

Elastofibroma Dorsi

J. ROSELL PRADAS, C. RAMIREZ TORTOSA*, O. CARAZO MARTINEZ**,
JA. GUERRERO FERNANDEZ y R. VARA THORBECK

*Servicio de Cirugía. *Servicio de Anatomía Patológica. ** Servicio de Radiología.
Hospital Universitario de Granada.*

Resumen.—Se realiza un estudio clínico-patológico de dos casos, mujeres de 57 y 45 años, de "elastofibroma dorsi" intervenidos quirúrgicamente. En una enferma apareció como una tumoración asintomática y en otra asociada a dolor en el hombro irradiado a miembro superior derecho. Se describen las particularizadas clínicas, las exploraciones complementarias, los hallazgos quirúrgicos y las características histológicas de estos tumores de partes blandas cuyo origen debe referirse a una alteración del tejido fibroelástico. Se confronta nuestra experiencia con los casos anteriormente publicados confirmando su aparición en mujeres adultas o añosas dedicadas a trabajos manuales rutinarios, que parecen estar implicados en la patogenia del elastofibroma dorsi. En uno de los casos, aunque localizado en el espacio anatómico escapulo-torácico, su situación era supraescapular frente a la típicamente infraescapular del elastofibroma dorsi, y la consideramos la primera observación de la literatura.

Palabras clave: Elastofibroma dorsi. Fibroma.

ELASTOFIBROMA DORSI

Summary.—A clinical-pathological study of two cases of elastofibroma dorsi was carried out. Both patients were female, 57 and 45 years old, and underwent surgical operation. One patient was symptom-free, while the other complained of pain in the shoulder which spread to the upper right arm. The authors describe the clinical details, the diagnostic methods employed, the results of surgery and the histopathological features of these tumours which must have originated in a modification of connective tissue, especially in elastic fibres. We compare our findings with those of previously published cases and can confirm the appearance of these tumours in adults or middle-aged women who carry out routine manual work, which seems to be connected with the pathogeny of the elastofibroma dorsi. These are normally found adjacent to the vertebral border of the scapula at its inferior angle, but in one case it was located in the supra-scapular region and we believe this is the first evidence of this kind in the literature.

Key Words: Elastofibroma dorsi. Fibroma.

INTRODUCCIÓN

El elastofibroma es una tumoración poco frecuente de los tejidos de sostén que se caracteriza por su lento crecimiento. Afecta a sujetos adultos, preferentemente mujeres, y se localiza habitualmente en el ángulo inferior de la escápula. Debido a esta ubicación típica se le denomina "elastofibroma dorsi", aunque existen referencias de otras localizaciones (1).

Descrito por Järvi y Saxén en 1961 (2), que lo diferenciaron de otros tumores de partes blandas (desmoide extraabdominal, sarcoma), a los que se asemeja macroscópicamente, por invadir el tejido muscular y/o periostio adyacente. Microscópicamente el elastofibroma está formado por nidos de calágeno, fibras elásticas alteradas y grasa residual (1).

Correspondencia:

Dr.D. J. ROSELL PRADAS
Zahareña, 2
(Huetor-Vega)
18198 Granada

Este trabajo revisa los conocimientos clínico-patológicos actuales de esta entidad nosológica, tras describir dos casos diagnosticados y tratados en nuestro hospital.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1. Mujer de 57 años, Temporera en trabajos agrícolas desde su infancia. Acude a la consulta por presentar, desde un año antes, una tumoración indolora y de crecimiento progresivo en la región subescapular derecha. En la exploración física se palpa una tumoración, en la vertiente medial del ángulo inferior de la escápula derecha, de 6 cm de diámetro, elástica, no dolorosa y adherida a planos profundos. El resto de la exploración física y las pruebas analíticas complementarias eran normales. La ecografía (Fig. 1) evidenció una tumoración bien delimitada de ecogeneidad baja y homogénea. El estudio isotópico óseo no demostró depósito patológico del trazador.

Se intervino mediante incisión subescapular transversa, encontrando una tumoración de 6 x 5 cm que infiltraba los músculos romboidal, serrato anterior y dorsal ancho. Se extirpó la tumoración a través del tejido muscular sano. Peso: 50 gr. Diagnóstico anatomopatológico: elastofibroma dorsi (Fig. 2).

El curso postoperatorio transcurrió sin complicaciones. A los 5 años de la intervención no existe recidiva.

