

SARCOMA DE EWING.

RECONSTRUCCIÓN COMPLEJA PARA PRESERVACIÓN DE MIEMBRO.

Gómez Rodríguez, A.; Ajuria Fernández, E.; Fraile Loría, S.; Franco I Moral, M.; Díaz Martín, A.
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario 12 Octubre.

 **Hospital Universitario**
12 de Octubre

INTRODUCCIÓN: El sarcoma de Ewing (EWS) es un tumor de células redondas pequeñas, asociado habitualmente con translocación t (11:22). Ocurre más comúnmente en la región metafisodiafisaria de huesos largos en pacientes <25 años.

OBJETIVOS: Presentamos la planificación, la reconstrucción compleja tras resección tumoral y los resultados funcionales de un paciente con un EWS EIII (skip mets) en tibia y peroné distales.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Mujer, 29 años. Sin antecedentes de interés.

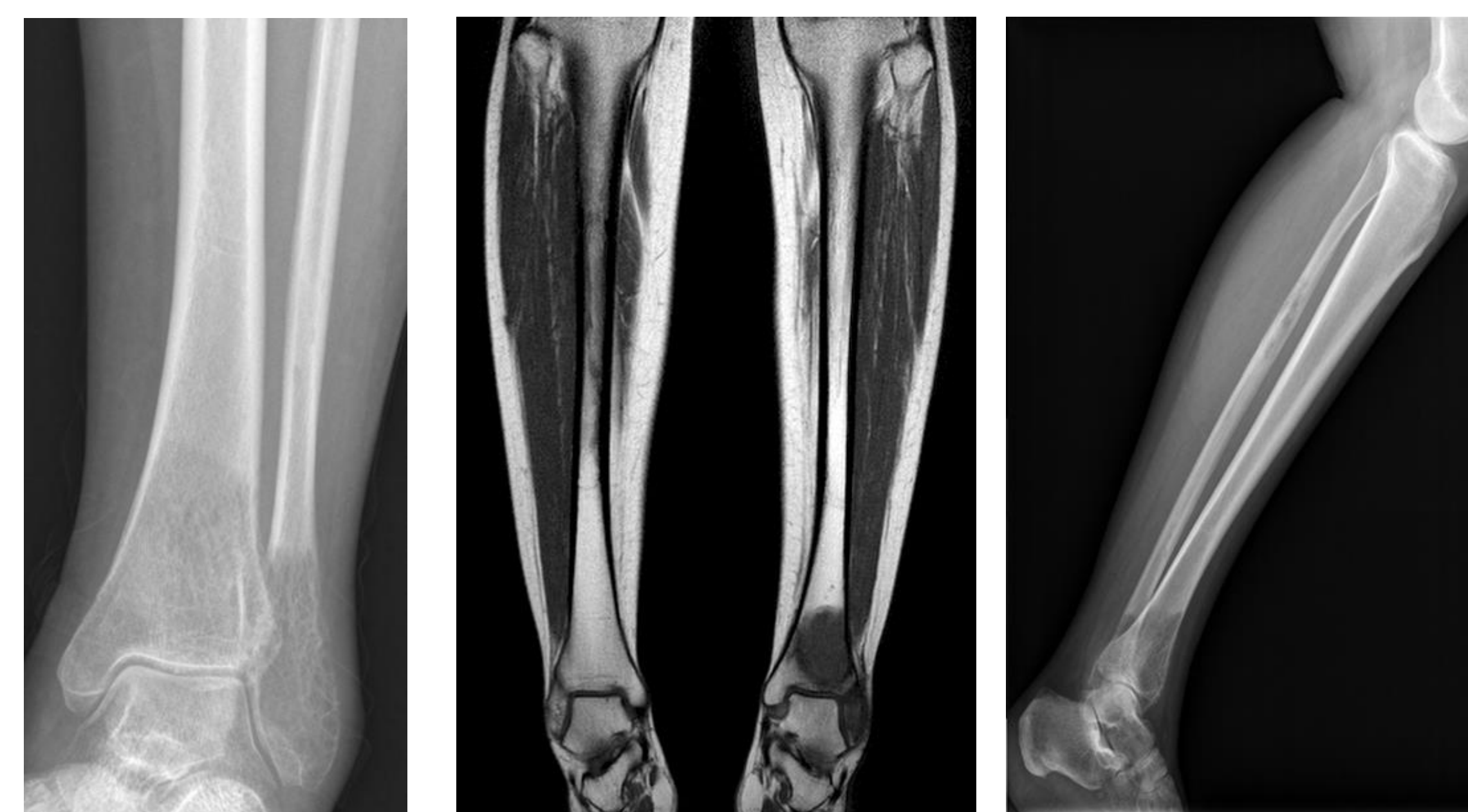
Motivo consulta: dolor en región de tibia-peroné distales.

