

Viñeta clínica

Elastofibroma dorsi: reporte de un caso

Elastofibroma dorsi: a case report

Andrés Tomasone*

Resumen

El elastofibroma dorsi es un tumor benigno, cuya localización más frecuente es la pared torácica, a nivel de la región infraescapular. Generalmente afecta a mujeres entre la quinta a séptima década de la vida, siendo el compromiso bilateral muy frecuente. Su presentación clínica es variable desde una lesión asintomática descubierta accidentalmente por estudios de imágenes complementarios (ecografía, tomografía, resonancia) solicitados por otra causa, pasando por síntomas leves, en ocasiones no muy bien definidos, hasta dolor e impotencia funcional.

A partir de una viñeta clínica el autor de este artículo repasa las características más destacadas de esta causa poco frecuente de dolor torácico.

Abstract

Elastofibroma dorsi is a benign tumor, often located on the chest wall at the infrascapular region. It often affects women between the fifth and seventh decade of life, and bilateral involvement is very frequent. Its clinical presentation varies from an asymptomatic lesion accidentally discovered by complementary image studies (ultrasound, computed tomography, magnetic resonance image), through the development of mild symptoms, sometimes not well defined, even local pain or functional disability.

Through a clinical vignette, the author of this article reviews the outstanding features of this entity as a rare cause of chest pain.

Tomasone A. Elastofibroma dorsi: reporte de un caso. *Evid Act Pract Ambul.* 2015;18(3):97-98. Jul-Sep.

Descripción del caso

Una paciente de sexo femenino, de 54 años de edad, consultó en marzo de 2012 a un servicio de emergencias por dolor en la región dorsal de 20 días de evolución, el que había comenzado al regresar de un viaje a la ciudad de La Paz, Bolivia. El dolor estaba localizado a nivel subescapular y en el espacio interescapulovertebral derecho, no presentaba irradiación, era de tipo sordo, de baja intensidad, la que aumentaba levemente con la inspiración, y se reproducía a la palpación local. En esa primera consulta se realizó una radiografía de tórax que fue interpretada como normal. En los meses sucesivos la paciente tuvo algunas consultas más por este problema, que refirió era intermitente, lo que motivó la solicitud de una ecografía musculoesquelética que no fue realizada.

A mediados de 2014 consultó nuevamente por el desarrollo de falta de aire al caminar rápido y al adoptar el decúbito lateral derecho. En ese momento el examen físico impresionaba normal, salvo sobrepeso (índice de masa corporal de 29 kg/m²) y un soplo sistólico en el foco aórtico de intensidad 2/6, sin irradiación ni cambio con el decúbito. Un ecocardiograma doppler color transtorácico informó la presencia de esclerosis leve de la válvula aórtica, e insuficiencias mitral y tricuspídea leves, con función ventricular izquierda normal. También se realizó una espirometría que fue normal.

A principios de 2015, y ante la persistencia del síntoma, el médico de cabecera reevaluó a la paciente a través del examen físico, advirtiendo una ligera asimetría del tejido celular subcutáneo en la región subescapular. Este hallazgo motivó la realización de una tomografía axial computada de tórax sin contraste (ver figura 1), en la cual se identifica un elastofibroma dorsi bilateral (lesiones marcadas con flechas), y una ecografía musculoesquelética en la que se observa la imagen típica coincidente con el área afectada (ver figura 2).

Elastofibroma dorsi

Introducción

La primera descripción de esta entidad fue hecha por Jarvi y Saxen en 1961¹, como una tumoración de tejidos blandos de crecimiento lento. Se trata de una lesión no encapsulada, hipocelular y con contenido variable de colágeno, grasa y fibras elásticas². A nivel microscópico tiene una forma de presentación típica: las fibras elásticas se disponen en forma de discos aserrados mezclados con estroma mixomatoso. Los frotis citológicos son hipocelulares, pero las alteraciones men-

cionadas son patognomónicas, lo que motiva su fácil diagnóstico en material por aspiración, por impronta de tejido fresco y en cortes citológicos²

El diagnóstico se basa en el examen físico, y los estudios de imágenes³. En pocas oportunidades es necesario realizar estudios histopatológicos⁴⁻⁵.

Epidemiología

Clínicamente se lo considera un tumor benigno poco frecuente de los tejidos blandos, aunque algunos autores sostienen que suele ser subdiagnosticado^{1,6}.

Brandser y col. describieron una prevalencia del 2% en personas mayores de 60 años, quienes fueron estudiadas mediante tomografía computada, mientras que un estudio basado en necropsias encontró una prevalencia del 24% en mujeres y del 11% en hombres⁵.

Presentación clínica

La localización más frecuente es anterior a la escápula sobre el plano costal, entre la sexta y octava costilla en profundidad con respecto a los músculos de esa región (serrato anterior, dorsal ancho y elevador de la escápula)⁶. Puede simular una escápula alada si es de gran tamaño⁶. La denominación de elastofibroma dorsi se debe a que en el 99% de los casos se encuentra localizado en la región subescapular, en la proximidad del ángulo inferior de la escápula, entre los músculos serrato, romboides mayor y dorsal ancho⁷.

Ocasionalmente se han descrito otras localizaciones como los pies, bajo la forma de nódulos subcutáneos múltiples^{2,11}, en la región deltoidea, el trocánter mayor, el olécranon, la tuberosidad isquiática, la pared torácica, la válvula tricúspide, el colon, el recto, el estómago, la mucosa oral, la axila, la órbita y la mucosa traqueobronquial^{2,7,12}.

Se han publicado casos de elastofibromas adheridos al músculo, al periostio de la costilla y de la escápula, que simulaban el comportamiento de un tumor maligno^{7,8}.

El motivo de consulta en la mitad de los casos es el hallazgo de una masa asintomática en la región subescapular, de consistencia elástica y cubierta por piel de aspecto normal, que en la mayoría de los casos es diagnosticada como un lipoma⁷. En ocasiones el paciente nota modificaciones de la tumoración con los movimientos del brazo, o un chasquido escapular o crujido, lo que orienta al diagnóstico. Las dificultades de movilización activa o pasiva del hombro son muy infrecuentes⁹.

* Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. andres.tomasone@hospitalitaliano.org.ar



En ocasiones, dado que el dolor puede irradiar al hombro, el diagnóstico puede confundirse con lesiones del manguito rotador o con una bursitis subacromial⁸.

La etiología de esta entidad es desconocida hasta el momento, y se discuten varias hipótesis en cuanto a su etiopatogenia. La hipótesis del mecanismo reactivo sostiene que su aparición se ve favorecida por los microtraumatismos repetitivos por la fricción de la escápula contra la pared torácica; se sustenta en que se observó una mayor incidencia en el lado derecho de trabajadores manuales diestros⁹. Según este mecanismo, los microtraumas producirían la degeneración de las fibras de colágeno con hiperproliferación de fibras elásticas⁹. La asociación con insuficiencia vascular en algunas series y la predisposición heredofamiliar sugieren que podría haber una predisposición genética^{3,12}.

Abordaje diagnóstico y terapéutico

El diagnóstico se basa en el examen físico y los estudios por imágenes, aunque en ocasiones puede ser necesario el estudio histopatológico⁵. La ecografía, la tomografía computarizada y la resonancia magnética nuclear son las exploraciones complementarias más utilizadas para confirmar el diagnóstico^{5,6,7,10}. En muy pocos casos es necesario realizar biopsias quirúrgicas, cuando el diagnóstico clínico y radiológico no son contundentes^{5,7,10,13}.

Los diagnósticos diferenciales pueden clasificarse en clínicos y radiológicos. El diagnóstico clínico diferencial se plantea con otros tumores de partes blandas (lipomas, sarcomas, hemangiomas), y en los casos de dolor irradiado al hombro, con patologías de esa articulación. Si se observa adherencia al perostio del hueso o a tejidos profundos, debe tenerse en cuenta la posibilidad de un tumor de estirpe sarcomatosa. A nivel radiológico debe diferenciarse esta entidad con otras lesiones similares en aspecto al músculo esquelético, y las que incluyen abundantes fibras colágenas, como el tumor desmoide extraabdominal, el fibroma cicatrizal y el histiocitoma fibroso.