Caso 2. Mujer de 45 años. Empleada de una fábrica textil hasta los 41 años, desde entonces realiza sólo sus labores domésticas. Desde hacia un año presentaba dolor en hombro derecho irradiado, en ocasiones, al miembro superior derecho. En su primera consulta ambulatoria la inspección de la pared torácica posterior revelaba una asimetría de ambas cinturas escapulares. Se palpaba una tumoración supraescapular interna, de 5 cm de diámetro, consistencia dura, no dolorosa y adherida a la escápula. La exploración neurológica del miembro superior derecho era normal. La TAC (Fig. 3) definió una tumoración en el espesor de los músculos elevador de la escápula y supraespinoso con zonas hipodensas en su interior.

Se intervino por la vía de acceso de Brunner (para la extirpación de la costilla cervical por vía posterior)

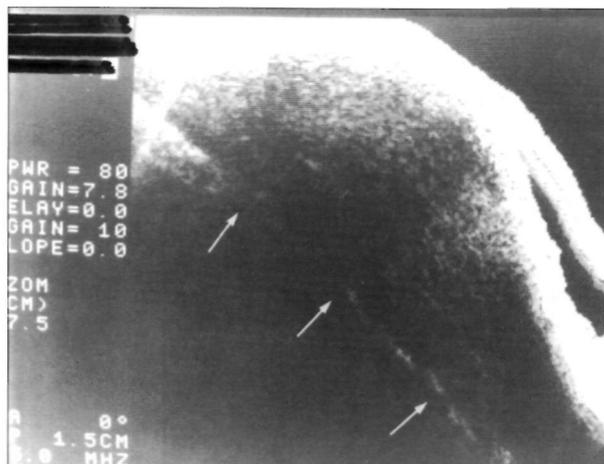


Figura 1. ECOGRAFÍA: Lesión de partes blandas: sólida, hipocogénica y ovalada que se localiza por fuera del plano de la pared costal (flechas blancas).

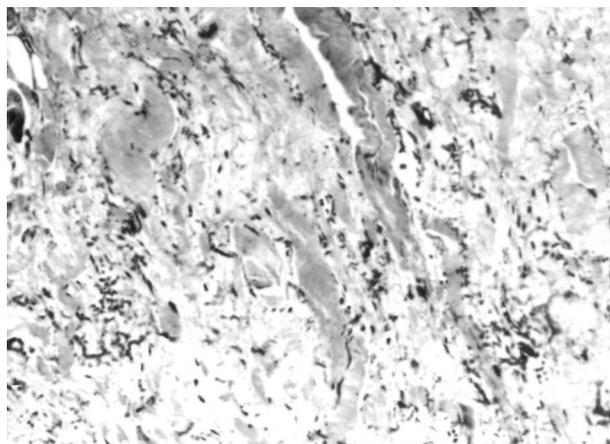


Figura 2. MICROFOTOGRAFIA: Bandas de colágena y fibras elásticas, con secciones longitudinales y transversales, que se tiñen de color oscuro con la técnica de orceína para fibras elásticas (Orceína, 100x).



Figura 3. TAC: Lesión hipodensa, no homogénea y de contornos pobremente delimitados en relación con los músculos supraespinoso y elevador de la escápula derecha (flechas negras).



Figura 4. MICROFOTOGRAFIA: Se observan en detalle las fibras elásticas degeneradas, teñidas de oscuro, entremezcladas con bandas de colágena (Orceína, 200x).

hallando una tumoración sólida, de 5 x 4 cm, ovalada y de límites mal definidos que se extirpó en su totalidad. El peso del tumor era de 37 gr. El estudio histopatológico reveló, sorprendentemente las características microscópicas de un "elastofibroma dorsi" (Fig. 4).

Evolución tras la cirugía satisfactoria, sin recidiva al año y medio de la intervención.

DISCUSIÓN

El "elastofibroma dorsi" es un tumor fibroso de crecimiento lento que puede causar molestias, dolor y, excepcionalmente, limitación de los movimientos del hombro. A la palpación es de consistencia firme y no está adherido a piel pero sí en profundidad bien a la pared torácica o bien a la escápula (1,2). Generalmente es unilateral, localizándose preferentemente en el lado derecho, junto al ángulo inferior del omóplato; existe un 10% de formas de presentación, sincrónicas o metacrónicas, bilaterales (3,4,5,6,7). También se han descrito localizaciones atípicas de este tumor en deltoides, tuberosidad isquiática, trocánter mayor, oléocranon e, incluso, estómago (4,6,8).

Afecta predominantemente a mujeres mayores de 50 años, con una máxima incidencia de la enfermedad entre los 60 y 80 años. Se ha referido una mayor frecuencia del "elastofibroma dorsi" en personas que realizan esfuerzos manuales reiterativos como trabajadores del campo y fabriles (3,6). Nagamine y cols, encontraron, en un excelente estudio sobre comunidades cerradas del archipiélago de Okinawa, una agregación familiar significativa de la enfermedad (6).

Macroscópicamente, en su localización típica, tiene los bordes mal definidos y suele estar muy adherido a los músculos de la pared torácica y al periostio costal o escapular, remedando en el campo quirúrgico a la fibromatosis agresiva y al sarcoma (3,5,6,8,9). De consistencia algo más elástica que aquellos, suele tener entre 5 y 10 cm de diámetro mayor. Al corte muestra

una superficie lisa y blanco-grisácea con áreas amarillentas correspondientes a focos de grasa (1,2).

Microscópicamente presenta un patrón típico consistente en fibras de colágeno y fibras elásticas degeneradas cortadas tanto en sentido longitudinal como transversal (Fig. 2 y 4). Junto a este componente estromal, se observan fibroblastos ocasionales así como agrupaciones de células grasas maduras de diferente tamaño (1).

El "elastofibroma dorsi" parece originarse tras cambios anormales de las fibras elásticas preexistentes a nivel de la fascia torácica. Es, por tanto, un pseudotumor degenerativo (2,3,7). Aparece como resultado de la excesiva formación de colágeno y de fibras elásticas reparadoras en respuesta a microtraumatismos repetidos, por fricción del borde inferior de la escápula sobre la pared del tórax (1).

Esta hipótesis se confirma en estudios necrópsicos que demostraron cambios similares a los del elastofibroma en la fascia torácica en 38 de 235 autopsias (10). Benisch y cols, describieron, en 1983, una tumoración de partes blandas con la misma localización típica del "elastofibroma dorsi" que, sin embargo, no reunía todas sus características histopatológicas a la que denominaron pre-elastofibroma y consideraron como la fase inicial de este proceso patológico (11). Estudios con TAC han permitido identificar cambios morfológicos subclínicos en el lado contralateral de los pacientes afectados de un "elastofibroma dorsi" (7).

El tratamiento del "elastofibroma dorsi" es quirúrgico, no registrándose recidivas cuando su extirpación es completa (2,3,4,5,6,7,8,9).

Los dos casos que hemos tenido oportunidad de tratar se superponen a los anteriormente referidos en la literatura médica, aunque la localización supraescapular de uno de ellos debe considerarse como excepcional.

Bibliografía

1. Enzinger FM, Weiss SW. Soff tissue tumors. 2º ed. St. Louis: CV Mosby Company. 1988. 122-33.
2. Järvi OH, Saxén E. Elastofibroma dorsi. Acta Pathol Microbiol Scand 1961; 51 (suppl): 83-4.
3. Marin ML, Perzin KH, Markovich AM. Elastofibroma dorsi: benign chest wall tumor. J Thorac Cardiovasc Surg 1989; 98: 234-8.
4. Enjojo M, Sumiyoshi K, Sueyoshi K. Elastofibromatous lesion of the stomach in a patient with elastofibroma dorsi. Am J Surg Pathol 1985; 9: 233-7.
5. Flaig RD, Fry PJ. Elastofibroma dorsi, a case report. J Bone Joint Surg 1967; 49A: 1431-4.

6. **Nagamine N, Nohara Y, Ito E.** Elastofibroma in Okinawa. A clinicopathologic study of 170 cases. *Cancer* 1982; 50: 1794-805.
7. **Berthoty DP, Shulman HS, Miller HAB.** Elastofibroma: chest wall pseudotumor. *Radiology* 1986; 160: 341-2.
8. **Peters JL, Fisher CS.** Elastofibroma. Case report and literature review. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1978; 75: 836-8.
9. **Buchholz A, Wellner K.** Das elastofibrom dorsi. Eine seltene gutartige pseudotumoröse Hyperplasie. *Zent bl Chir.* 1990; 115: 1327-9.
10. **Järvi OH, Länsimies PH.** Subclinical elastofibromas in the scapular region in an autopsy series. *Acta Pathol Microbiol Scand* 1975; 83: 87-108.
11. **Benisch B, Peison B, Marquet E, Sobel HJ.** Pre-elastofibroma and elastofibroma (the continuum of elastic-producing fibrous tumors). A light and ultrastructural study. *Am J Clin Pathol* 1983; 80: 88-92.