CRITERIOS RECIST 1.1

UTILIDAD EN LA PRACTICA DIARIA

Dr. Polerat Facundo, Furini Eldeveis, Sañudo Mercedes, Raichholz Gustavo.

Diagnostico por Imágenes Junín. Santa Fe. Argentina.

DIAGNÓSTICO
POR IMÁGENES
JUNÍN

INTRODUCCION

- ✓ Criterios ***RECIST 1.1*** (Response Evaluation Criteria In Solid Tumors) : conjunto de normas que permite evaluar de forma objetiva la respuesta tumoral en pacientes oncólogicos.

- ✓ Principal herramienta actual que permite al oncólogo determinar si continuar, remplazar o suspender el tratamiento establecido.

- ✓ Utilizados en la mayoría de los tumores sólidos del adulto.

OBJETIVOS: dar a conocer y aprender a manejar la nueva versión de los criterios RECIST 1.1, promulgando su utilización en los jóvenes radiólogos.

MODO DE UTILIZACION

RECIST 1.1

1 PASO.

DETERMINAR LAS LESIONES MEDIBLES:

- ✓ **Deben medir más 10 mm de *diámetro mayor* (fig. 1)**
- ✓ **Adenopatías: para ser consideradas medibles deben tener más de 15 mm de *eje menor* (fig. 2)**

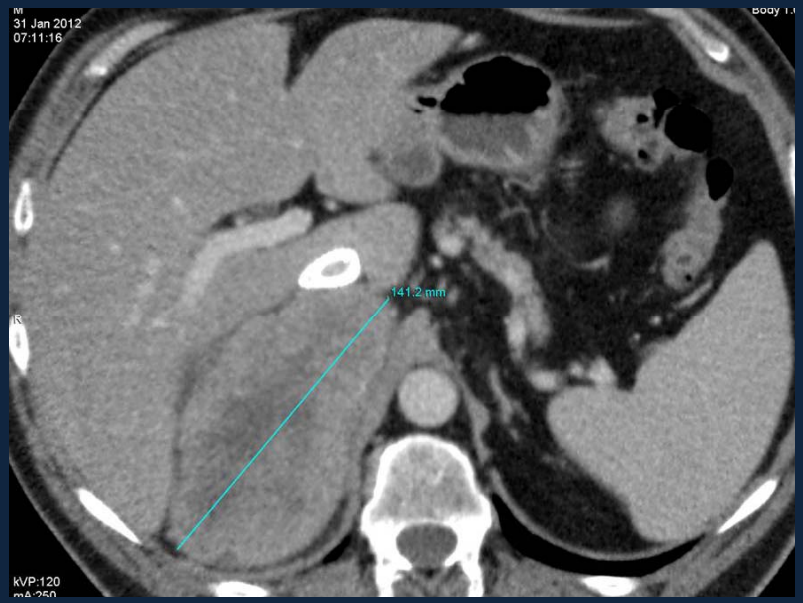


Fig. 1 TC. Lesión suprarrenal derecha. Medición de su eje mayor

Metástasis Adenocarc. de pulmón.

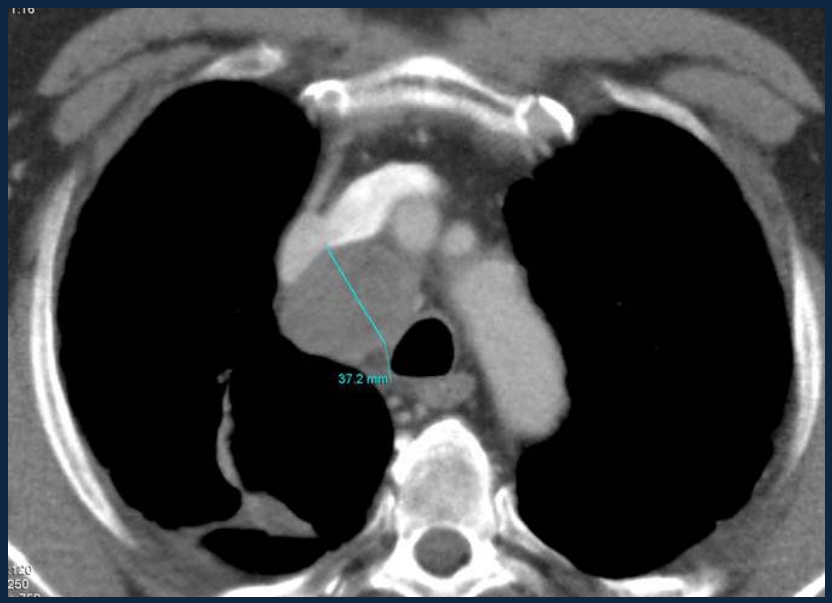


Fig. 2 TC. Adenomegalia paratraqueal derecha. Medición de su eje menor.

LESIONES NO MEDIBLES:

- ✓ **Se consideran las lesiones de pequeño tamaño (menos de 10 mm de eje mayor), enfermedad leptomeningea, ascitis, derrames, linfangitis carcinomatosa cutánea o pulmonar (fig. 3 y 4).**

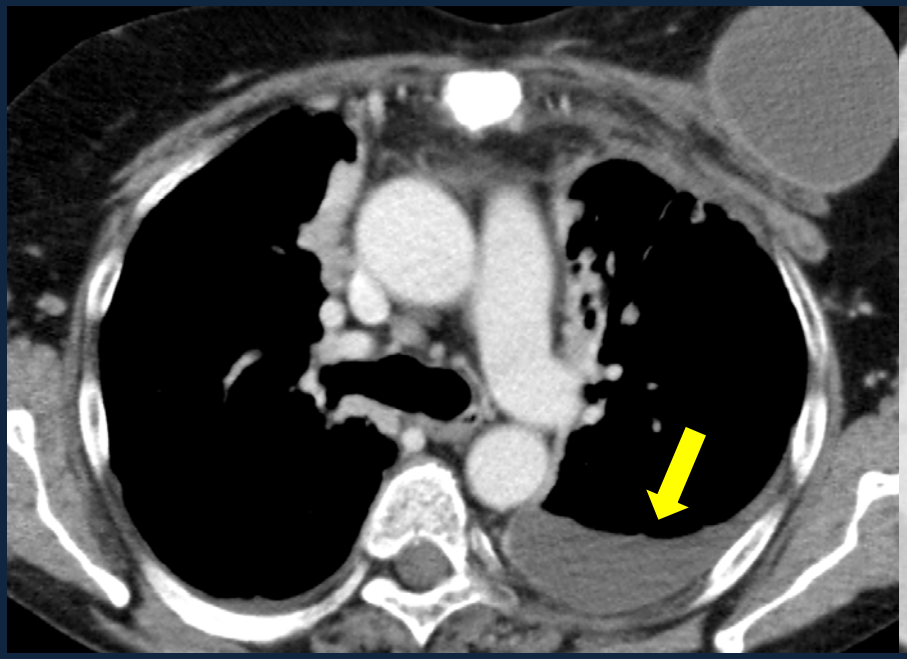


Fig. 3 Derrame pleural izquierdo.
No medible.

Fig. 4 Linfangitis carcinomatosa.
No medible.

✓ **Metástasis Oseas:**

Las lesiones óseas líticas o mixta con componente de partes blandas pueden ser medibles (fig. 5).

Lesiones óseas Blásticas son consideradas no medibles (fig. 6)

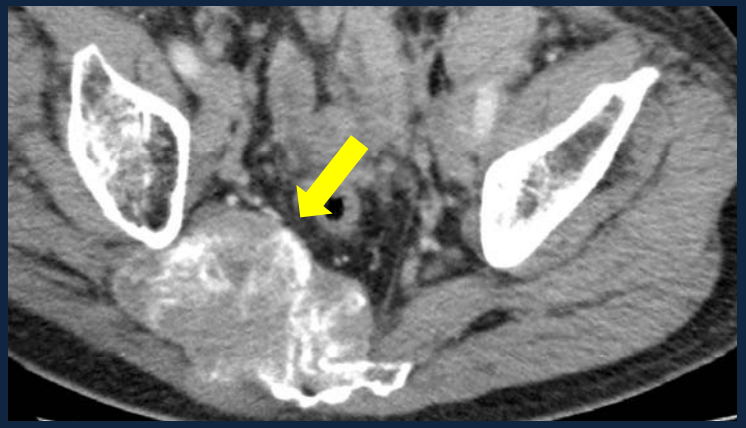


Fig. 5 Lesión ósea mixta con componente de partes blandas. Medible.

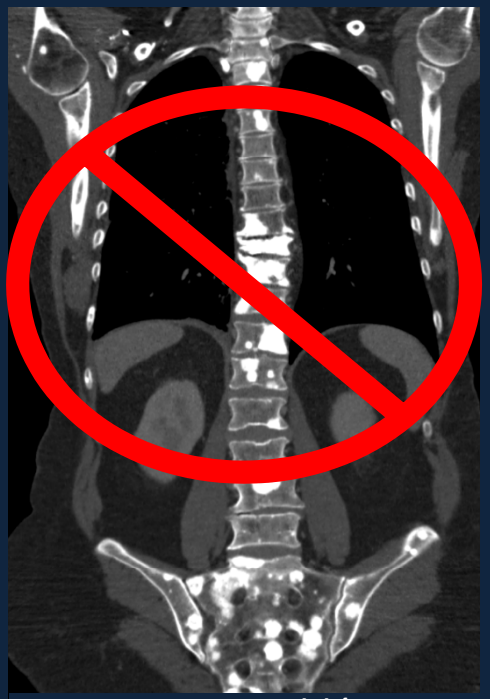


Fig. 6 Lesiones blásticas No medibles.

✓ **Lesiones Quísticas o Necróticas:** se consideran medibles siempre que cumplan con las definiciones anteriores. Se prefieren las lesiones sólidas .

✓ **Lesiones con tratamiento local previo:** lesiones previamente irradiadas o tratadas localmente, serán consideradas no medibles.

2 PASO.

- ✓ **Establecer las *LESIONES DIANAS (LD)* en primer estudio.**
- ✓ **Las *LD* deben ser consideradas medibles.**
- ✓ **Máximo de 5 *LD* en total (no más de 2 por órgano).**
- ✓ **Son las lesiones más representativas .**

Ejemplo: paciente con un solo órgano implicado se seleccionara un máximo de dos LD (fig. 7) y en un paciente con 2 órganos afectados se seleccionara un máximo de 4 LD.

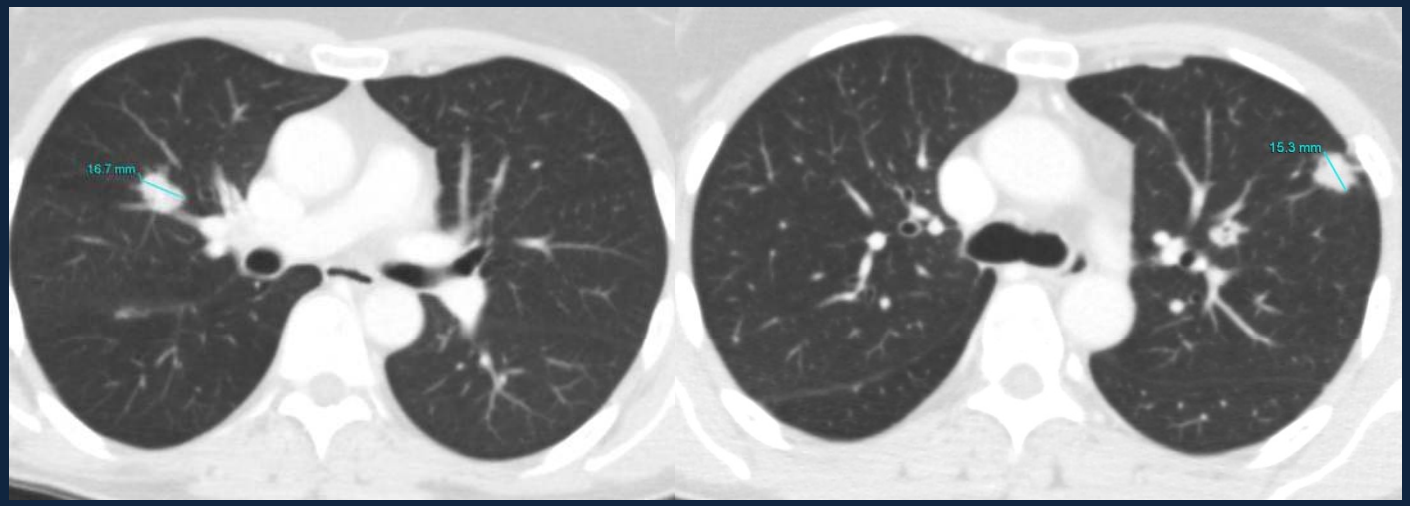


Fig. 7. Metástasis pulmonares ADK mama. Único órgano con lesiones secundarias. Medición de dos LD.

IMPORTANTE:

LESIONES DIANAS:

- ✓ **Seleccionar lesiones aisladas y bien definidas.**
- ✓ **Son inadecuadas lesiones de órganos móviles (TGI u ováricas).**

LESIONES NO DIANAS:

- ✓ **Incluyen las lesiones NO medibles, como las medibles (que no son consideradas dianas).**
- ✓ **No necesitan medirse en los estudios de seguimiento (pero todo cambio debe ser notificado).**

3 PASO.

EVALUACION Y MEDIDA DE LAS LESIONES EN EL ESTUDIO BASAL

- ✓ **La suma de los diámetros de todas las *LD* debe ser calculada y documentada en el primer estudio (tabla 1).**
- ✓ **Esta suma es la que se utilizara para el seguimiento y valoración objetiva de la repuesta tumoral (tabla 1).**

Tabla 1: ejemplo utilización criterios Recist 1.1.