El elastofibroma dorsi presenta características ecográficas, topográficas y en la resonancia magnética nuclear que permiten realizar el diagnóstico.

Ecográficamente, la lesión se visualiza como un nódulo sólido alternando áreas hipoecoicas con hiperecoicas (que representan fibras elásticas mezcladas con tejido adiposo), muchas veces con señal doppler negativa^{2,7}.

En la tomografía axial computada se visualiza como una masa con densidad de partes blandas de aspecto estriado, por la alternancia de las fibras elásticas con el tejido graso.

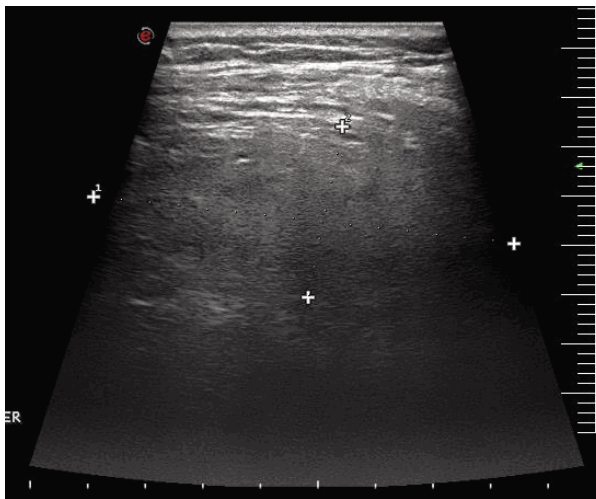
En la secuencia T1 de la resonancia magnética nuclear se observa el tejido fibroso hipointenso y el tejido adiposo hiperintenso.

El tratamiento de estas lesiones es la escisión quirúrgica, en caso de que cause dolor. Esta intervención es curativa, aunque se han descrito recurrencias hasta en el 7% de los casos de extirpación incompleta.

Figura 1. Imagen tomográfica en la que se identifica la lesión bilateral correspondiente al caso de elastofibroma dorsi reportado.



Figura 2. Imagen ecográfica del elastofibroma dorsi reportado.



Referencias

- Jarvi OH y col. Elastofibroma Dorsi. *Acta Pathol Microbiol Scan* 1961;144 suppl 51:83-4
- Baema Ocampo L y col. Elastofibroma Dosi. *Citología por impronta en estudio transoperatorio*. *Patología* 2011;49(1):53-56
- Redondo Arcaya AM y col. Elastofibroma dorsi: tumor de rara presentación FMI.2013;17(20)40
- Brandser EA y col. Elastofibromas Dorsi: prevalence an elderly patient population as revealed by TC. *AJR AM Roentgenol* 1988;171:997-80
- Cavallasca JA y col. Elastofibroma Dorsi: revisión de 4 casos. *Reumatol Clin*. 2012;8(6):358-360
- Ramos R y col. Elastofibroma dorsi: un tumor infrecuente e infradiagnosticado. *Arch Bronconeumonol* 2011;47(5):262-263
- Yañez S y col. Elastofibroma dorsi . Estudio retrospectivo de 6 casos. *Actas Demosiflogr*. 2008;99:644-7
- Bricoli A, y col. Elastofibroma dorsi. *Surg Today* 2000;30:147-52
- Jarvi OH y col. Subclinal elastofibroma in an autopsy series: additional notes on the aetiology and pathogenesis of elastofibroma pseudoneoplasm. *Acta Pathol Microbiol Scan*. 1975;83:87-108
- Debe DM y col. Elastofibroma dorsi: un tumor infrecuente de la pared toracica. *Experiencia Médica*. Vol 29-Nº2 2011 67-69
- Shimizu S y col. Multiple elastofibromas. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50:126-129
- Negamine A y col. Elastofibroma en Okinawa. A clinicopathologic Study of 170 cases. *Cancer* 1982;50:1794-1805.