Radiografía: lesión radiolúcida en metafisoepifisis distal de tibia y peroné y cuatro lesiones en diáfisis peroné compatibles con metástasis.

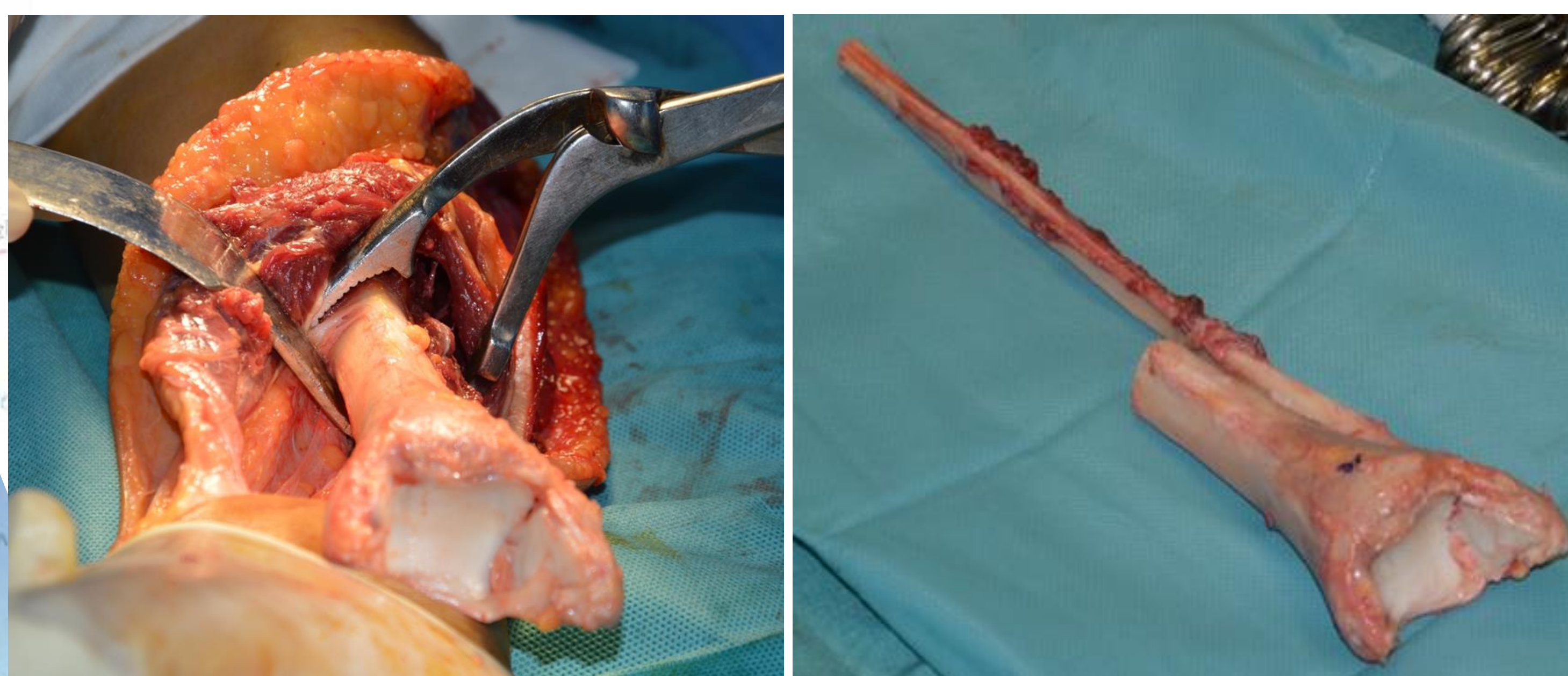
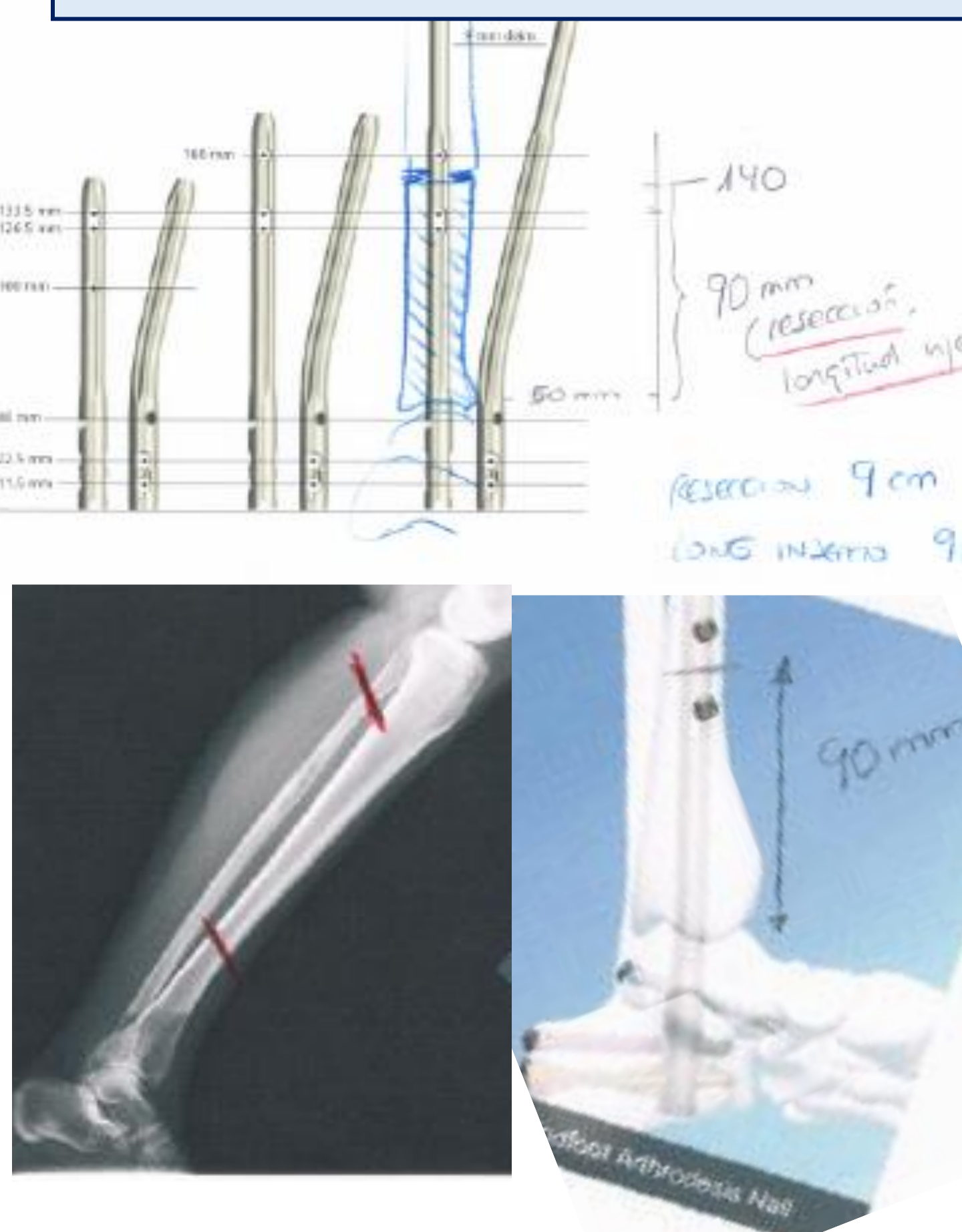
Otras pruebas: TC y RM, gammagrafía ósea, RM MINF (difusión-perfusión). Biopsia guiada con TC. IHQ, citogenética, análisis molecular (FISH). BMO sin evidencia de infiltración. PET-TC.

