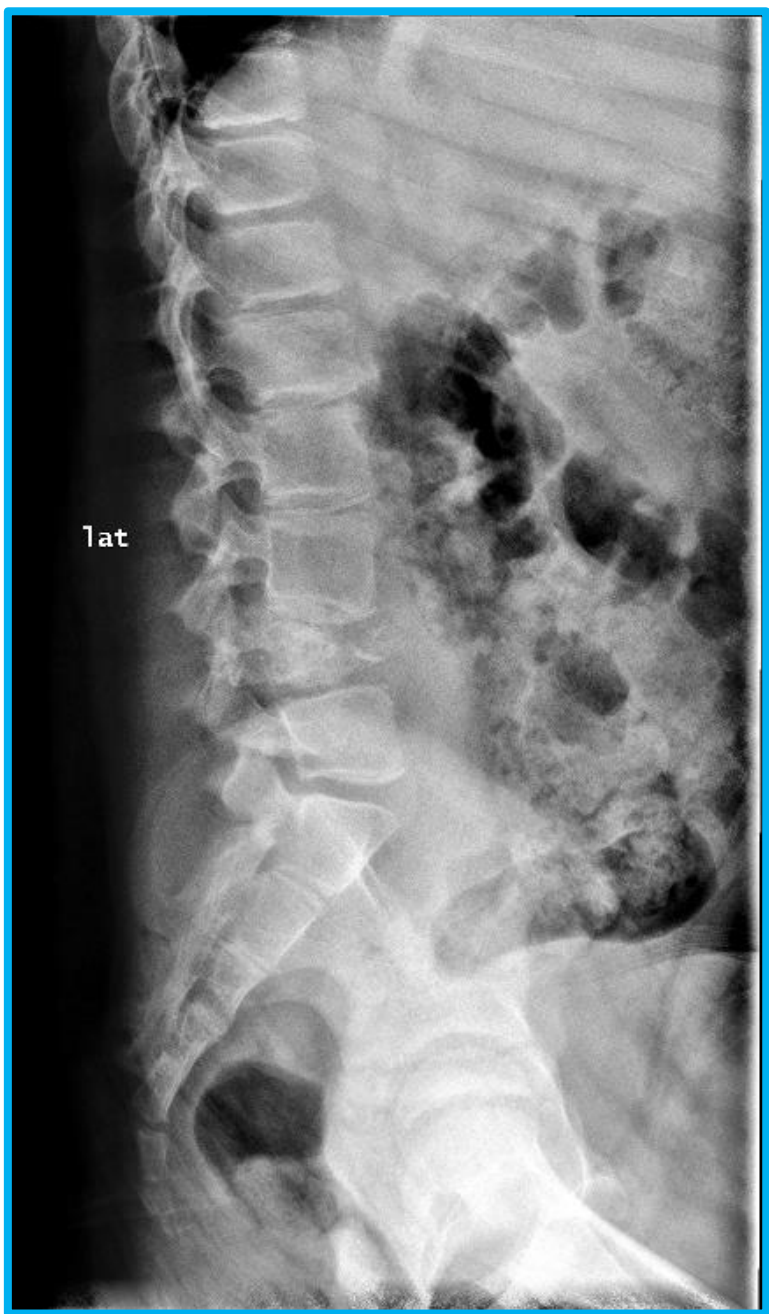
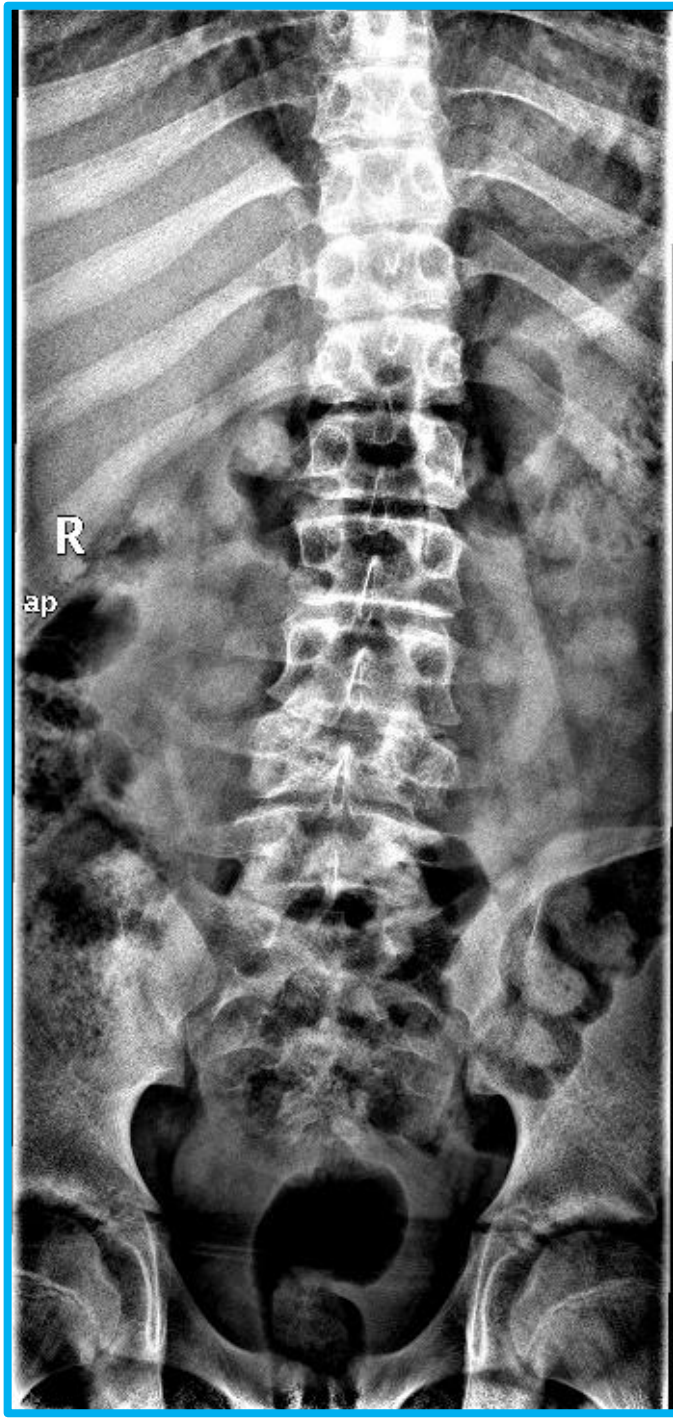