Medición LD primer estudio

Metástasis Pulmonar: 2	**23 + 12**
Metástasis Hepática: 2	**18 + 39**
Adenopatía: 1	**16**
Suma de las lesiones dianas:	**108**

- **Suma LD estudio control a 3 meses: 128.**
- **Conclusión: Aumento del 18% del volumen tumoral total en estudio control.**

4 PASO.

RECIST 1.1

CRITERIOS DE REPUESTA:

- ✓ ***RESPUESTA COMPLETA (RC):*** **desaparición de todas las *LD* (adenopatías deben reducir su eje corto a menos de 10 mm).**

- ✓ ***RESPUESTA PARCIAL (RP):*** **reducción del 30% de la suma de los diámetros de las *LD.***

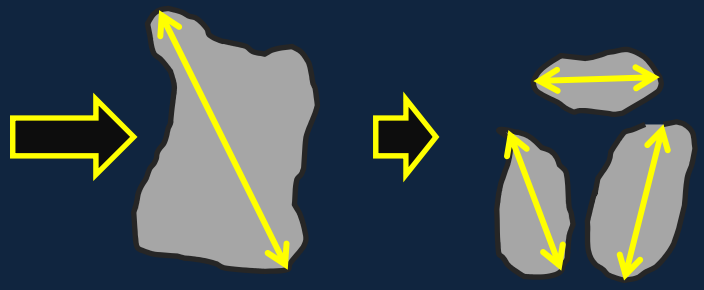
- ✓ ***PROGRESION ENFERMEDAD (PE):*** **al menos un incremento del 20% de la suma de los diámetros de las *LD o aparición de una nueva lesión*.**

- ✓ ***ENFERMEDAD ESTBLE (EE):*** **ni la suficiente reducción para considerarse RP, ni el suficiente incremento para calificarlo de PE.**

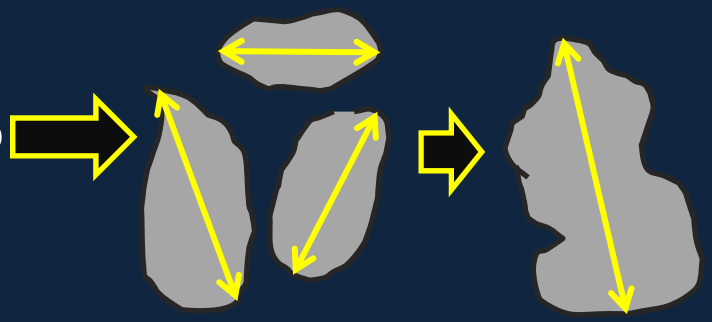
CONSIDERACIONES IMPORTANTES

- ✓ **Lesiones que confluyen o se dividen en controles posteriores.**

  - Si la lesión se fragmenta se mide cada uno de los fragmento y añadirlos a la suma de medidas.



  - Si las lesiones confluyen mediremos el diámetro máximo resultante.



- ✓ **Lesiones que cambian su orientación durante los estudios de seguimiento: medir diámetro máximo.**

CONSIDERACIONES TECNICAS DE LOS METODOS DE IMAGENES

- ✓ **La técnica de imagen empleada para la evaluación de las lesiones (y ventana o secuencia empleada) debe ser siempre la misma.**

- ✓ **La detección de una lesión en cualquier órgano no escaneado en estudio basal debe considerarse lesión de nueva aparición.**

- ✓ **TAC: por su alta reproductibilidad se considera la técnica de elección (aconsejable cortes de 5 mm o menor).**

LIMITES DE CRITERIOS RECIST:

- ✓ **Son descriptos en:**
  - **Tumores Estroma Gastrointestinal (GIST).**
  - **Sarcomas de partes blandas.**

Los nuevos agentes terapéuticos inhiben el crecimiento celular con métodos diferentes a la quimioterapia citotóxica tradicional, por consecuencia no causan reducción del tumor!!!

CONCLUSION: los criterios RECIST 1.1 son una herramienta útil que permite disminuir la variabilidad inter-observador, logrando un mejor entendimiento entre los miembros del grupo interdisciplinario involucrado en el manejo del paciente oncológico. Permite una valoración objetiva de la respuesta al tratamiento, ayudando al oncólogo determinar de forma más segura las decisiones terapéuticas.

BIBLIOGRAFIA

1. New response evaluation criteria in solid tumours: Revised RECIST guideline (version 1.1) Eisenhauera E. et all. European journal of cancer 45 (2009) 228 –247.

2. Radiologic Assessment of Response to Therapy: Comparison of RECIST Versions 1.1 and 1.0. Hamid C. et all. Radiographics 2011, 31:7 2093-2105.

3. Pictorial Essay: Revised RECIST Guideline Version 1.1: What Oncologists Want to Know and What Radiologists Need to Know. Mizuki N. et all. AJR 2010, 195:281-289.