Diagnóstico: EWS estadio III (skip mets); o EWS multicéntrico

QT neoadyuvante: VAC/IE(4 ciclos) + Re-Estadificación RM postQT.



Intervención quirúrgica: resección en bloque con criterios oncológicos (R0) según planificación preoperatoria y reconstrucción primaria con aloinjerto de banco de tibia distal + artrodesis de tobillo con clavo intramedular + encaje tallado telescópico + placa preconformada de bajo perfil de ángulo variable.



Anatomía patológica: Pieza resecada con respuesta completa a neoadyuvancia sin restos tumorales, grandes áreas de fibrosis + necrosis de >95%.



RESULTADOS

Sin complicaciones intraoperatorias. Cultivo de superficie de aloinjerto óseo: *Enterococcus faecium* y *Staphylococcus coagulasa-negativa*, realizándose tratamiento antibiótico profiláctico.

Terminó la pauta de quimioterapia VAC/IE completa (17 ciclos).

Inició carga total con ayuda a las 7 semanas, al año caminaba sin bastones con cojera residual esperada.

A los 7 meses se aprecian signos incipientes radiográficos de integración del aloinjerto.

Tras ocho años de seguimiento, con controles periódicos, la paciente continúa asintomática, manteniendo estabilidad radiográfica de la reconstrucción y sin signos de recidiva tumoral.

CONCLUSIONES

El EWS es una entidad que debe ser manejada desde un punto de vista multidisciplinar. La resección en bloque y reconstrucción compleja, tras una minuciosa planificación prequirúrgica han hecho posible la preservación del miembro afecto y, junto al resto de actuaciones médicas, mantener a la paciente libre de enfermedad sin datos de recidiva.



6 CONGRESO
secot

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA