

ELASTOFIBROMA DORSI: ¿Una entidad subdiagnosticada?

Sonia Lesyk; Ruben Alvaro Antezana M.; Alfredo Buzzi

Propósito:

El objetivo de este trabajo es determinar si el elastofibroma dorsi es una entidad subdiagnosticada en los estudios de TC de tórax, independientemente del motivo del estudio.

Material y Métodos:

-Revisión retrospectiva de 6 meses de TC de tórax de pacientes adultos realizadas en nuestra institución, tanto en servicio de guardia, internación y ambulatorio; independientemente de la causa que haya motivado su indicación, en búsqueda de la presencia de elastofibromas dorsi.

-Correlación de los hallazgos de la revisión retrospectiva con los informes médicos para evaluar cuántos de los elastofibromas fueron informados.

-Evaluación estadística de presencia de elastofibromas, unilateralidad o bilateralidad, y porcentajes por sexos y edades.

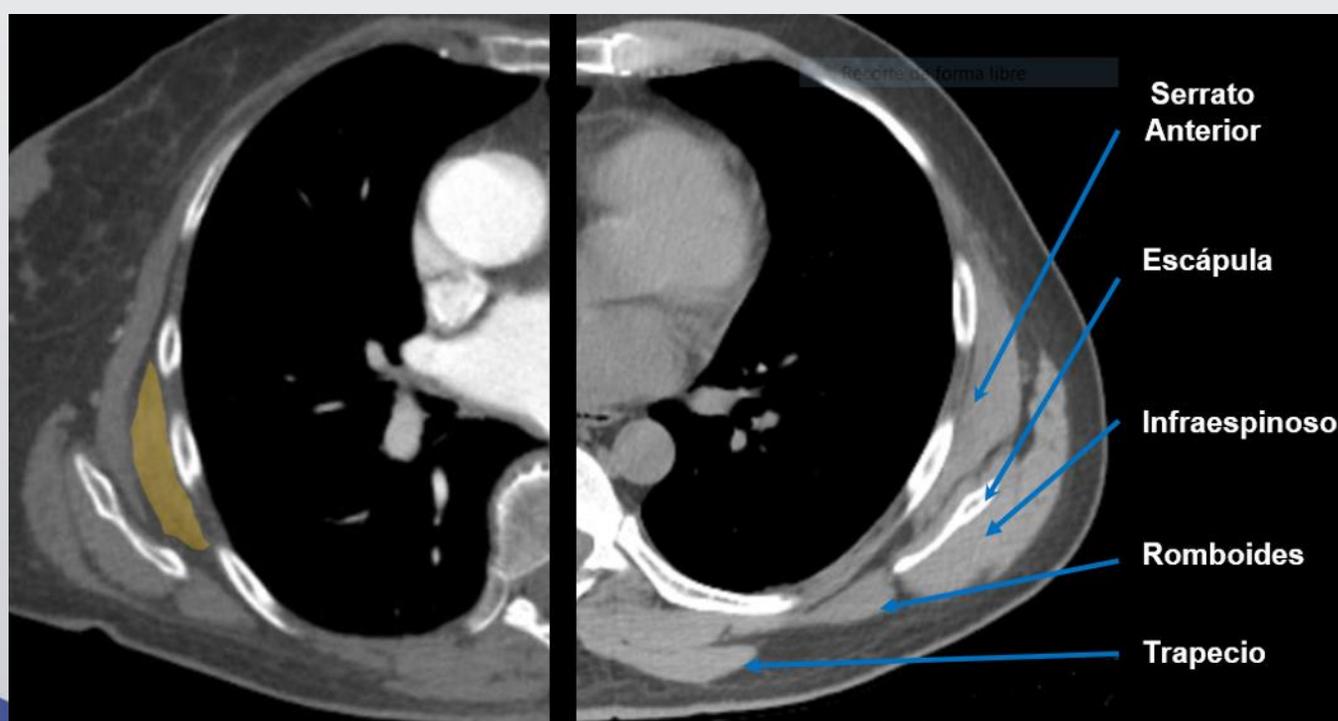


Figura 1: Estructuras importantes en la localización típica del elastofibroma.

Desarrollo:

El elastofibroma dorsi es una lesión benigna hiperplásica fibroelástica (pseudotumoral) del tejido blando, que suele localizarse en la profundidad de la región dorsal, entre la pared torácica y el tercio inferior de la escápula (se encuentran en el 11,2% de las autopsias de hombres, y en el 24% de las autopsias de mujeres).

La TC no es la técnica de estudio habitual para el elastofibroma, aunque puede ser un hallazgo casual en una TC de tórax indicada por otro motivo; por ello es importante conocer sus características en esta técnica de imagen.



Figura 2: Elastofibroma dorsi bilateral, paciente de 74 años de edad.

Se identifica como una masa de tejidos blandos en la localización típica del elastofibroma, presentando márgenes más regulares que en la imagen ecográfica. En la cara superficial de la lesión suele observarse un plano graso que permite delimitarlo, mientras que en el plano profundo no es posible establecer plano de clivaje con la pared costal. Al emplear contraste intravenoso se observa leve realce en la mayoría de los casos, aunque es frecuente que no capte contraste.

Se identifican 3 diferentes patrones de elastofibroma según la imagen por TC:

Tipo A: sólido fasciculado heterogéneo, con bandas hipodensas de grasa e isodensas fibrosas.

Tipo B: sólido heterogéneo de aspecto inespecífico (zonas de grasa no distribuidas en láminas).

Tipo C: sólido homogéneo isodenso con el músculo



Figura 3: Elastofibroma dorsi bilateral, paciente femenina de 74 años de edad.



Figura 4: Elastofibroma dorsi bilateral, paciente femenina de 76 años de edad.

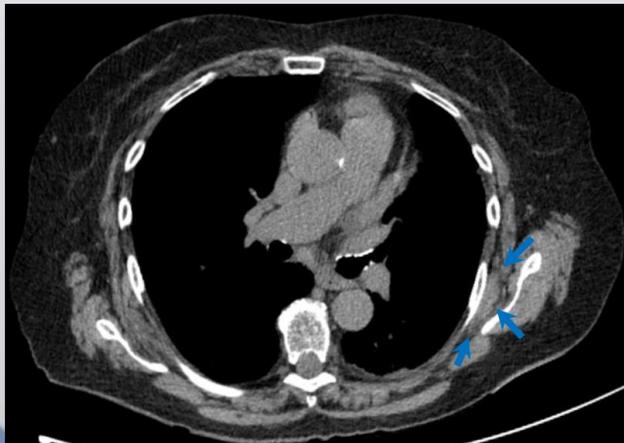


Figura 5: Elastofibroma dorsi bilateral, paciente femenina de 77 años de edad.

Diagnóstico diferencial del elastofibroma dorsi

Lipoma: masa blanda, móvil respecto a planos superficiales y profundos, con densidad grasa. Presenta un patrón homogéneo y márgenes bien definidos.

Tumor desmoide: masa sólida, de consistencia dura, fijada a planos superficiales y profundos, con márgenes mal definidos e irregulares. Muestra realce significativo con el contraste.

Tumores malignos (sarcoma, MTS): masa muy heterogénea con zonas de realce tras la administración de contraste. Signos de infiltración local de tejidos blandos y hueso.

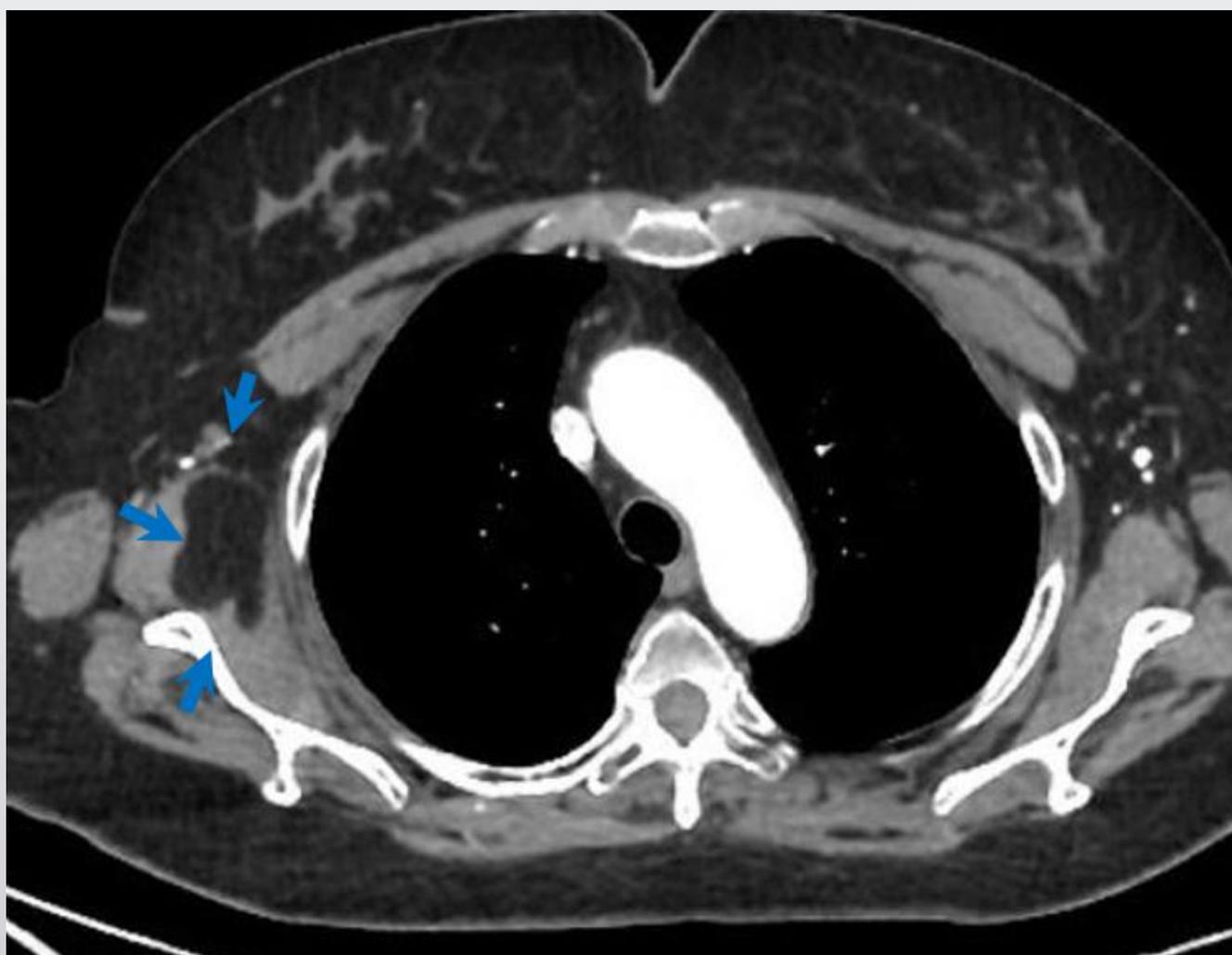


Figura 6: Lipoma intramuscular en el músculo infraescapular, paciente femenina de 68 años de edad.

Hallazgos:

En la revisión retrospectiva, en 6 meses de TC de tórax en nuestra base de datos, fueron evaluados un total de 500 casos, y se identificaron 61 pacientes con características de elastofibroma dorsi.

Había 12 hombres y 47 mujeres. 57 pacientes eran mayores de 65 años (94%). Fue bilateral en 39 pacientes (64%). No fue informado en 52 estudios (85%).

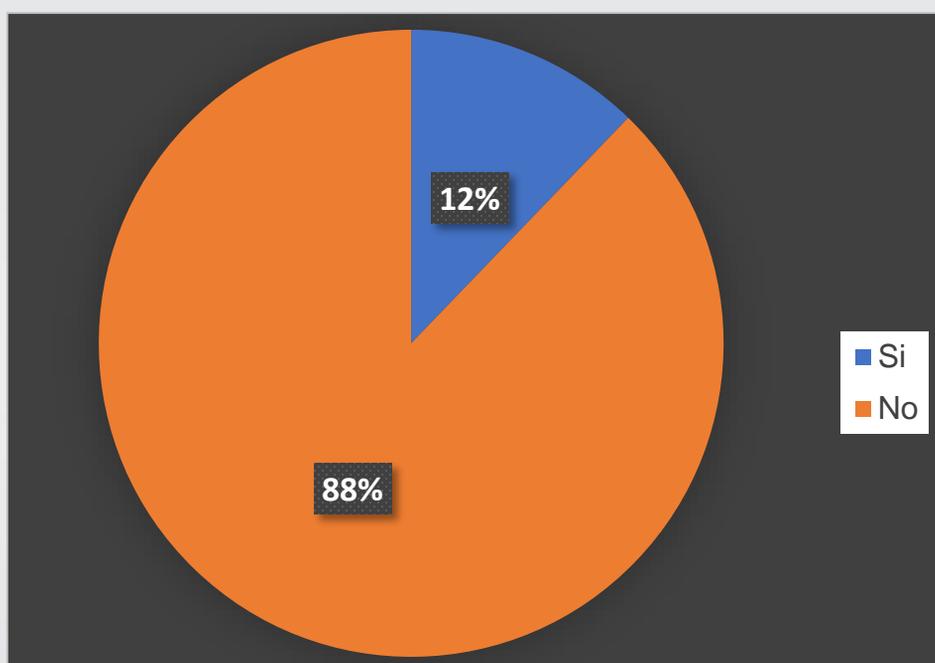


Figura 7: Porcentaje de elastofibromas.

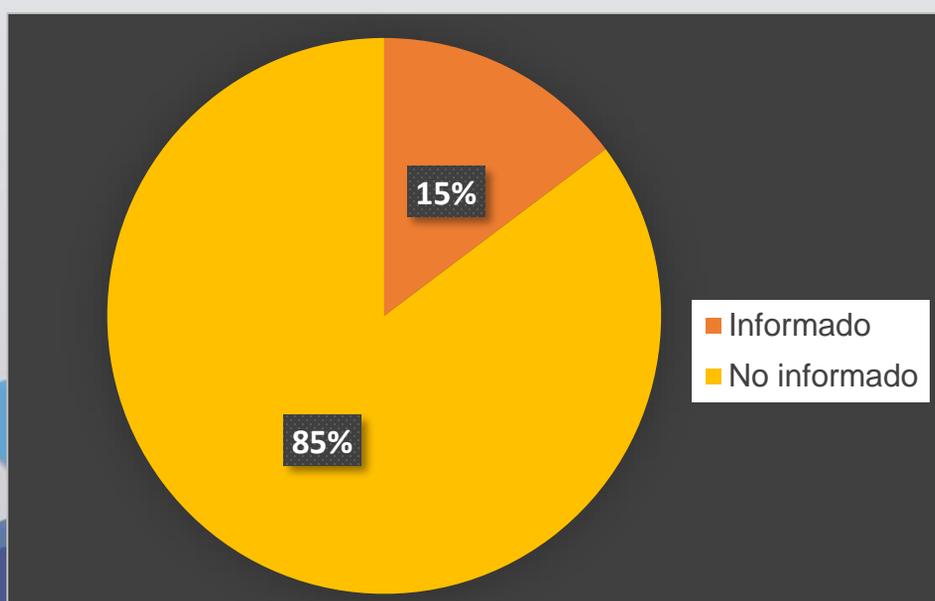


Figura 8: Porcentaje de elastofibromas informados.

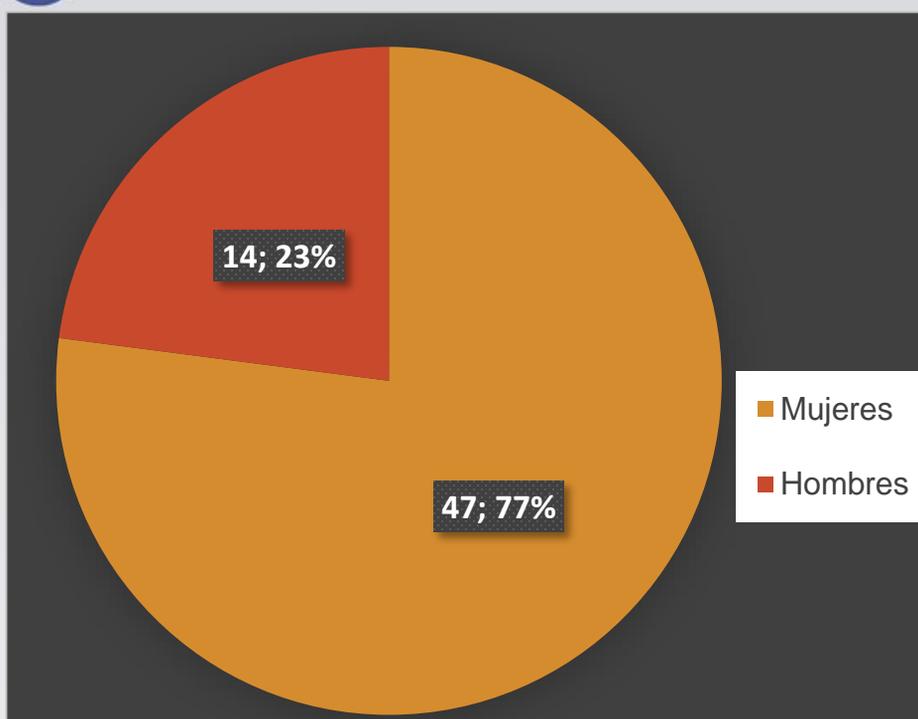


Figura 9: Porcentaje de elastofibromas por sexo.

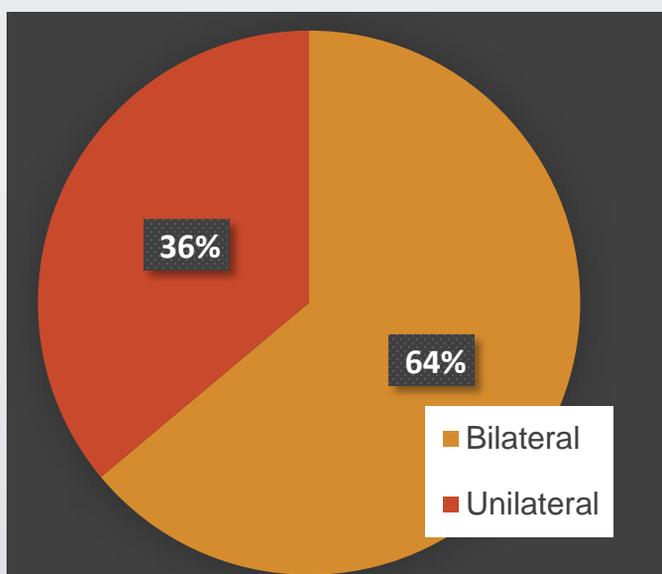


Figura 10: Porcentaje de elastofibromas bilaterales y

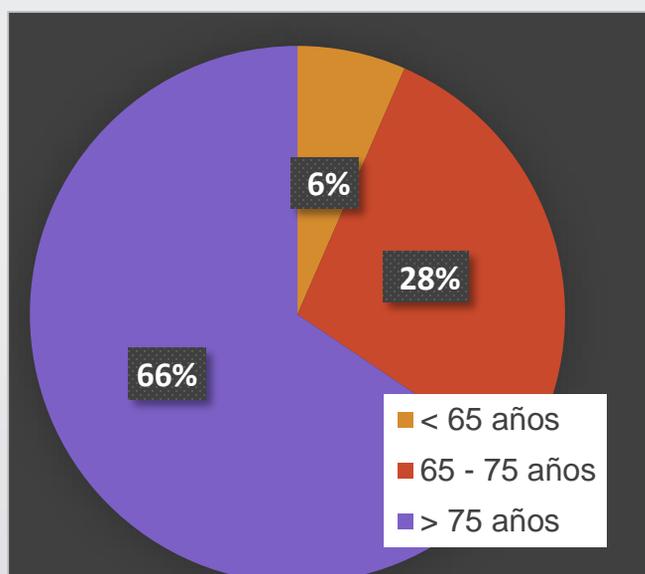


Figura 11: Porcentaje de elastofibromas por edad.

Conclusión:

Los casos de elastofibroma dorsi habitualmente proceden de sospecha clínica o hallazgos casuales. La presencia en forma incidental, sin sospecha clínica en la TC de tórax, es frecuente y representa un 12% en nuestra revisión. No obstante, esta entidad no fue informada en 52 pacientes (85%) de nuestra muestra.

Bibliografía:

1. C. R. Chandrasekar, R. J. Grimer, S. R. Carter, R.M. Tillman, A. Abudu, A.M. Davies, and V. P. Sumathi. Elastofibroma Dorsi: An Uncommon Benign Pseudotumour. Hindawi Publishing Corporation, Sarcoma, Volume 2008, Article ID 756565, 4 pages. doi:10.1155/2008/756565.
2. Kransdorf MJ, Meis JM, Montgomery E. Elastofibroma: MR and CT appearance with radiologic-pathologic correlation. Am J Roentgenol 1992; 159: 575-579.
3. Parratt MT, Donaldson JR, Flanagan AM, Saifuddin A, Pollock RC, Skinner JA, et al. Elastofibroma dorsi: management, outcome and review of the literature. J Bone Joint Surg Br. 2010; 92(2):262-6.
4. Nishio J, Isayama T, Iwasaki H, Naito M. Elastofibroma dorsi: diagnostic and therapeutic algorithm. J Shoulder Elbow Surg. 2011 Apr 25.
5. Daigeler A, Vogt PM, Busch K, Pennekamp W, Weyhe D, Lehnhardt M. et al. Elastofibroma dorsi - differential diagnosis in chest wall tumours. World J Surg Oncol. 2007; 5: 15.
6. Guha AR, Raja RCS: Elastofibroma dorsi - A case report and review of literature. Int J Clin Pract 2004 58:218-220.
7. Faccioli N, Foti G, Comai A, Cugini C, Guarise A, Mucelli RP: MR imaging findings of elastofibroma dorsi in correlation with pathological features: our experience. Radiol Med.2009;114(8):1283-91.