

PRESENTACIÓN DE UN CASO

Sarcoma de Ewing de columna lumbar: Presentación de un caso y revisión de la bibliografía

J. L. MONAYER, C. A. SOLA, M. F. GRUENBERG y E. G. ORTOLAN

*Sector de Patología del Raquis, Instituto de Ortopedia y Traumatología Carlos E. Ottolenghi,
Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires.*

El sarcoma de Ewing es el segundo en frecuencia de los tumores óseos primarios; su localización vertebral no supera el 3%.^{2,3,4} En la revisión bibliográfica encontramos pocas publicaciones con un número importante de pacientes y,⁴⁸ en general, se trata de pequeñas series y de casos informados.^{5,11,14} No se establecen parámetros precisos con respecto al tratamiento. Presentamos a un paciente con sarcoma de Ewing primario de columna lumbar con dos años de seguimiento, que recibió tratamiento oncológico combinado con resección quirúrgica.

Caso comunicado

C. Z., un varón de 19 años de edad, consulta en el Hospital Italiano de Buenos Aires en septiembre de 1996 por lumbocuralgia derecha de dos semanas de evolución y alteración de la función vesical. Al examen neurológico presenta: signo de Wasserman positivo, disminución de la fuerza muscular en cuádriceps y psoasílico derecho (3/5), arreflexia patelar (0/2) e hipoestesia en dermatomas L2 y L3.

Al ingreso, efectuamos radiografías de columna lumbar y resonancia magnética (RM) con gadolinio y sin él. La primera muestra una incipiente lesión osteolítica en el nivel del pedículo derecho de Lili en la proyección anteroposterior. La RM revela una masa tumoral que involucra cuerpo, arco posterior y apófisis transversa del lado derecho e invade el espacio perivertebral y el conducto raquídeo (Fig. 1). Se realizó punción-biopsia dirigida por tomografía computarizada (TAC) y análisis de laboratorio completos, centellograma óseo y TAC de tórax y abdomen, a fin de estadificar el tumor.

Con diagnóstico de sarcoma de Ewing primario de columna lumbar, sin metástasis, se inició el tratamiento oncológico, según el protocolo del Estudio Cooperativo

del Sarcoma de Ewing (Cooperative Ewing's Sarkom Study, CESS 86).

Se realizaron cinco ciclos de quimioterapia preoperatoria, con isofosfamida 300 mg/m², adriamicina 30 mg/m² y vincristina 1,5 mg/m² en la primera semana, seguidos de vincristina 1,5 mg/m² en las 2 semanas subsiguientes, con mesna 300 mg/m² como droga de rescate de la isofosfamida, para evitar cistitis hemorrágicas.^{1,13} Terminado el cuarto ciclo, el tumor se estadificó nuevamente. La TAC mostró imágenes compatibles con necrosis tumoral, confirmada por anatomía patológica; la RMN pone de manifiesto la reducción de la masa tumoral (Fig. 2). Estos cambios, junto con la recuperación neurológica, evidenciaron una respuesta favorable a la quimioterapia. Una vez completado el quinto ciclo se indicó el tratamiento quirúrgico.

La cirugía se llevó a cabo en enero de 1997, bajo anestesia general. En un primer tiempo y a través de un abordaje posterior, se resecaron ambas láminas, apófisis espinosa, apófisis transversa y pedículo derecho de LUÍ, liberando el saco dural y las raíces comprometidas por la lesión. Se completó con una artrodesis posterolateral con injerto autólogo de cresta ilíaca e instrumentación pedicular de titanio, que abarcaba LI, LII y LIV. Bajo la misma anestesia y en un segundo tiempo, por un abordaje retroperitoneal, con el paciente en decúbito lateral derecho se realizó la resección del cuerpo vertebral comprometido junto con la masa tumoral perivertebral. Para restablecer la continuidad de la columna anterior utilizamos aloinjerto (tibia de banco).

El paciente evolucionó bien, sin complicaciones perioperatorias ni deterioro neurológico, por lo que fue dado de alta a los diez días, con adaptación al uso de un *corset* tipo TLSO por el término de cuatro meses.

