

2. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es/> [consultado Sep 2012].
3. Ferreira Padilla G. Medicina de Familia en el ámbito universitario: reflexiones de un estudiante de 4.º de medicina. Aten Primaria. 2012;44:631–2.
4. Ferreira Padilla G. Valoración de un estudiante de 4.º de Medicina sobre la Medicina de Familia y Comunitaria y Atención Primaria de Salud en España. Breve revisión histórica. fml. 2012;16:11p. Disponible en: http://www.revistafml.es/upload/ficheros/noticias/201208/1606_op_valoracion_estudiante_mfyc_y_ap_en_espaa.pdf [consultado Sep 2012].
5. O Constitución Española. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>.

Elastofibroma dorsi: serie de 4 casos diagnosticados en atención primaria

Elastofibroma dorsi: A series of 4 cases diagnosed in Primary Care

Sr. Director:

El elastofibroma dorsi (ED) es un tumor benigno de tejido conjuntivo, infrecuente y de lento crecimiento. La etiología es controvertida (origen genético, microtraumatismo, estrés mecánico). Es más prevalente en mujeres (8:1) y en mayores de 50 años¹. Se localiza en el 99% de los casos entre el ángulo inferior de la escápula y la pared torácica, profundo a los músculos serrato anterior y *latissimus dorsi*, siendo frecuentemente bilateral. Rara vez aparece descrito en otras localizaciones: olécranon, deltoides, trocánter mayor, región inguinal, pie, estómago, mediastino anterior, raquis, válvula tricúspide y región ocular². Desde el punto de vista clínico, suele presentarse como una masa globulosa, de crecimiento lento, que no interfiere con la función de la extremidad afectada hasta que adquiere un tamaño relevante. Cuando se manifiesta, la sintomatología consiste en una masa en el borde inferior de la escápula, más evidente cuando el miembro superior está en flexión y adducción (para la exploración, se pide al paciente que se toque con la mano la escápula contralateral), que provoca dolor predominantemente nocturno, rigidez del hombro y escápula en resorte³. El diagnóstico se basa en la exploración física y en pruebas de imagen: ecografía, tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM)⁴. El hallazgo de una lesión contralateral apoya el diagnóstico de ED. La biopsia *trucut* solo es necesaria prequirúrgicamente cuando se sospecha un sarcoma de partes blandas. La actitud debe ser conservadora ante ED asintomáticos y se procederá a la extirpación quirúrgica cuando el dolor y/o limitación funcional sean incapacitantes⁴. Los resultados clínico-funcionales obtenidos con la cirugía son satisfactorios en todos los casos descritos en la literatura médica y las complicaciones infrecuentes^{5,6}.

Presentamos la serie de 4 casos de ED diagnosticados en nuestro centro de atención primaria entre enero de 2010 y julio de 2012. Se trata de 2 varones de 62 y 37 años y 2 mujeres de 52 y 71 años, respectivamente. Los 4 pacientes presentaban dolor y chasquido escapular al movimiento

Guillermo Ferreira Padilla* y Teresa Ferrández Antón

Grupo de Investigación ComunVista, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir (UCV), Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: g.ferreirapadilla@hotmail.com (G. Ferreira Padilla).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.09.006>

de la extremidad afectada. En la exploración se observaba asimetría y resalte de la escápula correspondiente a la extremidad dolorosa en todos los pacientes y masa palpable subescapular en 3 de ellos. Como prueba de imagen se solicitó RM, observándose en todos los casos lesiones subescapulares de intensidad intermedia en T1. En 3 pacientes el ED era bilateral.

Se realizó extirpación quirúrgica unilateral en los 2 pacientes que presentaban ED de mayor tamaño ($6 \times 3 \times 2$ cm, $6 \times 4,6 \times 5$ cm) y clínica que disminuía su calidad de vida, confirmándose el diagnóstico en el estudio

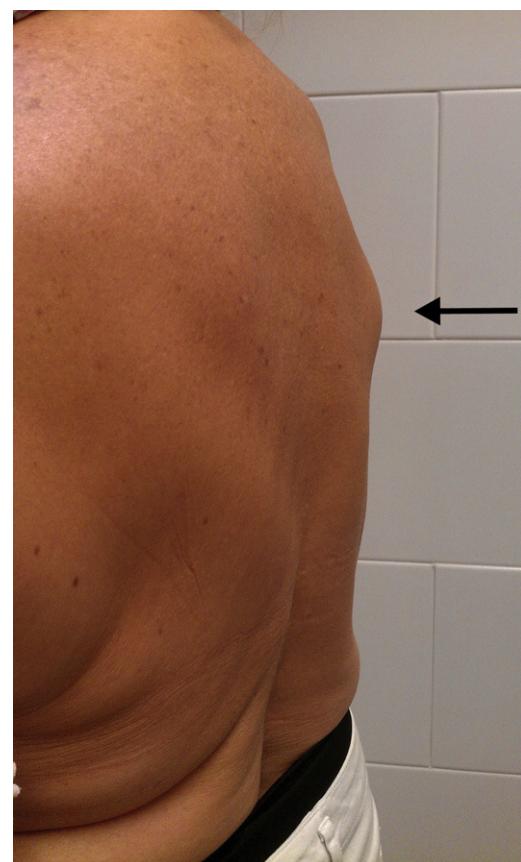


Figura 1 Examen físico donde se objetiva una masa palpable en el vértice inferior de la escápula (marcada con la flecha) al tocarse la escápula contralateral con la mano.

histológico de las muestras. No se realizó biopsia prequirúrgica en ninguno de ellos. Uno de los pacientes presentó como complicación posquirúrgica hemorragia con anemia aguda y clínica anginosa, que precisó transfusión. Tras cirugía y rehabilitación, la evolución clínica ha sido adecuada en ambos pacientes.

