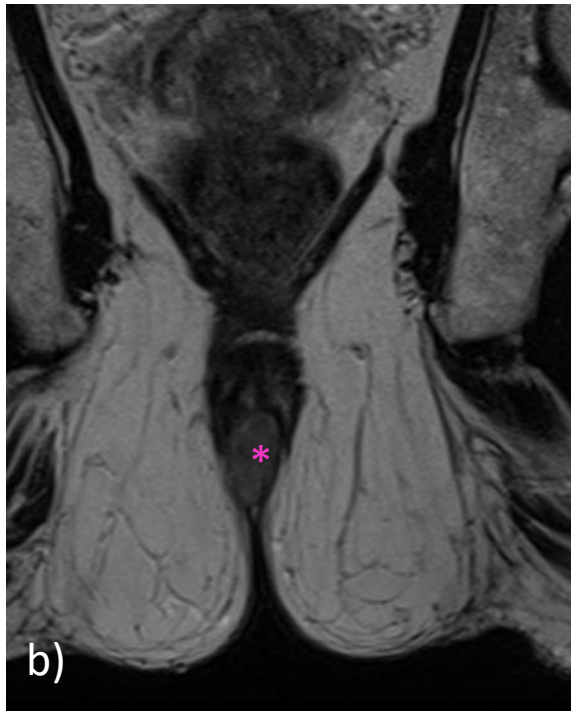
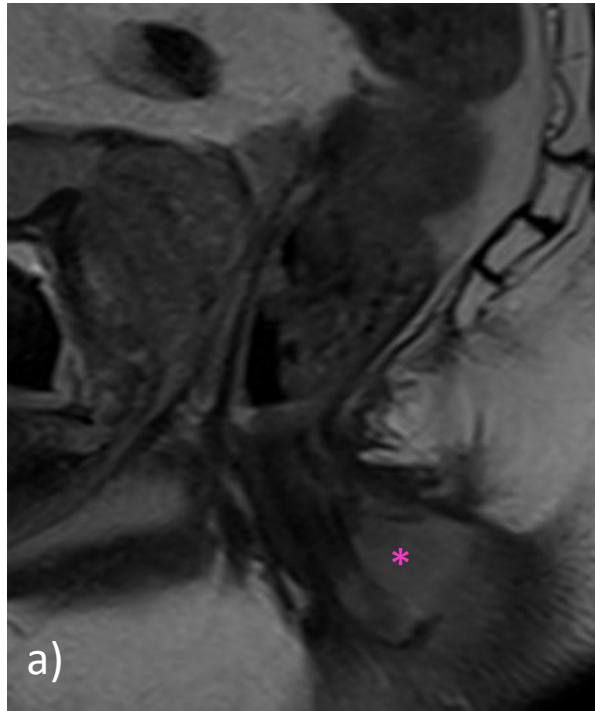


LESIONES TUMORALES:

B) Carcinoma epidermoide de canal anal

- El carcinoma escamoso del canal anal es un tumor poco habitual pero que está aumentando en frecuencia en los últimos años.
- 1% de todas las neoplasias gastrointestinales y < 5% de tumores anorrectales.
- Existe una asociación establecida entre el carcinoma de canal anal con la infección por el virus del papiloma y la displasia intraepitelial premaligna
Incidencia es particularmente elevada en pacientes con factores de riesgo, como la infección por VIH, el coito anoreceptivo, displasia o cáncer de cérvix coexistente, inmunosupresión, enfermedad inflamatoria intestinal y consumo de tabaco.
- Las características clínicas incluyen sangrado rectal, dolor, secreción o masa palpable.
En RM, suelen presentar señal intermedia/alta en T2 e intermedia/baja en T1, con realce tras la administración de gadolinio i.v.
- Los tumores tienden a extenderse alrededor de la pared anal y pueden formar una masa lobulada. Se estadifican basándose en el tamaño del tumor, no en la profundidad de la invasión.
- El drenaje linfático depende de la localización:
Si tumor distal a la línea dentada, drena hacia ganglios femorales e inguinales, y si es proximal a la línea dentada drena hacia cadena ilíaca interna y los perirrectales

Carcinoma epidermoide de canal anal



Varón 71 a Remitido por su MAP por lesión anal. A la exploración úlcera en margen anal de 3 cms que afecta a la mitad de la circunferencia que biopsia con resultado de carcinoma escamoso.

a) RM Corte sagital T2. b) Corte coronal T2. c) Corte axial T2. d) Corte axial STIR. Tumoración polipoidea que ocupa la luz del canal (*), hiperintensa respecto al plano esfinteriano, que contacta ampliamente con el esfínter externo y sobrepasa el margen inferior del canal anal alcanzando el pliegue interglúteo

LESIONES TUMORALES:

