

IOP - Imágenes

DR. JUAN PABLO GHISI

Argus Diagnóstico Médico

Jefe del Servicio de Resonancia Magnética, Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernández",
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

DR. LEANDRO DISTILO

Argus Diagnóstico Médico

Jefe de la Sección Ecografía de Argus Diagnóstico Médico

Presentación del caso

Mujer de 68 años que se palpa una tumoración subescapular derecha asociada a dolor regional y resalto de la escápula durante los movimientos.

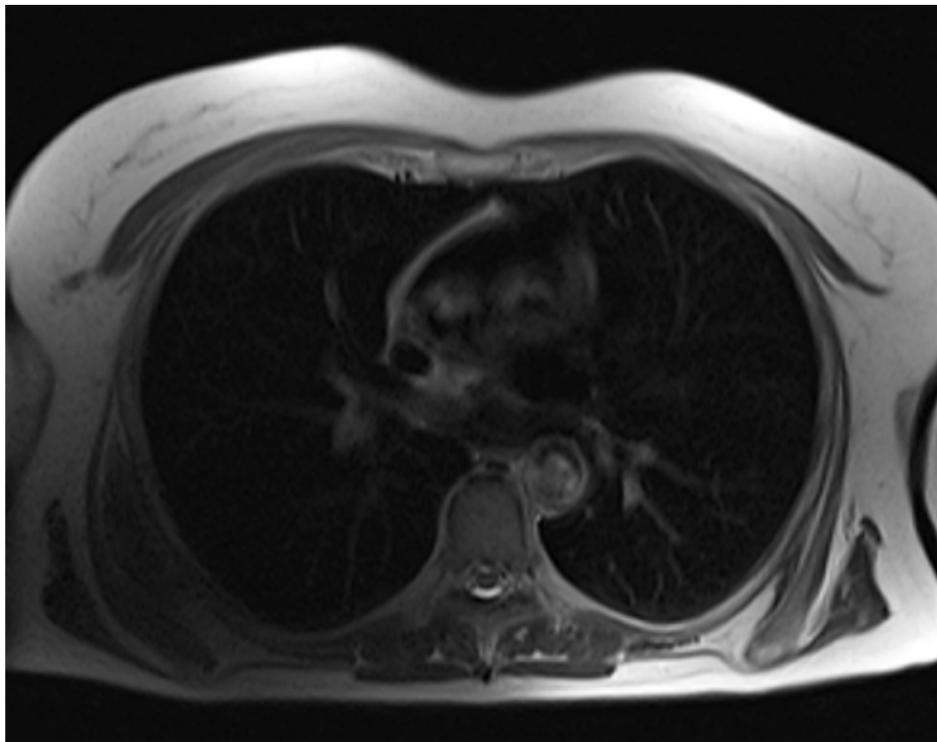
Hallazgos e interpretación de los estudios por imágenes

Se obtuvieron imágenes por ecografía y resonancia magnética (RM). La ecografía mostró una lesión sólida con un patrón de tipo fasciculado o laminar, con alternancia de líneas hipocogénicas e hiperecogénicas paralelas a la pared torácica del lado derecho. Se muestra el lado contralateral a modo comparativo (Figura 1).



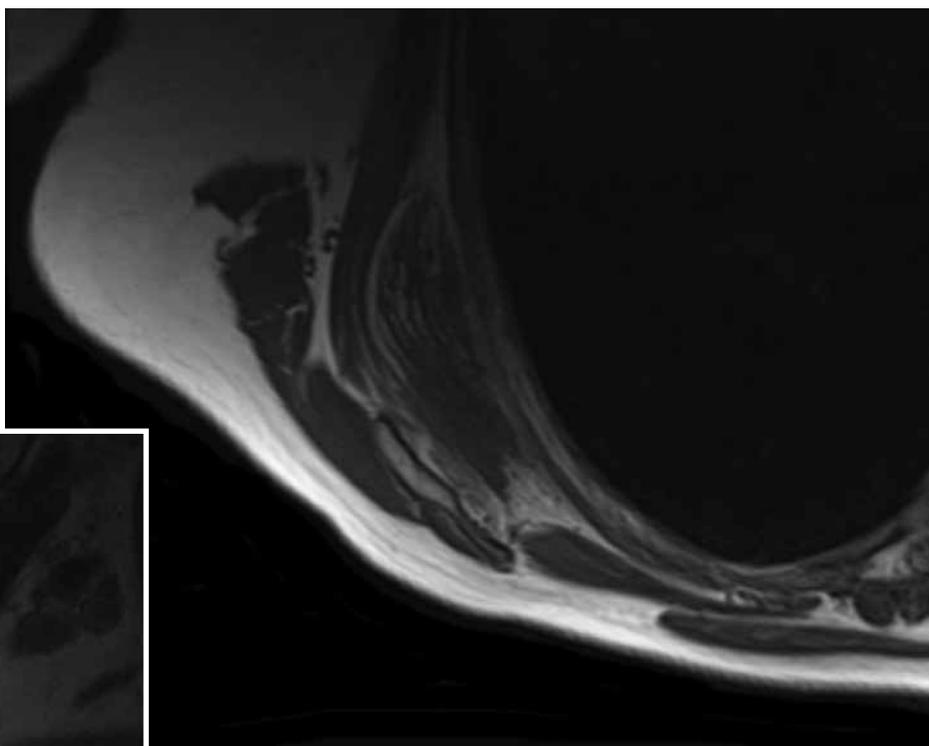
▲ **Figura 1.** Examen ecográfico en plano transversal. Se advierte asimetría del plano muscular a expensas de mayor espesor del lado derecho. Se reconoce ecoestructura heterogénea del tejido muscular.

Inicialmente, se obtuvieron imágenes del tórax por RM, a los fines comparativos (Figura 2). Luego, se focalizó el examen en la región infraescapular derecha que coincidía con la tumoración palpable. Se visualizó una masa de morfología semilunar con un patrón alternante de tejido adiposo y fibroso (Figuras 3 y 4).



◀ **Figura 2.** Resonancia magnética de tórax, corte axial T2 (1500/80). Es llamativa la asimetría en los tejidos blandos subescapulares con una lesión sólida en la pared posterior del lado derecho.

▶ **Figura 3.** Resonancia magnética, corte axial T1 (468/13). Se observa una masa de la pared torácica de similar señal al músculo esquelético. Esta localización, entre la punta inferior de la escápula y la caja torácica, representa la ubicación clásica de esta patología. Obsérvese que, en su interior, contiene pequeños focos de grasa (alta señal).



▶ **Figura 4.** Resonancia magnética, corte sagital oblicuo T2 (3320/101). En esta secuencia, la lesión también evidencia un patrón fasciculado con alternancia de fibrosis y tejido adiposo. Nótese la relación que presenta con el borde inferior de la escápula.



Diagnóstico

Elastofibroma dorsi.

Discusión

El elastofibroma dorsi es considerado un pseudotumor degenerativo de partes blandas que resulta de la excesiva formación de colágeno y especialmente de fibras elásticas anormales. Aunque la etiopatogenia es desconocida, la degeneración de las fibras de colágeno ha sido sugerida como una posible causa. Esta degeneración puede ser secundaria a microtraumatismos sobre la articulación escapulotorácica que induce la hiperproliferación de las fibras elásticas. De tal forma, esta lesión es considerada reactiva y no como una verdadera neoplasia. La insuficiencia vascular y la predisposición familiar también se han postulado como posibles etiologías. En este sentido, un tercio de los pacientes tiene antecedentes familiares del tumor, que sugieren un origen genético y no traumático.

Su ubicación más frecuente es en situación anterior a la escápula, en el plano costal entre los arcos costales posteriores sexto y octavo, en localización profunda respecto a los músculos de la región, principalmente los músculos serrato anterior, dorsal ancho y elevador de la escápula. Su tamaño suele oscilar entre 2 y 15 cm.

Si bien en aproximadamente el 99% de los casos, está localizado entre la pared torácica y el borde inferior de la escápula, se han reportado elastofibromas en otros sitios (olécranon, pie, mano, trocánter mayor, tuberosidad isquiática, entre otros). En la localización subescapular, el predominio es derecho; sin embargo, entre el 10% y el 66% de los casos son bilaterales o sincrónicos en otros lugares.

Afecta con más frecuencia a las mujeres, con una proporción que oscila entre 5 y 13:1. En la mayoría de los casos, el paciente tiene más de 50 años (aunque se han comunicado en personas más jóvenes).

Se trata de una lesión de lento crecimiento, motivo por el cual puede permanecer asintomática durante muchos años (más del 50% son asintomáticos). Por lo general, los elastofibromas de mayor tamaño provocan síntomas clínicos, se manifiestan con dolor leve, en ocasiones, asociado a resalto de la escápula al realizar movimientos. El dolor puede eventualmente irradiarse al hombro y llevar a un diagnóstico clínico erróneo de lesiones del manguito rotador o bursitis subacromial. Semiológicamente suele presentarse como un tumor bien circunscrito, no móvil, que no se adhiere a la piel suprayacente, sino a músculo y tejido subaponeurótico.

En los estudios por imágenes, la presentación suele ser característica y tienen alta correlación con la histopatología. En la ecografía, se visualiza una masa subescapular en forma de semiluna entre los músculos extrínsecos de la espalda y el plano costal. Tiene una apariencia estriada, de varias capas, con bandas alternantes hipoeoicas (tejido graso) y bandas ecogénicas (tejido fibroelástico), con poco o ningún flujo en el Doppler color. Se visualizan mejor con el paciente en decúbito prono con la extremidad superior ipsilateral abducida.

En la tomografía computarizada, se muestra como una masa de partes blandas de bordes pobremente definidos, heterogénea, con densidad similar a la del músculo esquelético alternando con bandas fusiformes de atenuación grasa. Raramente puede llegar a ocasionar erosión costal, pero no destrucción.

Las imágenes por RM presentan semejanzas con las de la tomografía. Tanto en las imágenes ponderadas en T1 como en T2, la intensidad de la señal es similar a la del músculo, que se entremezclan con bandas hiperintensas que corresponden a tejido graso. Puede realzar de forma heterogénea luego de administrar gadolinio por vía endovenosa.

El estudio anatomopatológico muestra áreas de tejido conectivo denso fibroso interpuestas con áreas de grasa.

Los diagnósticos diferenciales posibles según la región y las características de la señal en la RM y la tomografía son limitados e incluyen lesiones de baja celularidad y abundante tejido colágeno: desmoide extrabdominal, neurofibroma, fibroma cicatrizal, fibrosarcoma, fibrohistiocitoma maligno y metástasis.

La biopsia se reserva para los casos sospechosos cuando los estudios por imágenes no revelan el patrón característico.

El tratamiento quirúrgico suele ser curativo, aunque la mayoría de los autores recomienda la resección en pacientes con lesiones sintomáticas o cuando los hallazgos clínico-radiológicos son insuficientes para confirmar el diagnóstico de elastofibroma. Es factible una recidiva si la extirpación no fue total. Se ha comunicado una tasa de recidiva aproximadamente del 7% a los 2-17 años de la cirugía.