Varón de **8 años de edad** en seguimiento por obesidad en otro centro donde consulta por **dolor en MID** con estudio radiológico normal.

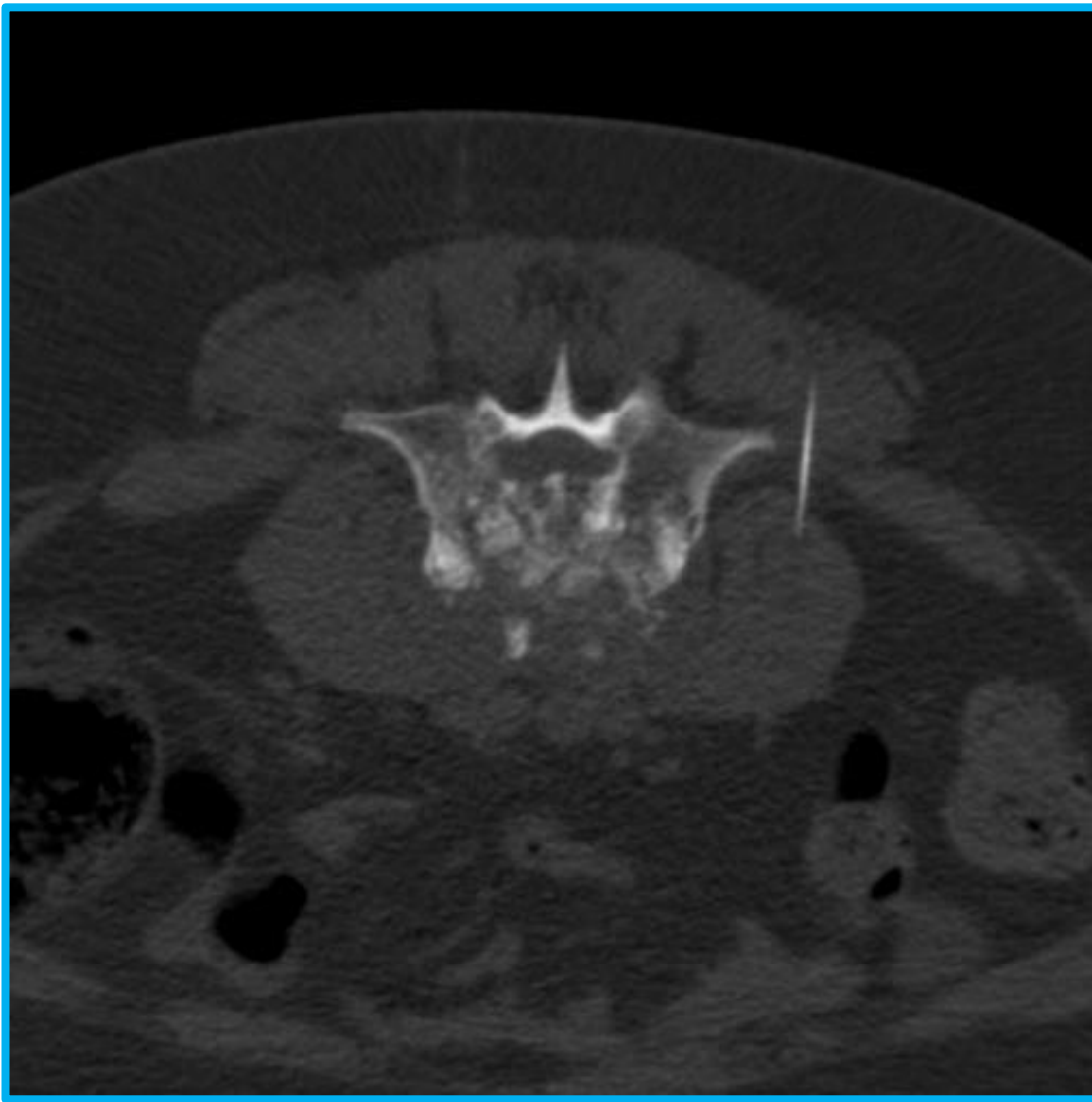
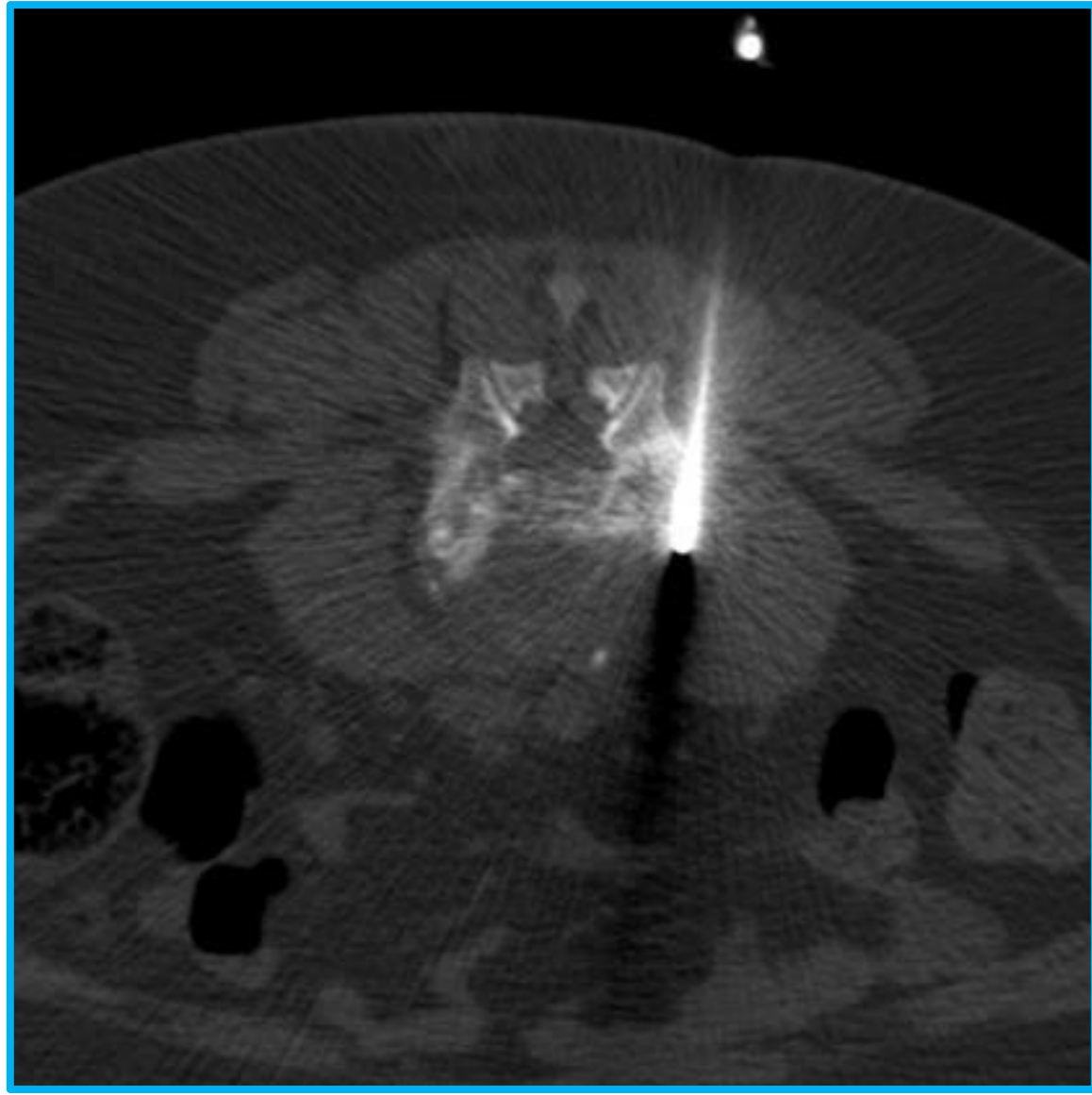
Tras varias visitas a urgencias su pediatra solicita ECO abdominal y es el radiológico quien ante la clínica de **ciatalgia** decide realizar Rx de columna: **lesión lítica en L4 con “vertebra plana”**.