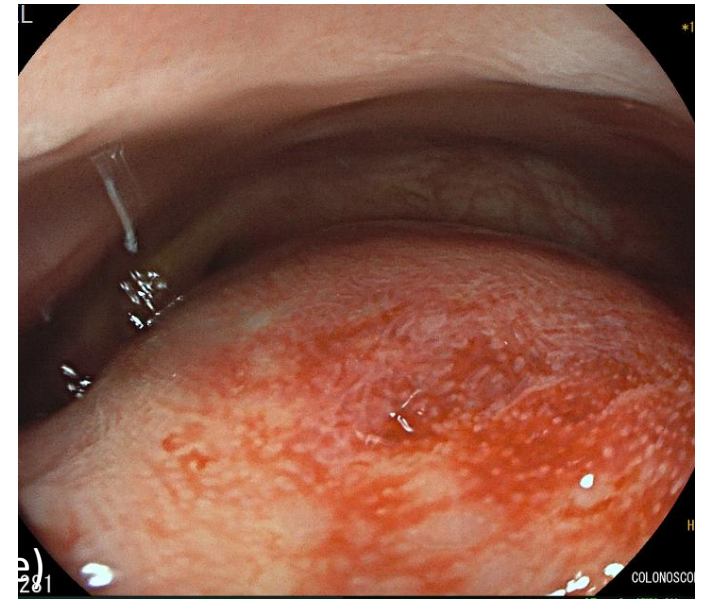
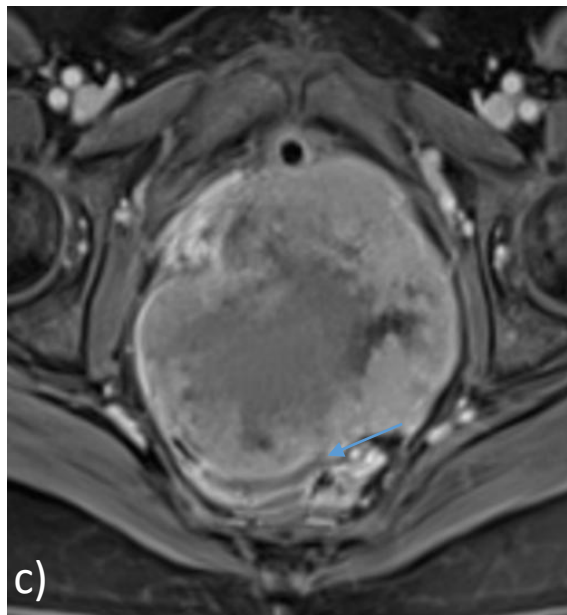
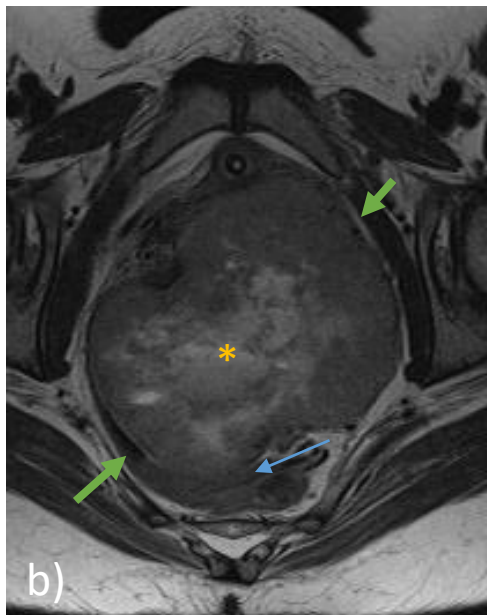
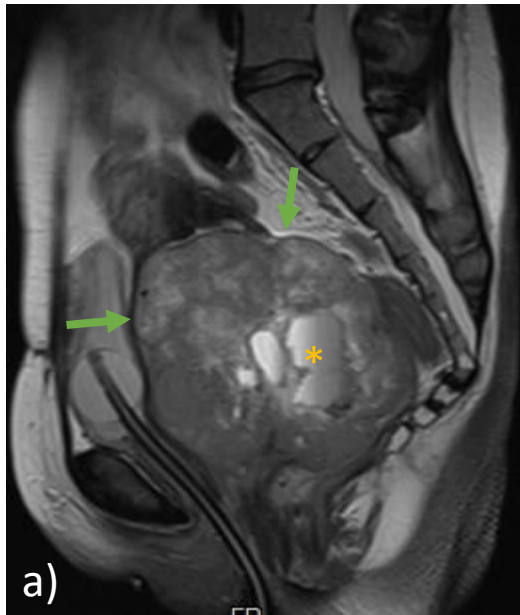
C) Tumores del estroma gastrointestinal (GIST)

- Aunque son las neoplasias mesenquimales más comunes del tracto gastrointestinal, el recto únicamente representa el 5% de los casos. Mayor frecuencia en hombres en 5ª-7ª década.
- Surgen de la muscular propia de la mucosa y se caracterizan por la expresión de KIT (CD117), un factor de crecimiento tirosin-quinasa que los diferencia de otros tumores mesenquimales y que sirve como un diana para su tratamiento.
- Las características radiológicas varían según el tamaño del tumor. La mayoría de los GIST muestran crecimiento exofítico, ya que surgen de la muscularis propia. Tienden a ser grandes, hipervasculares y heterogéneos debido a la necrosis, hemorragia y/o degeneración quística.
- En RM, presentan intensidad de señal intermedia en secuencias T1 e hiperintensidad de señal, variable en secuencias T2. Captan contraste de forma moderada y heterogénea. Los GIST más pequeños pueden mostrar un realce arterial homogéneo.
- Ciertas características orientan a diferenciar los GIST de otras lesiones rectales como el origen/localización extraluminal, la ausencia de adenopatías locorregionales y la escasa compresión de la luz intestinal a pesar del gran tamaño de la lesión.
- Las metástasis ganglionares son raras para los GIST, incluso con tumores grandes; las metástasis tienden a ocurrir a hígado y peritoneo

Tumor GIST rectal

Mujer 45a con tumoración pélvica que produce retención vesical

a) RM Corte sagital T2. b) Corte axial T2. Gran tumoración sólida heterogénea (→ →) de bordes bien definidos, centrada en tabique recto-vaginal con área central hiperintensa que sugiere cambios por degeneración quística intratumoral (*) que infiltra la pared rectal (→). c) Tras administración de Gd i.v. la lesión realza de forma heterogénea. d) TAC abdominopélvico con cte. Masa sólida heterogénea pélvica (*). e) Rectoscopia: En cara anterior de recto inferior y medio, lesión sésil dura al tacto, con mucosa conservada, que dificulta el paso del colonoscopio sugestiva de compresión extrínseca.



LESIONES TUMORALES:

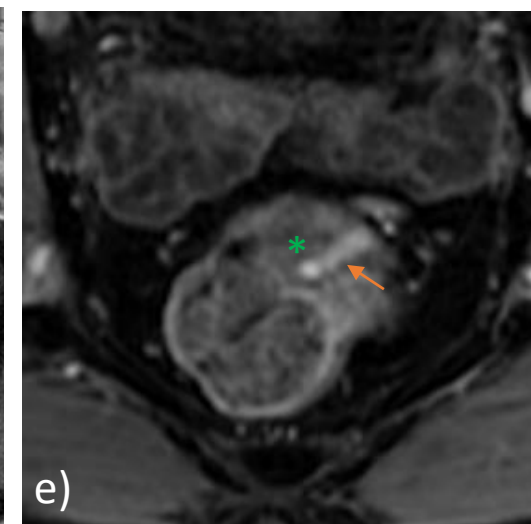
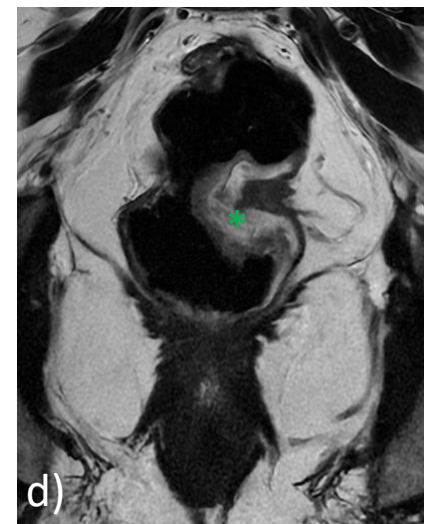
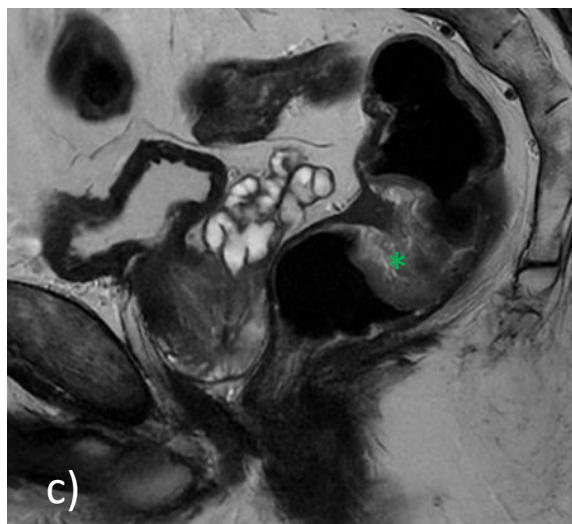
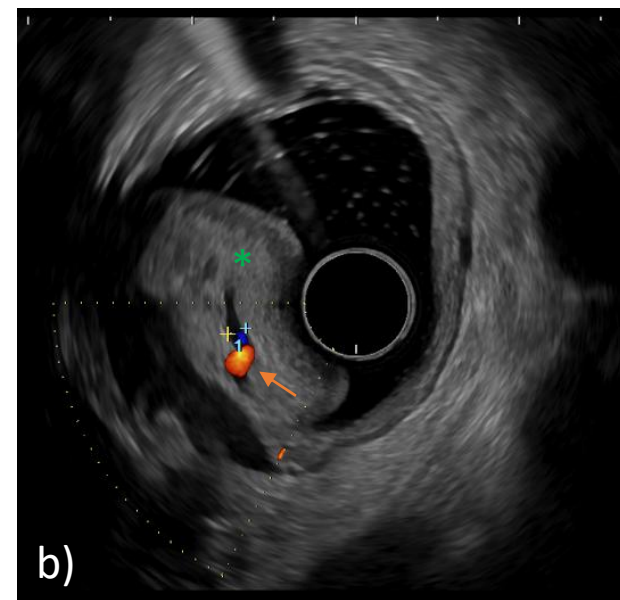
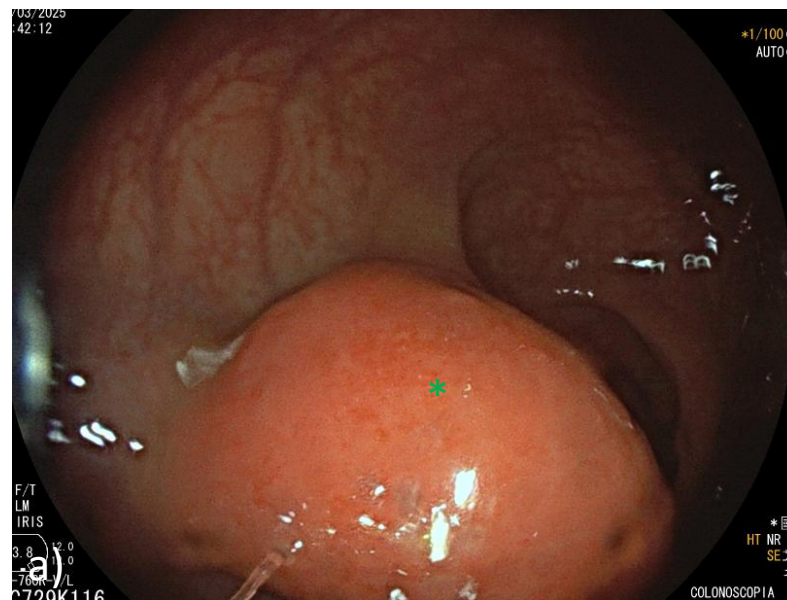
D) Neurofibroma rectal

- Es un tumor benigno mesenquimal infrecuente de los nervios periféricos.
- En RM se visualiza típicamente como una masa submucosa o en el espacio presacro
- Generalmente se ubica en la capa submucosa o en la muscularis propria del recto.
- Suelen ser lesiones bien delimitadas, de forma redondeada o fusiforme, que no suelen infiltrar agresivamente los tejidos vecinos a menos que sean plexiformes o malignicen.
- La RM de alta resolución es clave para definir su localización exacta y relación con la pared rectal. Aparecen como masas con una señal intermedia o alta en T2. En ocasiones presentan el "signo de la diana", con un área centro más hipointensa (fibrosa) y una hiperintensidad de señal periférica(mixomatosa).
- Tras la administración de contraste (gadolinio), muestran un realce variable, a menudo difuso o periférico

Neurofibroma rectal

Paciente de 55a . Se realiza colonoscopia en estudio por por SOH+.

a) Rectoscopia. Tumoración sésil submucosa rectal con mucosa algo eritematosa (*). b) ECO endoanal. Lesión sésil dependiendo de la pared rectal, (*) hiperecogénica de forma homogénea que parece depender de la submucosa con vaso central de mediano calibre (→). c y d) RM cortes sagital y coronal. Lesión submucosa en pared rectal izquierda (*), cubierta superficialmente por mucosa y rodeando en profundidad un pliegue de la capa muscular que parece corresponder con una válvula de Houston inferior prominente sin signos de extensión en profundidad. Muestra señal hiperintensa en T2, e) RM corte axial T1FS +Gd. No se observa captación de la lesión, apreciando realce lineal que corresponde al vaso central (→)



LESIONES TUMORALES:

E) Neoplasias neuroendocrinas

- Las neoplasias neuroendocrinas corresponden a un grupo heteropérgeno de neoplasias epiteliales que presentan diferenciación neuroendocrina. Pueden localizarse en diferentes órganos.

- En el tracto GI, el 30% de los TNE se producen en el íleon, seguidos por el recto (21% -27%), apéndice (17% -20%) y estómago (6% -9%). Duodeno, yeyuno y colon son localizaciones muy infrecuentes.

- Se clasifican por su grado de diferenciación (bien o pobremente diferenciados) y su grado histológico (G1, G2 y G3), basándose en el número de mitosis y en el índice Ki67.

- De esta manera forman 3 grupos diferentes: tumor neuroendocrino (NET); carcinoma neuroendocrino (NEC) y carcinoma adenoneuroendocrino mixto (MANEC)

Los NET pueden producir hormonas y aminas metabólicamente activas; por lo tanto, las manifestaciones clínicas de las lesiones pueden ser el resultado de su hipersecreción

- En RM el TNE puede aparecer como una lesión solitaria, pequeña, submucosa, polipoidea, generalmente hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 o bien como una gran masa polipoidea ulcerosa .