Los otros 2 pacientes siguen controles periódicos con RM por parte del equipo de traumatología hospitalaria de referencia, donde fueron derivados tras el diagnóstico.

Se adjunta la imagen de masa subescapular visible en la exploración física (**fig. 1**).

El ED es un tumor benigno de diagnóstico accesible desde las consultas de atención primaria y que se debería sospechar ante un adulto con síntomas de dolor o rigidez en zona escapular y/o signos de dismetría, chasquido o palpación de masa subescapular. El diagnóstico diferencial ha de establecerse con: contractura muscular, bursitis subacromial, enfermedad del manguito de los rotadores y otros procesos neoplásicos de la pared torácica. Las técnicas de imagen confirman la sospecha diagnóstica clínica.

Bibliografía

1. Cano A, Bravo F, Garrido J, Ortega R. Elastofibroma dorsal: hallazgos en TC y RM. A propósito de dos casos. Radiología. 2001;43:353-5.

2. Debernardi DM, Avalos S, Bustos MEF, Arancibia A. Elastofibroma dorsi: un tumor infrecuente de la pared torácica. Exp Médica. 2011;29:67-70.
3. Abat F, Álvarez C, Trullols L, Perió A, Bagué S, Gracia I. Elastofibroma dorsi: 7 años de seguimiento de 37 casos y revisión de la literatura. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2012;56:295-9.
4. Cavallascas JA, Sohn DI, Borgia AR, Maliandi MR, Musuruana JL. Elastofibroma dorsi: revisión de 4 casos. Reumatol Clin. En prensa 2012. Doi: 101016/j.reuma.2011.12.011.
5. Majó J, Gracia I, Doncel A, Valera M, Núñez A, Guix M. Elastofibroma dorsi as a cause of shoulder pain or snapping scapula. Clin Orthop Relat Res. 2001;388:200-4.
6. Kourda J, Ayadi-Kaddour A, Merai S, Hantous S, Miled KB, Mezni FE. Bilateral elastofibroma dorsi. A case report and review of the literature. Orthop Traumatol Surg Res. 2009;95:383-7.

Sandra Estévez Carrera*, Carme Roca Saumell,
María Teresa Esteban García y Ana María Urpí Fernández

Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Atención Primaria El Clot, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(S. Estévez Carrera\).](mailto:sandra_24601@yahoo.es)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.09.005>

Su médico le recomienda un poco más de confianza

Your doctor recommends you have a little more confidence

Sr. Director:

La confianza es un elemento esencial en medicina, que hace posible la cooperación entre el médico y el paciente evitando la intromisión de regulaciones innecesarias¹. Se ha observado que los pacientes que tienen mayor confianza en su médico tienen también mayor satisfacción con la atención recibida, se adhieren más a las recomendaciones que se les dan, y cambian menos de médico².

Existen algunas dimensiones personales en las que los pacientes basan su confianza, que incluyen la competencia profesional del médico así como su capacidad de comunicación y empatía³. Sin embargo, cualquier consideración que hagamos sobre la confianza de los pacientes en el médico debe tener en cuenta la confianza que la sociedad en conjunto tiene en las instituciones sanitarias. Como constructo sociológico la confianza incluye las expectativas de buena voluntad que cada uno ponemos en los demás⁴. En última instancia la visión que las personas tenemos sobre el hombre en general tiene también un papel a la hora de confiar en un médico.

En algunos casos los pacientes desconfían de los médicos porque falta algún componente de los que mantienen la confianza. Sin embargo, en otros casos el porqué de la desconfianza está más allá de la relación personal con el

médico. La confianza en todas las instituciones sociales ha caído en las últimas décadas y en algunos países los médicos inspiran la misma desconfianza que los directivos de las empresas o los políticos¹. En realidad, la opinión, no solo en el médico, sino en la propia capacidad del hombre de hacer el bien se ha vuelto muy negativa recientemente. Con mucha frecuencia los medios de comunicación nos muestran al hombre como un ser ante todo destructivo, contaminante y violento, merecedor de muy poca confianza. La reducida visión materialista que tenemos hoy en día del mundo deja un lugar muy escaso para la fe en el hombre. Esto solo puede hacer todas las relaciones personales más difíciles, incluida la relación entre el médico y el paciente.

Aun así, en nuestra profesión vivimos rodeados de evidencia (no científica pero todavía valiosa) que sugiere que la realidad puede no ser tan negativa como la vemos. Los programas de formación médica continuada están muy solicitados entre los médicos, probablemente más solicitados que en ninguna otra profesión. A la mayoría de nosotros nos resulta muy estimulante la presentación de un caso difícil. Y cuando vemos un paciente que desconfía de nosotros nos sentimos perplejos, hasta perdemos por un segundo la noción de identidad: *¿por qué desconfía este hombre de mí?, ¿acaso no soy su médico?* Estas vivencias, que tenemos a diario, nos hacen pensar que debe haber habido algún error en la concepción moderna del médico, del sistema sanitario... quizás del hombre en su totalidad. Desconfiar a priori puede ser un error.

Sr./Sra. paciente, debe usted reconsiderar su opinión negativa en los médicos y en la gente en general. Como decía un viejo amigo «algunos han declarado con razón que el bien