

Febrero 2018 – SARCOMA DE EWING ESPINAL

1.- DESCRIPCIÓN DEL CASO

Adolescente de 16 años con clínica de Compresión medular siendo diagnosticado de Sarcoma de Ewing entre C5 y D1.

Se realiza cirugía descompresiva, eliminando la porción intracanal pero con persistencia de enfermedad extramedular en forámenes C6-C7-D1 izquierdo. En el PET TAC poscirugía se aprecia captación a dicho nivel.

Realiza tratamiento con VIDE (Euro Ewing-2012) y se reevalúa con RM apreciándose resto tumoral, sin captación en PET/TAC

En el Comité se desestima cirugía por las secuelas y se remite a Oncología Radioterápica para valoración.

Se propone RT sobre enfermedad inicial + margen hasta 45 Gy y boost hasta 50,4 Gy en resto visible en RNM

2.- DUDA CONSULTADA

Los Pediatras proponen realizar un tratamiento concomitante con QT acogiéndose al Euro-Ewing.

La duda planteada es realizar RTQT concomitante vs QT - RT – QT por la posible toxicidad

3.- RESPUESTAS

- Una cirugía urgente descompresiva con resto macroscópico no puede ser considerada como tratamiento local óptimo del Ewing. Yo sí consideraría seguir el protocolo y aplicar la Radioterapia concomitante con QT. Un chico de 16 años no tiene por qué tener una mala tolerancia más allá de la hematológica habitual con 50,4 a 1,8.

- El protocolo EWING-SEOP sí contempla la administración de quimioterapia concomitante con radioterapia cuando la resección es intralesional, como es el caso, empleando el esquema VAC pero omitiendo la actinomicina cuando el ciclo coincida con la irradiación. Se permite incluso la administración de radioterapia hiperfraccionada y quimioterapia simultánea.

- Sin duda la cirugía en este caso ha sido descompresiva pero no oncológica del Ewing. En mi opinión se puede considerar que es un paciente para RT radical, dado que no es ni será quirúrgico. Por la localización las dosis han de ser las que se indican 50,4 Gy máximo. Se beneficiaría de una técnica de IMRT o VMAT para poder ajustar las dosis a médula y por supuesto de una buena inmovilización y de IGRT durante el tratamiento (CBCT con matching de las vértebras sería ideal).
Dicho esto, yo sí aceptaría hacer QT-RT tal como se recomienda en el protocolo del EuroEwing 2012, excluyendo Actinomicina y Doxorubicina. Se trata de un paciente con un alto riesgo de recaída local y con 16 años no tiene porqué complicarse si se mantienen las dosis de tolerancia a médula

- Opino como el resto de mis compañeros. Habitualmente, se hace la QRT simultánea tal y como dice el protocolo. Algunas veces, hay que suspender la QT en las últimas sesiones de la RT por neutropenia. Yo he tenido un caso parecido de una adolescente de 16 años, con una lesión en C3 y se hizo el tratamiento concomitante. Al final tuvo una faringitis/esofagitis grado 2 que cedió con tratamiento sintomático, sin necesidad de ingreso

- Opino como vosotros. La CIA no ha sido oncológica y el tratamiento debe ser RT más QT concomitante según protocolo. Hay q ir a por todas

CASOS CLÍNICOS -GRUPO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA PEDIÁTRICA

- Totalmente de acuerdo con los compañeros respecto a irradiarlo y se debe seguir el protocolo con Qt, con evitación de los fármacos referidos, puesto que ello asegura reproducir los resultados. A los padres habrá que advertirles del riesgo de llegar a dosis medulares máximas, con el mayor tacto pero siendo conscientes de la necesidad para obtener los mejores resultados

- Nada más que añadir. Me sumo a la opinión del resto de compañeros.

- Completamente de acuerdo con los compañeros, seguiría el protocolo, no va a tener mayor problema y, si es posible, IMRT o VMAT...

- También de acuerdo con QT-RT sin actino y doxo, IMRT-VMAT con IGRT.

- Totalmente de acuerdo a RT con intención radical (50.4 Gy) como indica Euro Ewing 2012.Si es posible VMAT/IGRT

4.- CONCLUSIÓN

Siguiendo las indicaciones del Protocolo de EuroEwing 2012:

La cirugía ha sido subóptima y por tanto debe ser considerado para tratamiento radical con RT – QT concomitante llegando a dosis de 50,4 Gy excluyendo Actinomicina y Doxorrubicina.

Se recomienda usar técnicas IMRT o VMAT.

5.- BIBLIOGRAFIA