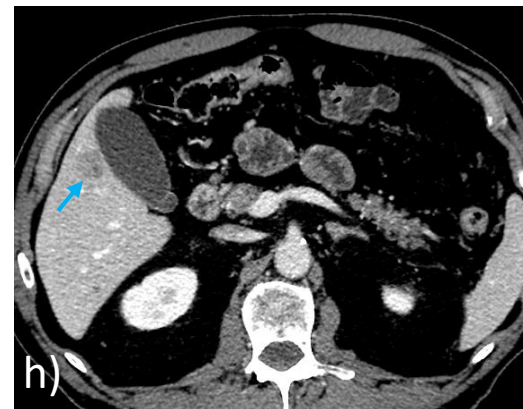
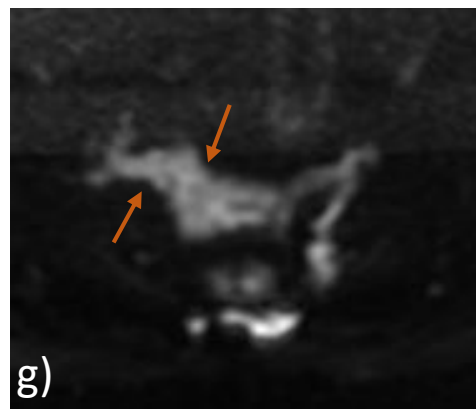
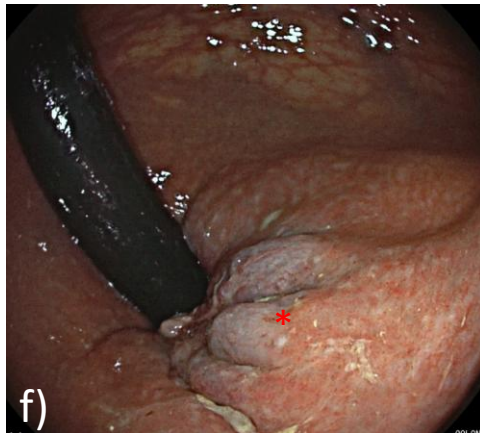
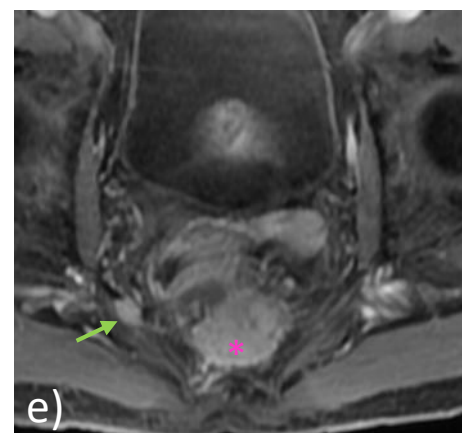
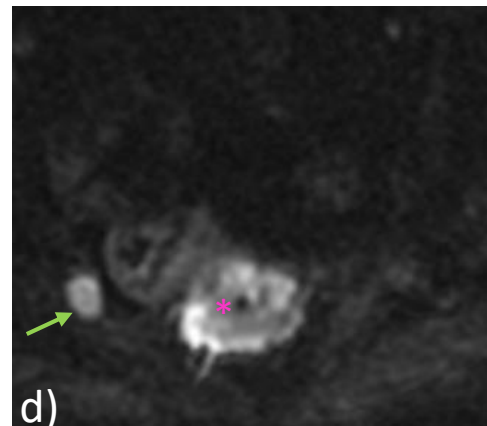
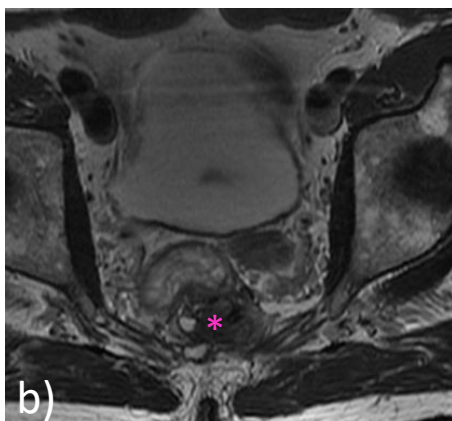
- Con el contraste, estos tumores suelen ser hipervasculares en la fase arterial y muestran diversos grados de heterogeneidad, según el tamaño y el comportamiento del tumor.

- Los NET agresivos de rápido crecimiento tienden a mostrar cambios quísticos y contenido necrótico.

Tumor neuroendocrino rectal

Varón 73 a. Refiere dolor esporádico en área de coxis desde hace 4 años. Acude a urgencias por proctalgia de 15 días de evolución. Se diagnostica fisura y es remitido a Cirugía. El tacto rectal es anodino pero se solicita TAC y se inicia estudio.

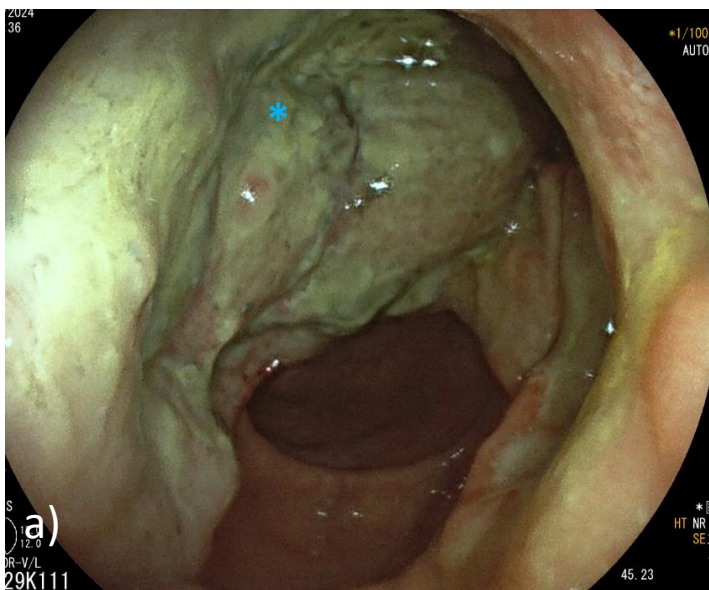
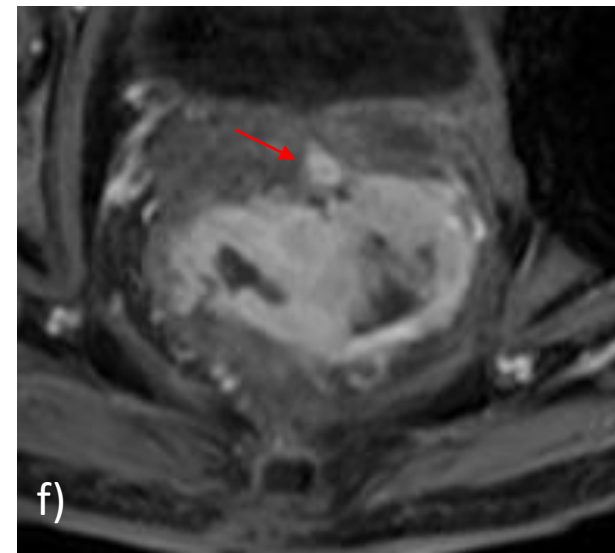
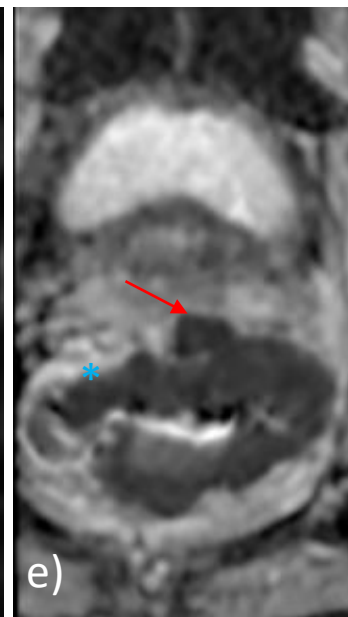
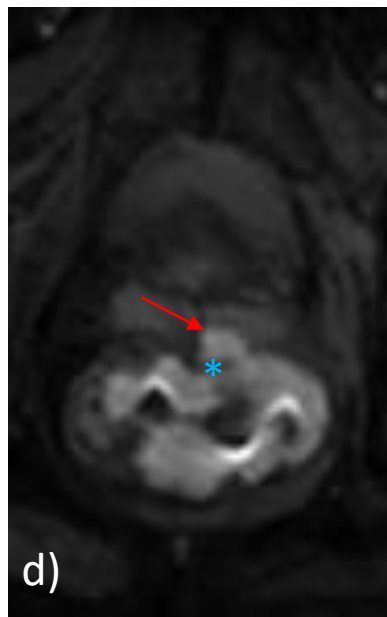
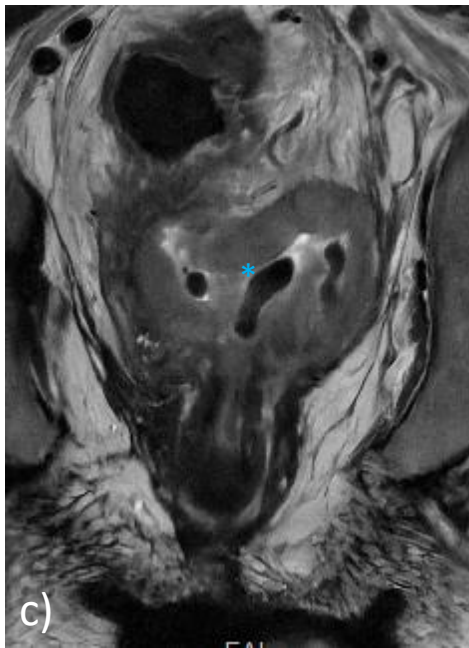
a) TAC punción. Masa de partes blandas presacra (*). b) y c) RM corte axial y sagital T2. Tumoración retrorrectal sólida (*) predominantemente hipointensa. d) RM Difusión plano axial. Restricción a difusión de tumoración y del implante ileocoxígeo derecho (→). e) RM corte axial T1 FS+Gd. Realce significativo de la tumoración retrorrectal (*) y del implante nodular ileocoxígeo derecho (→). f) Rectoscopia. Engrosamiento de pared posterior de recto por compresión extrínseca de la lesión (+). g) En seguimiento, en RM difusión tejido en espacio presacro con restricción a difusión (→) sugestivo de progresión linfática con extensión hacia los agujeros de conjunción sacros. h) En TC abdominal + civ aparición de M1 hepática (→).



LESIONES TUMORALES:

F) Linfoma rectal

- El linfoma GI primario es poco común, pero es el más frecuente si se trata de linfoma extranodal.
- Se ha descrito una asociación con inmunosupresión, después de trasplante de órgano sólido y patologías como la enfermedad celíaca y la infección por VIH.
- El estómago es la localización más común seguido por el intestino delgado, colon y recto.
- Clínica similar al Ca de recto; pérdida de peso, sangrado rectal o alteración de ritmo intestinal.
- El linfoma rectal puede tener una apariencia muy variada: puede ser polipoide, circunferencial, ulcerado o simplemente presentarse como una nodularidad de la mucosa, y su apariencia puede superponerse con la del adenocarcinoma rectal.
- En RM los hallazgos típicos incluyen normalmente gran masa mural y/o marcado engrosamiento concéntrico de la pared rectal, con estrechamiento de la luz.
- Características que ayudan a sospechar de linfoma incluyen márgenes bien definidos con la preservación de los planos grasos y no reacción desmoplásica.
- La afectación extramural incluye linfadenopatías voluminosas en el área de drenaje y engrosamiento del músculo elevador adyacente.
- En RM la lesión habitualmente muestra intensidad de señal intermedia en T1 y alta en T2. Realce leve a moderado tras administración de Gd i.v. Dada la alta celularidad del linfoma, se observa restricción de la difusión



Linfoma rectal

Varón 67 a. Diarrea y pérdida de peso.