A los dos meses del posoperatorio restableció el tratamiento quimioterápico, recibiendo cinco ciclos de isofosfamida, adriamicina y vincristina en iguales dosis; esta última usada en forma alternativa con actinomicina D.

Veinticuatro meses después de iniciado el tratamiento y veinte meses después de la cirugía, se encuentra libre de enfermedad y asintomático; realiza una vida normal que incluye prácticas deportivas. La radiografía actual permite ver una artrodesis madura y el remodelado del injerto intersomático, sin cambios de la alineación ni del implante (Fig. 3).

Recibido el 27-10-1998. Aceptado luego de la evaluación el 25-2-1999.

Correspondencia:

Dr. J. L. MONAYER
Servicio de Ortopedia y Traumatología
Hospital Italiano de Buenos Aires
Potosí 4215
(1181) Capital Federal
Argentina

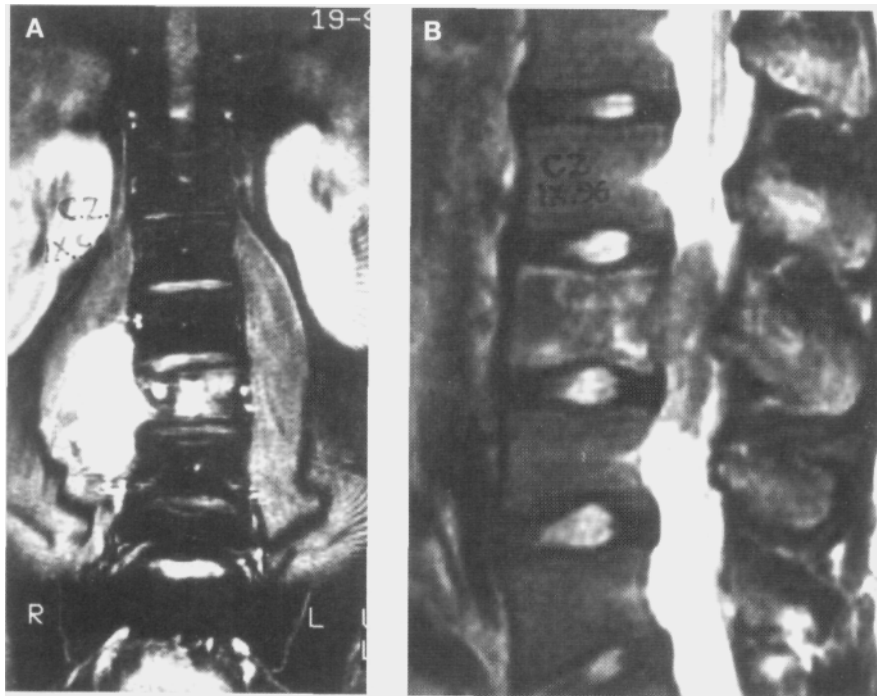


Figura 1. Resonancia magnética nuclear de columna lumbosacra. En corte frontal (a) y corte sagital (b). Se observa la lesión que ocupa la región media y lateral derecha del cuerpo vertebral, su pedículo y lámina del mismo lado, con invasión perivertebral y del conducto raquídeo.

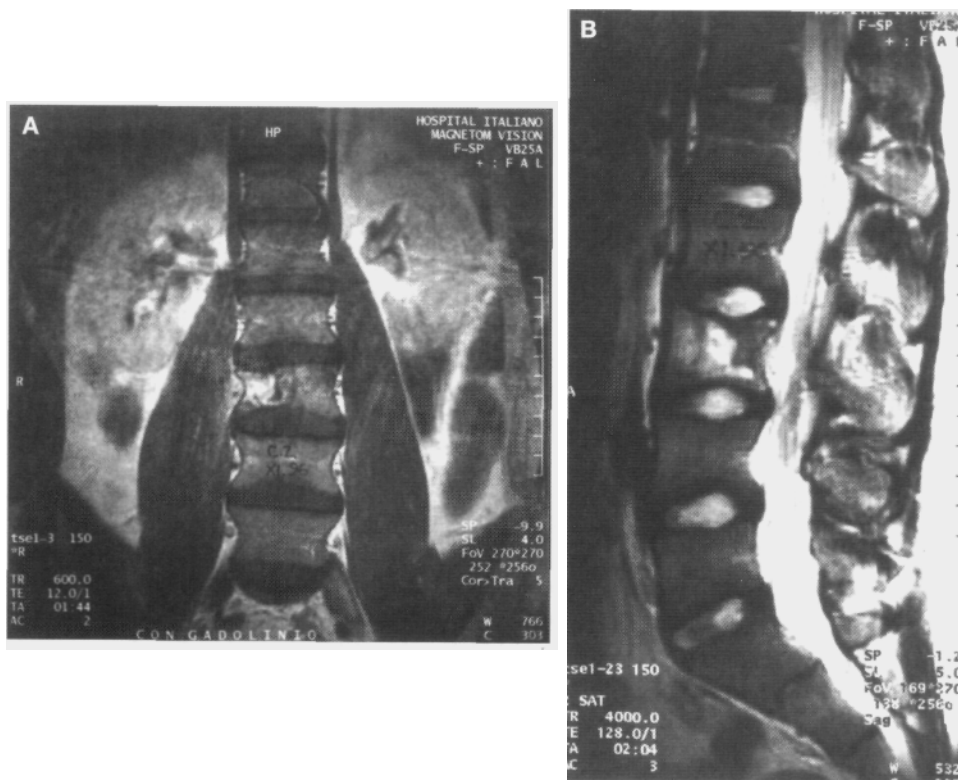


Figura 2, Resonancia magnética nuclear de columna lumbosacra al finalizar el cuarto ciclo de quimioterapia en corte frontal (A) y corte sagital (B). Se observa alteración en la intensidad de señal en la lesión y marcada disminución de su tamaño.

Discusión

La localización vertebral del sarcoma de Ewing es poco frecuente. Pilepich y cols, informaron 22 casos registrados entre 1973 y 1977 en el Intergroup Ewing's Sarcoma.⁸ Grubb y cols, presentaron, en 1994, una revisión

de 36 pacientes tratados entre 1951 y 1988 en la Clínica Mayo y en la Fundación Mayo.⁴ Las restantes publicaciones muestran pequeñas series e informes de casos.^{4,6,11,14}

La presentación clínica más frecuente es dolor y déficit neurológico.⁴ Los estudios complementarios de elec-

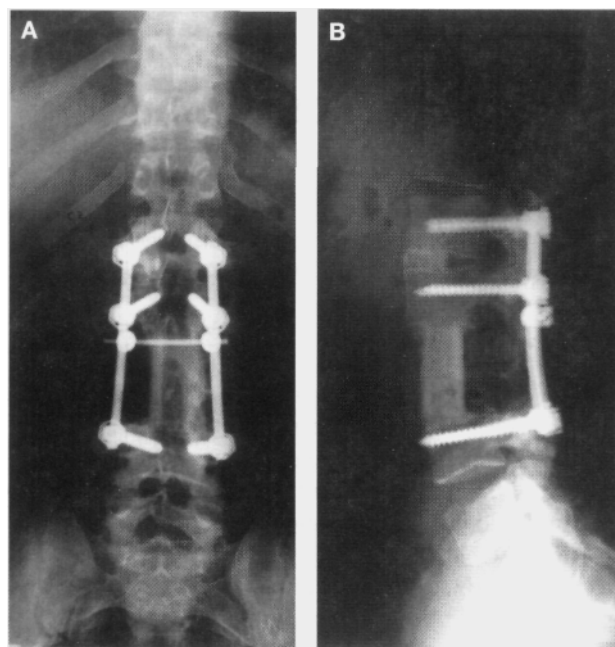


Figura 3. Radiografía simple de columna lumbosacra en proyección de frente (A) y perfil (B) a 20 meses de la cirugía. Se observa artrodesis madura sin cambios en la alineación ni en el implante.

ción son la RM con gadolinio y la biopsia guiada por tomografía.^{3,4}

En la última década se avanzó significativamente en el tratamiento de este tumor localizado en huesos largos,^{7,15} por el contrario, no existen en la bibliografía conductas definidas para la presentación vertebral.

En el paciente presentado comenzamos con un protocolo quimioterápico establecido por CESS 86 para la ubicación vertebral, lo que permitió tratar la enfermedad tumoral por vía sistémica, además de reducir significativamente el tamaño de la lesión.^{12,13} Finalizada una primera etapa (5 ciclos) y con una respuesta favorable con remisión de la sintomatología, se planteó continuar con el tratamiento oncológico (quimioterapia y radioterapia) o efectuar el tratamiento quirúrgico seguido de quimioterapia posoperatoria. Elegimos este último esquema terapéutico debido a que la regresión del tumor permitió una resección con márgenes oncológicos aceptables para el esqueleto axial.

Con dos años de seguimiento, el resultado obtenido es satisfactorio. El paciente se encuentra asintomático, realiza vida normal y hasta el último examen se encuentra libre de diseminación.

Referencias bibliográficas

1. **Bacci, G; Ferrari, S; Rossito, P; Barbieri, E; Mercuri, M; Campanacci, M,** y cols.: Neoadjuvant treatment of Ewing's sarcoma: results obtained in 122 patients treated with a 6-drug chemotherapeutic protocol (vincristine, adriamicine, ciclofosfámido, deactinomicina, ifosfosfámido and etoposide). *Minerva Pediatr*, 47(11): 457-469, 1995.
2. **Fernández, C; Lindberg, R; Sutow, W, y Samuels, M:** Localized Ewing's sarcoma. Treatment and results. *Cancer*, 34: 143-148, 1974.
3. **Fernández Portal L; Usabiaga Zaranz, J; Ramos Pascua, J, y Domínguez Hernández, J:** Sarcoma de Ewing cervical y estabilización occipitocervical. *Rev Ortop Traumatol*, 37(4): 320-322, 1993.
4. **Grubb M; Currier, B; Pritchard, D, y Ebersold, M:** Primary Ewing's sarcoma of the spine. *Spine*, 19(3): 309-313, 1994.
5. **Klassen, M, y Hoffman, G:** Ewing's sarcoma presenting as spondylolisthesis. *J Bone Joint Surg*, 69A(7): 1089-1092, 1987.
6. **Kornberg, M:** Primary Ewing's sarcoma of bone: a review and case report. *Spine*, 11(1): 54-57, 1986.
7. **Neff, JR:** Nonmetastatic Ewing's sarcoma of bone: the role of surgical therapy. *Clin Orthop*, 204: 111-118, 1986.
8. **Pilepich, M; Vietti, T; Nesbit, N, y Teff, M:** Ewing's sarcoma of the vertebral column. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 1: 27-31, 1981.
9. **Rosen, G; Caparros, B, y Mosende, C:** Curability of Ewing's sarcoma and considerations for future therapeutic trials. *Cancer*, 41: 888-899, 1978.
10. **Russin, L; Robinson, M; Engle, H, y Sonni, A:** Ewing's sarcoma of the lumbar spine. *Clin Onhop*, 164: 126-130, 1982.
11. **Sharaffudin, M; Haddad, F; Hitchon, P, y Haddad, S:** Treatment options in primary Ewing's sarcoma of the spine: report of seven cases and review of the literature. *Neurosurgery*, 30(4): 610-618, 1992.
12. **Sundaresan, N; Rosen, G; Fortner, J, y Iane, J:** Preoperative chemotherapy and surgical resection in the management of posterior paraspinous tumours: report of three cases. *J Neurosurg*, 446-450, 1983.
13. **Tefft, M; Jereb, B; Cham, W; Ghabimi, F; Rosen, G; Exelbi, P; Marcove, R; Murphi, M, y D'angio, J:** Acute and late effects on normal tissues following combined chemo and radiotherapy for childhood-rhabdomyosarcoma and Ewing's sarcoma. *Cancer*, 37: 1201-1213, 1976.
14. **Tekkok, I:** Treatment options in primary Ewing's sarcoma of the spine: report of seven cases and review of the literature. *Neurosurgerv*, 32(3): 480-481, 1993.
15. **Toni, A; Neff, J, y Sudanese, A:** The role of surgical therapy in patients with nonmetastatic Ewing's sarcoma of the limbs. *Clin Orthop*, 286: 225-240, 1993.