

Tumor de Ewing

Ewing-en tumorea

A. Nogués

Radiodiagnóstico. Hospital Aránzazu. Donostia-San Sebastián.

DATOS CLÍNICOS BÁSICOS

Niña de 6 años que inicialmente presenta fiebre alta y tos. A los 7 días de tratamiento persiste fiebre intermitente. Imagen Rx atribuida a neumonía, que no se modifica con el tratamiento. Mantoux negativo. Analítica sin interés. Remitida a nuestro centro por su evolución atípica.

HALLAZGOS DE IMAGEN

Lo primero que llama la atención en la Rx de tórax es la presencia de una masa de gran densidad de 8 x 6 cm. situada en el vértice pulmonar izquierdo, convexa hacia el tórax. Los límites son definidos y los bordes muestran un adelgazamiento progresivo hacia la periferia. Existe una afectación ósea de tipo infiltrativo a nivel del arco anterior de la 2ª costilla izquierda. (Figuras 1

y 2) Estos hallazgos son exactamente los definidos por B. Felson, como característicos de una lesión extrapleurales⁽¹⁾. La sugerencia diagnóstica, confirmada anatómopatológicamente, fue de tumor de Ewing costal.

COMENTARIO

El tumor de Ewing afecta sobre todo a gente joven. No hay diferencia en cuanto a sexo o raza. Asienta sobre todo en la diáfisis de los huesos largos y también a los huesos planos (escápula, pelvis, costilla). Se han descrito Ewing extraóseos^(2,3).

La lesión ósea es sobre todo medular, alcanzando el tumor la cortical del hueso a través de los canales de Havers, lo que se traduce radiológicamente en la imagen permeativa habitual en este tumor. El T. de Ewing es un tumor de células redondas y su diagnósti-



Figura 1. Masa en hemitórax izquierdo. El afilamiento progresivo de los bordes hacia la periferia (flechas) indican el despegamiento de la pleura parietal por el empuje del tumor T que tiene su origen en la costilla.



Figura 2. La segunda costilla izquierda presenta una osteolisis de tipo permeativo sugerente de proceso altamente invasor.

co anatomopatológico es difícil y se realiza por exclusión de otros tumores afines, como pueden ser los de origen neural^(2,3).

La radiología simple sigue siendo de una extraordinaria importancia en el diagnóstico de los tumores óseos. La imagen radiológica

convencional tiene una gran sensibilidad y especificidad. Otras técnicas tales como la TAC permiten valorar muy bien la cortical ósea y la RNM la extensión medular.

La imagen más típica del T. de Ewing suele ser una lesión osteolítica, central, diafisaria, con frecuencia permeativa y con reacción perióstica en "capas de cebolla" en un 50% de los casos. Es frecuente que este tumor produzca la expansión del hueso sobre el que asienta. El T. de Ewing de los huesos planos presenta característicamente un **gran componente de partes blandas** y en las localizaciones de clavícula y costilla es típico que el tumor se extienda hacia en interior del tórax, como en el caso de nuestra paciente⁽⁴⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Felson. Weinstein. Spitz. Principles of chest Roentgenology. p.163-172. Saunders, Philadelphia 1965.
2. Akerman's surgical pathology, 8th ed. 1962-1964. Mosby, St Louis 1989.
3. Spjut HJ, Dorfman HD, Fechner RE et al: Tumors of bone and cartilage. 216-229. Fascicle 5. Washington DC, AFIP, 1983.
4. Egli KD, Quiogue T, Moser RP. Ewing's sarcoma. *Rad Clin N Am*1993 **31**: 325-337.