Al ingreso para estudio de la lesión asocia también **disuria e incontinencia urinaria**.



Biopsia percutánea transpedicular bajo control de escopia + administración de **corticoides** por el posible diagnóstico de **Granuloma eosinófilo** (RM: pérdida de altura de L4 sin afectación del arco posterior y aumento de partes blandas que obliteran gran parte del canal raquídeo , agujero de conjunción derecho y parcialmente el izquierdo. Intensa captación de contraste de la vertebra y las partes blandas perivertebrales) + **corsé lumbosacro**.

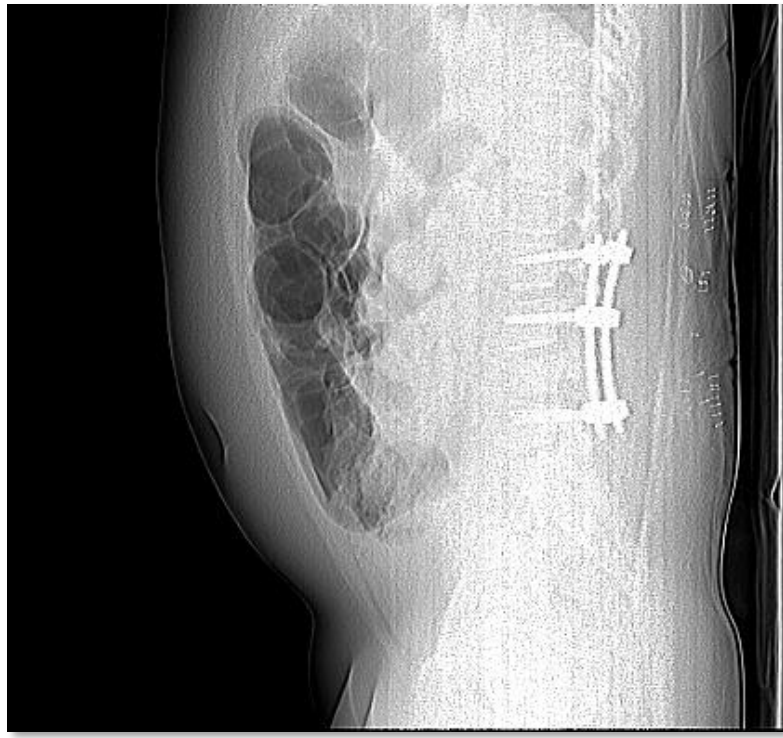
Mejoría transitoria de la clínica de dolor e incontinencia sin muestra suficiente para diagnostico anatomopatológico: **nueva biopsia guiada por TAC** a la semana.



Ante la persistencia del cuadro clínico con **lumbociática y síntomas miccionales** a las 3 semanas se decide **descompresión quirúrgica del canal raquídeo** mediante laminectomía y fijación con tornillos pediculares en L1-2 y 5 remitiéndose muestras de la masa para estudio anatomopatológico (muestra guiada por TAC insuficiente).

