TUMOR DE EWING

N. L. Caubarrère y M. Cassinoni

Como Vds. ya lo saben y como lo acaba de recordar recién el doctor Barcia, el Maestro Ewing había podido separar de ese conglomerado que representan los tumores óseos osteogénicos, un tipo especial con característica anatomo-clínicas perfectamente definidas.

Hemos creído que el mejor homenaje que se le podía hacer al creador de esta entidad, era mostrar en su evolución algunos de los casos que hemos encontrado en su colección y según nuestro criterio, por otra parte de acuerdo con la noción actual, no constituyen un hecho de excepción.

Concepto general.

Muy discutido en un principio por todos, poco a poco fueron observando los clínicos que había un tipo de tumor óseo que a pesar de tener la apariencia de un sarcomoa osteogénico no seguía su evolución y tomaba en su iniciación la máscara de un proceso inflamatorio.

Los cirujanos encontraban que había una tumoración que al abrirla proliferaba de una manera extraordinaria en las partes blandas y que se generalizaba rápidamente.

Los radiólogos veían asombrados como algunos tumores óseos, especialmente en los jóvenes, era muy radio-sensible, regresando con muy pequeñas dosis todo el elemento tumoral, para luego recidivar y generalizarse rápidamente.

Frente a estos hechos era lógico reconocer la existencia de ese tumor independizado por Ewing y el registro americano de los sarcomas óseos lo rotuló como: tumor de Ewing. Pero más adelante la discusión se promueve de otra manera; ya no se niega su existencia, pero se discute si es una enfermedad de orden general o sólo un proceso local con repercusión general dando me-

tástasis. Geschikter y Coopeland en su libro sobre tumores óseos lo consideraban como una entidad dentro de los tumores óseos primitivos y no aceptan sino por excepción la idea de que es una enfermedad generalizada. Consideran hasta que se puede llegar a curar con una amputación precoz. Dicen además que para diagnosticarlo hay que buscar sobre todo las imágenes de condensación que resultan del ataque al hueso por un elemento que va progresando sin gran poder destructivo.

Hellner, en su libro de la Escuela Alemana de 1938, considera a este tumor como una manifestación local de una enfermedad generalizada y describe su imagen radiográfica como formada especialmente por un proceso de osteolitis y los llama sarcomas Oseo de Ewing y también Retículo Sarcoma de la Médula Osea, de acuerdo con lo sostenido por la Escuela Francesa y especialmente por Oberlin, autor éste quien hizo un estudio muy completo en el Bulletin du Cancer en el año 1928.

Actualmente se acepta que se trata de una enfermedad de sistema localizada al tejido retículo endotelial y que puede manifestarse "d'emblée" en varios focos, o aparecer un solo polo sin ninguna otra manifestación durante mucho tiempo. En una palabra: muy semejante a la linfogranulomatosis.

Desde el punto de vista radiológico también se ha discutido mucho; basta recordar que algunos autores solo describen en sus observaciones las imágenes osteolíticas como elemento fundamental y otros, las condensadas.

Si se estudian bien las observciones, se ve que todos tienen razón, se trata de un tumor que no forma hueso por si mismo, es decir osteógeno, produce distintas modificaciones a su alrededor, por procesos reaccionales que pueden a veces cubrir la imagen osteolítica y presentarse entonces como un tumor condensado.

Clínicamente se ve con más frecuencia en los niños y en pacientes menores de 20 años.

Su localización más corriente es en la diáfisis de los huesos largos. Schinz, en su libro de Roentgendiagnóstico nos presenta uno de esos tumores en un hueso frontal en un hombre de 70 años a quien se irradió y regresó rápidamente toda la tumoración. Muestra fotografías antes y después del tratamiento y dice, con mucha razón, y con una palabra muy útil, que son tumores radiosensibles, pero no radiocurables.

Suele comenzar con un proceso inflamatorio: dolor, fiebre y más de una vez, o mejor dicho como dice Cambpell, casi todos los autores por lo menos una vez han cometido el error de creer que se trataba de una osteomielitis y no un tumor de la clase que nos ocupamos.

Cuadro Radiográfico.

Presenta características que son bastante propias y que en su primer golpe de vista parecería que estuviéramos frente a signos patognomónicos. Sin embargo, como veremos más adelante, no es así. El tumor desarrollándose en una forma más o menos lenta produce las mismas reacciones que se pueden encontrar en otros a marcha lenta, pero no obstante eso, se pueden describir signos que ayudan al clínico a resolver el problema diagnóstico.

Los signos radiográficos pueden dividirse en Centrales y Periféricos.

a) **Signos Centrales.**

Muestra en su iniciación una claridad central ligeramente ovalada, a límites indefinidos en la diáfisis de un hueso largo. Imagen que, unida a la ligera hipertermia pueden hacer pensar en una osteomielitis. Sólo las nuevas radiografías unas semanas después nos harán entrar en la realidad cuando aparezcan los signos periféricos.

b) **Signos Periféricos.**

Es aquí que encontramos elementos más característicos y que no son otra cosa que la reacción ósea de la cortical y el periostio frente a la distensión provocada por el crecimiento del tumor.

En su crecimiento excéntrico hacia la cortical y la médula puede tomar un aspecto fusiforme. Es en los límites que separan la masa tumoral del hueso donde encontramos los espezamientos óseos, apareciendo finas capas óseas que se disponen paralelamente a la diáfisis y que en un corte transversal hacen que la masa tumoral central esté rodeada de capas óseas, disponiéndose concéntricamente tomando un aspecto semejante a la corteza de la cebolla. Se le denomina "síndrome en hoja de cebolla"; aspecto

que se destaca muy bien en la radiografía y es elemento de gran valor. Esta especie de estuche puede romperse, lo que hace generalmente y entonces el tumor hace saliente por ese lugar apareciendo las formaciones llamadas espículas. Estas formaciones no deben confundirse con las que aparecen en el tumor osteogénico que son verdaderas neoformaciones óseas del propio tumor; aquí se trata de las formaciones vasculares que salen hacia afuera y se condensan. Estas espículas del tumor de Ewing son sumamente radiosensibles, lo que se explica perfectamente bien dado su composición, mientras que las espículas de las formaciones de los tumores osteogénicos, permanecen inconmovibles frente a la radioterapia.

Las metástasis.

Son muy precoces y es debido precisamente a esta precocidad, que las hace simultáneas a los primeros síntomas, que muchos autores han pretendido también darlas como elemento para sostener el concepto de que estos tumores, constituyen una enfermedad sistematizada, donde el hueso sería una de las localizaciones. Las metástasis craneanas pueden no hacerse fácilmente visibles, ya que éstas suelen no perforar las 2 tablas óseas de la bóveda craneana.

Las metástasis pulmonares se presentan como cualquier siembra nodular, pero de una gran radiosensibilidad.

El cuadro clínico, la imagen radiográfica y la radiosensibilidad se unen de tal manera que representan tanto como una buena biopsia.

Se pasaron un conjunto de radiografías.