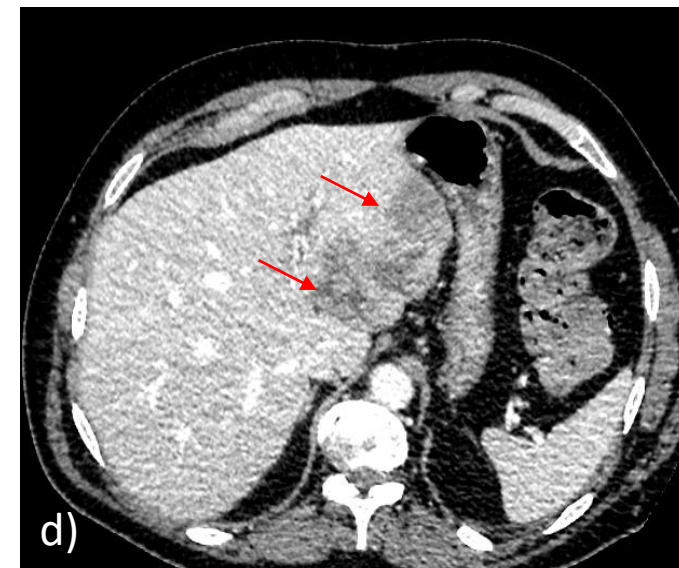
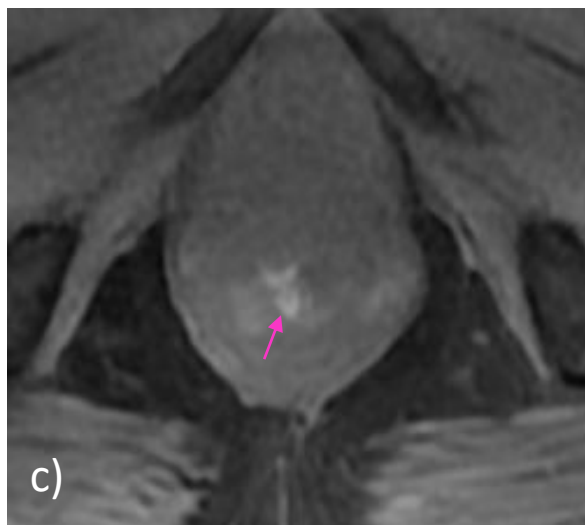
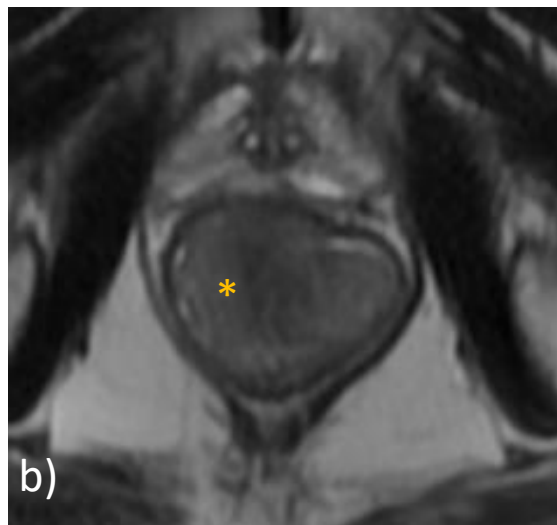
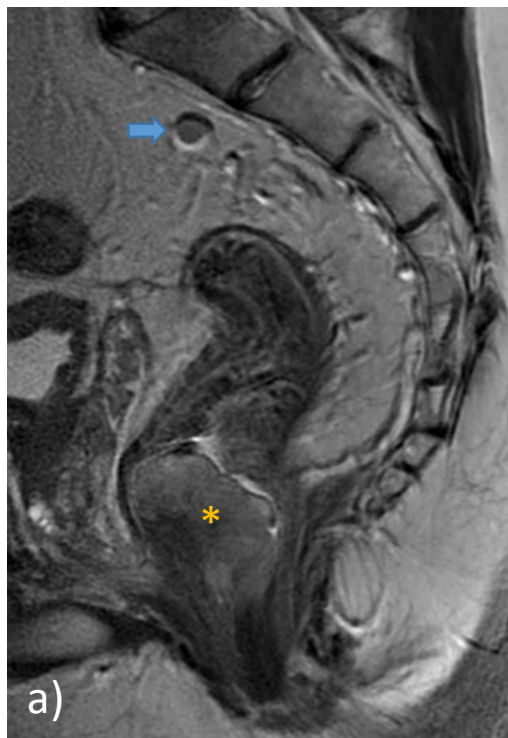
a) Neoformación rectal en colonoscopia (*)

b) Corte sagital T2. c) Corte coronal T2. Extensa neoformación en recto medio e inferior, que se manifiesta como engrosamiento parietal concéntrico mamelonado (*) y ulcerado, en relación con linfoma rectal. d) DWI e) ADC. Se observa restricción de la difusión, dada la alta celularidad del linfoma. f) Corte axial T1 FS + Gd. Realce intenso de la tumoración que muestra una prolongación en forma de nódulo anterior paramedial izquierdo (→) que infiltra fascia de Denonvilliers.

LESIONES TUMORALES:

G) Melanoma anorrectal

- El melanoma anorrectal primario es agresivo pero extremadamente raro, <del 1 % de los melanomas.
- Si bien el melanoma rectal puede originarse en el epitelio columnar del recto, con mayor frecuencia es una extensión de una neoplasia anal primaria, de ahí el término melanoma anorrectal.
- Se observa típicamente en pacientes de entre 40 y 50 años
- Predominancia femenina, con una proporción mujer-hombre de 2:1
- Los síntomas son similares a los de otras neoplasias rectales; incluyen sangrado rectal, dolor y pérdida de peso. La masa suele estar cerca del ano o en el recto distal y se presenta como una masa polipoide intraluminal. En ocasiones, se descubre incidentalmente durante la cirugía de hemorroides.
- La RM en el melanoma anorrectal se centra principalmente en la caracterización de la lesión y la estadificación local. Lo habitual es un aspecto polipoide, a veces con ulceración.
- La mayoría de las células de melanoma presentan una señal alta en T1 (por acortamiento de T1 causado por radicales libres paramagnéticos dentro del pigmento de melanina) .Una minoría de melanomas anorrectales (10-29%) son variantes amelanóticas. En estos casos, pueden ser hipointensos en T1.
- Además de la evaluación de la neoplasia primaria, la RM también es útil para la evaluación de los ganglios linfáticos locorregionales que suelen presentar una señal alta en T1. Las metástasis ganglionares son frecuentes en la presentación inicial (60%).
- Las metástasis a distancia del melanoma anorrectal se identifican hasta en 40 % de pacientes al momento del diagnóstico y suelen afectar el hígado, el cerebro o los pulmones.



Melanoma rectal

Varón 48 a. Neoformación rectal. Estudio de extensión

a) RM corte sagital T2 b) Corte axial T2: Tumoración en recto inferior de morfología polipoide con crecimiento intraluminal (*) acompañado de adenopatía mesorrectal (→). c) RM axial T1 FS. Focos puntiformes de hiperintensidad de señal intratumoral (→). d) TAC abdominal + civ corte axial. En la evolución, el paciente presentó progresión de la enfermedad con aparición de metástasis hepáticas (→ flechas).

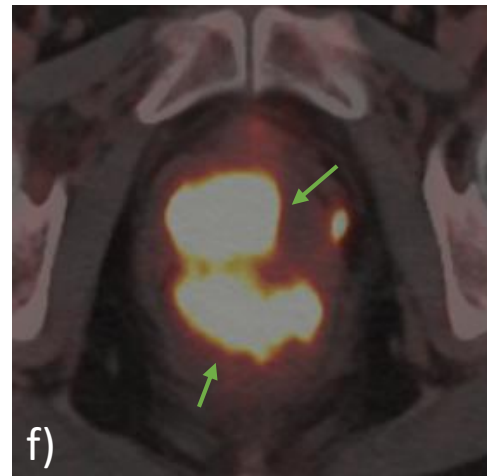
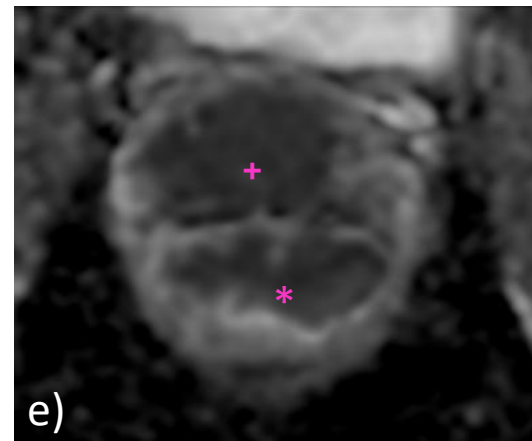
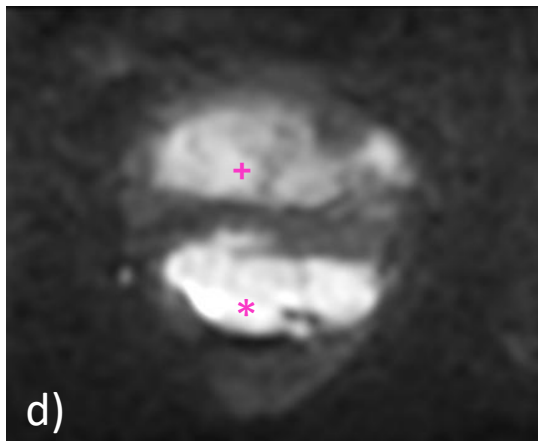
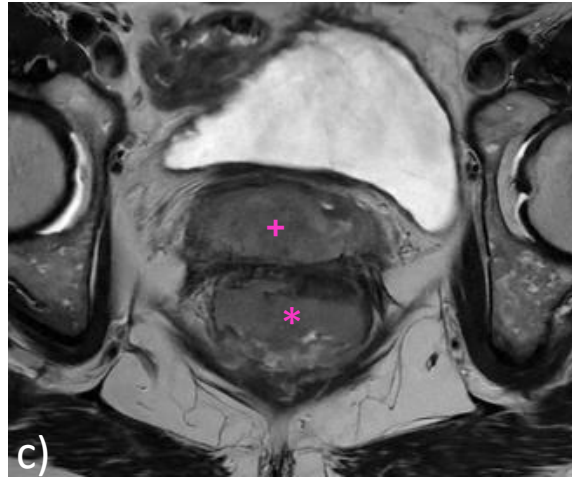
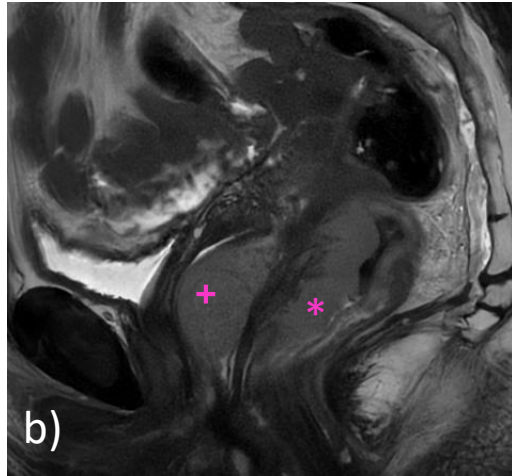
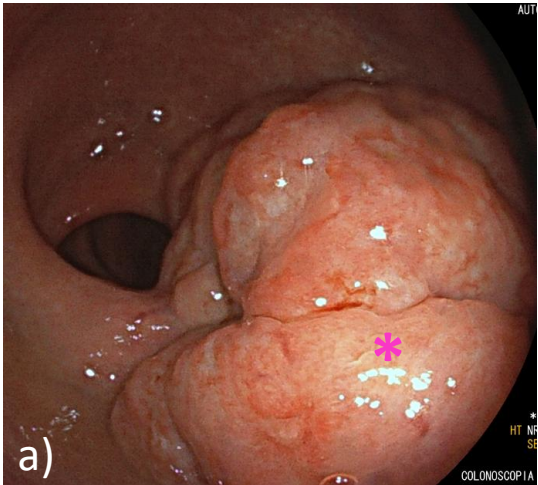
LESIONES TUMORALES:

H) Plasmocitoma rectal

- El plasmocitoma rectal es una neoplasia de células plasmáticas extremadamente rara que forma un tumor solitario extramedular en el recto, constituyendo <10% de las afectaciones digestivas de este tipo de tumor.
- Suele presentarse con sangrado digestivo bajo y puede confundirse con enfermedades inflamatorias.
- Se diagnostica mediante biopsia y estudio histopatológico, mostrando una proliferación monoclonal de células plasmáticas, generalmente en la submucosa del recto.
- El tratamiento principal suele incluir la resección quirúrgica, a menudo seguida de radioterapia para evitar la progresión a mieloma múltiple.
- En RM se presenta como una masa voluminosa, submucosa o infiltrativa, que puede ser isointensa respecto al músculo en T1 e isointensa a ligeramente hiperintensa en T2, con restricción a difusión por su alta celularidad. Realce con Gd: Muestran un realce intenso y a menudo heterogéneo, reflejando su naturaleza vascular. Comportamiento infiltrativo: Pueden mostrar infiltración de estructuras adyacentes, disrupción de la pared rectal e incluso compromiso de grasa mesorrectal o estructuras pélvicas vecinas. Necrosis: Las masas de gran tamaño pueden presentar áreas de necrosis

Plasmocitoma extramedular rectal

Mujer de 65 años que con prueba de sangre oculta en heces positiva. Se realiza colonoscopia.



a) Colonoscopia. Lesión mamelonada en pared rectal (*) erosionada con patrón mucoso desdibujado de aspecto neoplásico. b) RM corte Sagital T2. Lesión parietal en recto inferior (*) levemente hiperintensa, con infiltración del tabique rectovaginal y lesión con señal equivalente en pared posterior de la vagina (+). d) Difusión y e) ADC. Las lesiones muestran significativa restricción a difusión. F) PET-TAC FDG corte axial. Marcado hipermetabolismo de las lesiones rectal y vaginal (→ →)

*A.P. Plasmocitoma rectovaginal.
Neoplasia monoclonal B de bajo grado.*

LESIONES TUMORALES:

I) Metástasis rectales

Aunque es poco común, el recto puede ser el sitio de metástasis que surgen de cánceres en otros órganos, por ejemplo, el estómago, el colon, el ovario y el cérvix uterino.

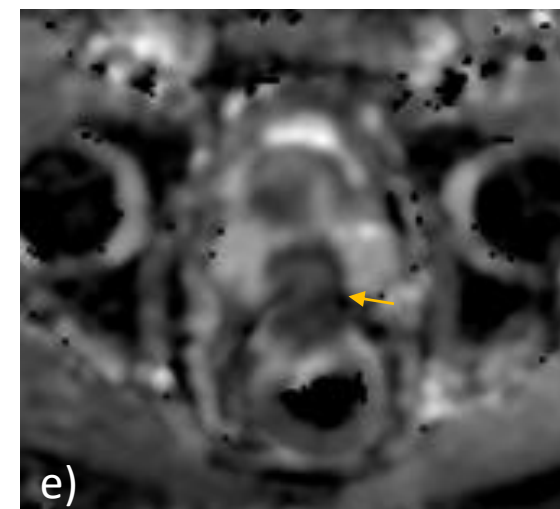
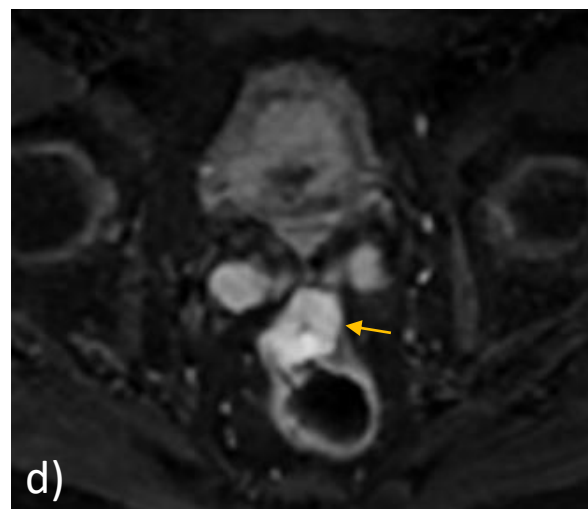
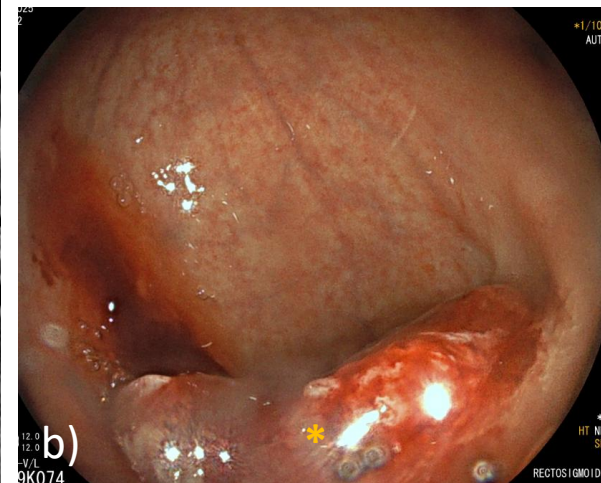
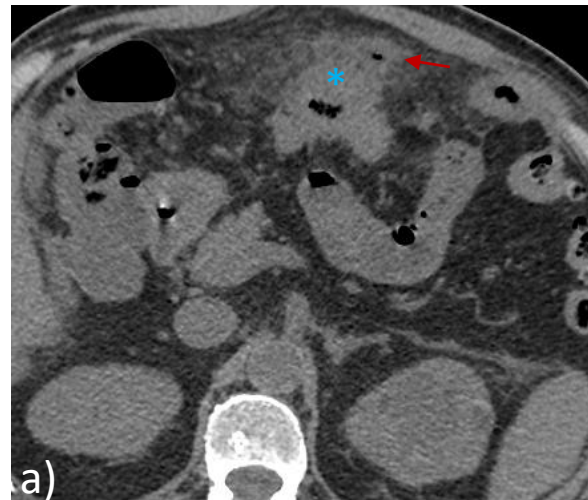
Las metástasis al recto se han descrito como una lesión intramural, una masa polipoide o circunferencial o un engrosamiento segmentario parietal.

Cuando hay antecedentes de cáncer previo o en presencia de otras metástasis, es importante recordar que una masa en el recto puede, de hecho, no ser una lesión primaria.

Metástasis rectal

Varón 70 a. Presenta rectorragia. Antecedente de adenocarcinoma de colon transverso con perforación al diagnóstico, pT4b pN1c M1 (resección implante peritoneal).

a) TAC abdomen sin civ. Tumoración en colon transverso (*) con microburbuja y trabeculación grasa del mesocolon en relación con neoplasia perforada. b) Tras 1 año, en colonoscopia engrosamiento de pared anterior de recto medio (*), con compresión extrínseca. c) RM Corte sag T2. Lesión heterogénea (→) predominantemente hipointensa que ocupa el espacio recto-prostático infiltrando reflexión peritoneal. d y e) Difusión/ADC. Tumoración que restringe a difusión con probable infiltración de vesículas seminales f) PET-TAC con FGD, corte sagital. Lesión hipermetabólica en recto, con posible infiltración de próstata/vesículas seminales e implante peritoneal en recto abdominal anterior (→).



Conclusiones:

La RM pélvica es fundamental para la caracterización y estadiaje del adenocarcinoma rectal, siendo a su vez útil en el diagnóstico y tipificación de otras entidades menos frecuentes que asientan en el recto.

Es importante intentar reconocer los diferentes comportamientos en las pruebas imagen, especialmente en la RM, de los procesos tumorales rectales menos frecuentes para, a pesar de su baja frecuencia, estar familiarizado con ellos.

Esto nos permitirá establecer un diagnóstico diferencial más preciso que ayude a orientar a un adecuado diagnóstico clínico.

Referencias

1. David D.B. Bates, Maria Clara Fernandes de Paula, Natally Horvat, Shannon Sheedy, Chandana Lall⁵, Zahra Kassam, Perry Pickhardt, Neeraj Lalwani, Dhakshina Moorthy Ganeshan, Iva Petkovska. Beyond adenocarcinoma: MRI of uncommon rectal neoplasms and mimickers *Abdom Radiol (NY)*. 2019 November ; 44(11): 3581–3594. doi:10.1007/s00261-019-02045-9.
 2. Kang H, O'Connell JB, Leonardi MJ, Maggard MA, Mc Gory ML, Ko CY. Rare tumors of the colon and rectum: A national review. *Int J colorectal Dis*. 2007;22:183–9.
 3. Reickert CA. Uncommon colorectal neoplasms. *Clin Colon Rectal Surg*. 2011;24:127–8.
 4. Peralta EA. Rare anorectal neoplasms: Gastrointestinal stromal tumor, carcinoid and lymphoma. *Clin Colon Rectal Surg*. 2009;22:107–14
 5. Glasgow SC, Birnbaum EH, Lowney JK, Fleshman JW, Kodner IJ, Mutch DG, et al. Retrorectal tumors: a diagnostic and therapeutic challenge. *Dis Colon Rectum*. 2005;48: 1581---7.
 6. H. Kang, J.B. O'Connell, M.J. Leonardi, M.A. Maggard, M.L. Mc Gory, C.Y. Ko. Rare tumors of the colon and rectum: A national review. *Int J colorectal Dis*, 22 (2007), pp. 183-189
 7. Hussain SM, Outwater EK, Siegelman ES. Mucinous versus nonmucinous rectal carcinomas: differentiation with MR imaging. *Radiology*. 1999 Oct;213(1):79-85
 8. Herrera Romero, E., Gonzalez Sanchez, F., Gallego Ferrero, P., Pellon Daben, R., & Crespo Del Pozo, J. (2018). Lesiones de pared rectal. Más allá del adenocarcinoma. *Seram*, 2(1). Recuperado a partir de <https://piper.espacioseram.com/index.php/seram/article/view/7937>
-