Diagnostico final de **SARCOMA DE ALTO GRADO DE LA FAMILIA PNET-EWING**

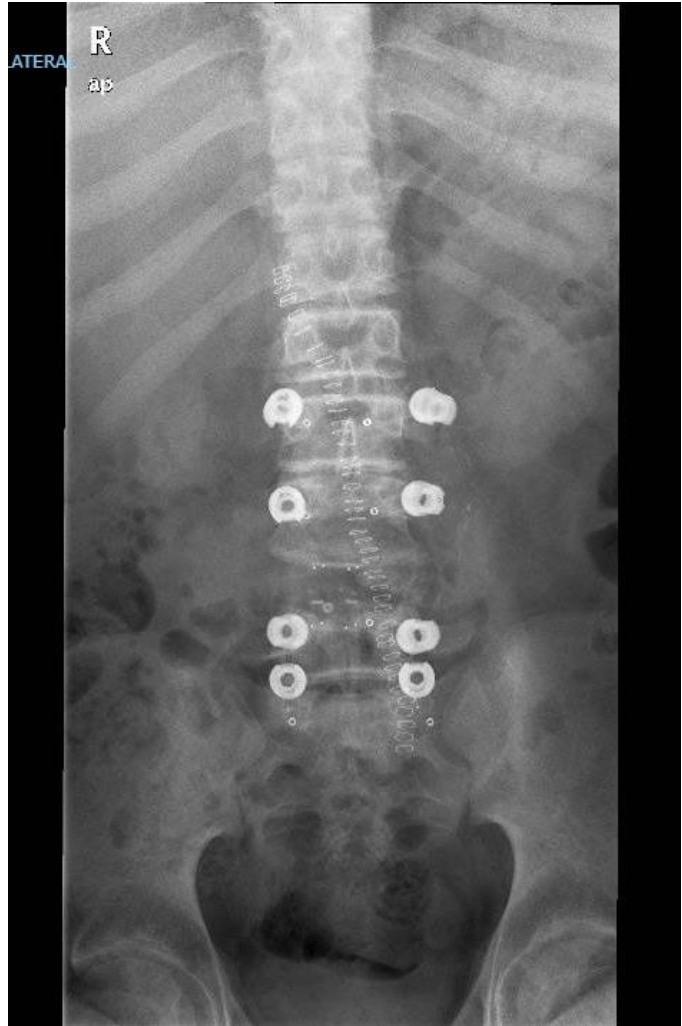
Tras estudio de extensión sin afectación metastásica, inicia tratamiento **según protocolo Euro-Ewing 2012 (VIDE)**,al finalizar el tratamiento de **inducción** (5 meses) existe una disminución del 50% de la masa tumoral , se desestima el tratamiento quirúrgico y realiza tratamiento **quimioterápico de consolidación y radioterapia**.



2 años después presenta dolor lumbar con irradiación a MID y tras estudio con pruebas de imagen se diagnostica una recidiva con **crecimiento de la masa a nivel paravertebral derecho**.

Se descarta la posibilidad de una cirugía con márgenes libres por la necesidad de cirugía descompresiva y la localización de la lesión.

Se realiza **cirugía de resección de restos de sarcoma en vértebra L4, con resección vertebral y sustitución de cuerpo**, y sustitución de todo el material de artrodesis previo L2-L3-L5 de titanio por otro de sistema de carbono. Tras dos recaídas más el paciente finalmente fallece a los dos años del diagnóstico inicial del osteosarcoma.



EDAD DE PRESENTACION

EDAD	BENIGNO	MALIGNO
0-5	G.EOSINOFILO	
5-10	Q.O.A G.EOSINOFILO OSTEOBLASTO MA O.OSTEOIDE	OSTEOSARCO MA S. EWING
10-20	Q.O.A OSTEOCON DROMA O.OSTEOIDE	

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LOS TUMORES VERTEBRALES EN EL NIÑO

D.D. en nuestro caso: 8 años, **lesión lítica en cuerpo vertebral con vertebra plana** y afectación neurológica

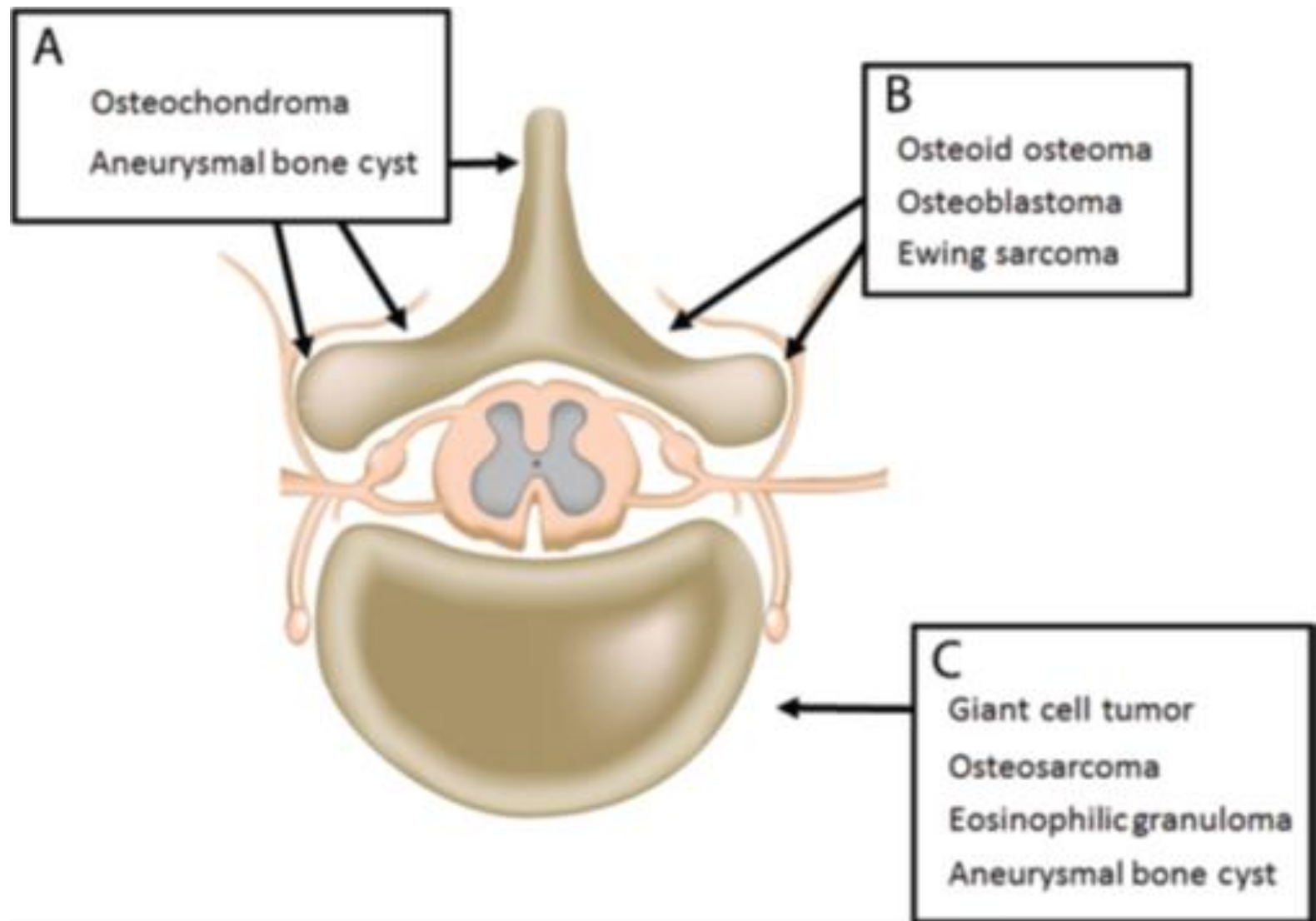
Infección (suele asociar fiebre y/o síndrome constitucional)

G. Eosinófilo (se infiltró con corticoides pensando en esta posibilidad, ya que es una forma de tratamiento, y puede cursar con clínica neurológica por colapso vertebral y **vertebra plana**, pero no existe masa de partes blandas asociada habitualmente)

Osteosarcoma (la rápida progresión de la clínica neurológica y el tamaño de la afectación de las partes blandas nos hizo pensar en este o el O. Ewing con alta probabilidad)

S. Ewing (puede manifestarse como vertebra plana con masa de partes blandas asociada).

LOCALIZACIÓN TOPOGRAFICA EN VÉRTEBRA



DISTRIBUCION EN LA COLUMNA

