



Cirugía Española

**CIRUGÍA
ESPAÑOLA**

Volumen 92, Especial Congreso, Noviembre 2014

30 Congreso Nacional de Cirugía

Madrid, 15-17 de noviembre de 2014

www.elsevier.es/cirugia

P-297 - ELASTOFIBROMA DORSI BILATERAL

E. González Sánchez-Migallón, M.Á. Jiménez Ballester, J.L. Aguayo Albasini, J.A. García Marín, M.Á. Verdú Fernández y M.L. García García

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Resumen

Introducción: El elastofibroma dorsi es un tumor benigno de partes blandas poco habitual, de lento crecimiento, y típicamente de localización infraescapular y unilateral. Se diagnostica en personas con una edad media de 60 años, con prevalencia en el sexo femenino.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 48 años que consulta por tumoración caudal a escápula derecha, no doloroso, únicamente visible en antepulsión y abducción del brazo, con cierta sensación de chasquido a la movilización. Se realiza ecografía que informa de formación heterogénea de predominio hiperecoico de naturaleza mesenquimal de aproximadamente $6 \times 2 \times 5$ cm, situado en un nivel intersticial entre planos musculares. Además se aprecia en situación contralateral, junto a escápula izquierda, otra formación de apariencia similar algo más reducido, sugiriendo el estudio el diagnóstico de elastofibroma dorsi bilateral. Se completa estudio mediante TC de tórax con contraste intravenoso, que proporciona el diagnóstico. El paciente es intervenido quirúrgicamente bajo anestesia general y posición de decúbito prono con los brazos en abducción. Se realiza la exéresis de ambas lesiones sin incidencias dejándose un drenaje en cada lecho quirúrgico. Dada su buena evolución el paciente es dado de alta al día siguiente con cita en una semana para revisión y retirada de drenajes.

Discusión: El elastofibroma dorsi (ED) es un tumor de partes blandas que se suele localizar entre la pared torácica, el músculo serrato anterior y el músculo dorsal ancho, a menudo en contacto con el periostio de las costillas. Su presentación habitualmente es unilateral, aunque en algunas series se ha alcanzado el 50% de bilateralidad. Macroscópicamente es un tumor no encapsulado y pobremente definido, con un tamaño medio de entre 5 y 10 cm. Histológicamente el ED se caracteriza por contener numerosas fibras elásticas degeneradas en la matriz de colágeno. Más del 50% de los pacientes con ED permanecen asintomáticos, siendo la clínica más frecuente una sensación de chasquido o captura con el movimiento del brazo. A la exploración se trata de una masa firme debido a su adherencia al tejido circundante, que se palpa con más facilidad en el borde inferior de la escápula cuando el miembro superior se sitúa en flexión o abducción. Otra masa puede estar presente en el hombro opuesto, ésta a menudo más pequeña y clínicamente silente. La radiografía de tórax, la TC y la ecografía pueden ser útiles en el diagnóstico del ED, siendo la RMN la que más datos aporta al mostrar la apariencia típicamente estriada que caracteriza esta lesión. El diagnóstico diferencial incluye, entre otros, tumores benignos como el lipoma, el fibroma o la fascitis nodular; otros de comportamiento biológico intermedio como las fibromatosis; y otros de peor pronóstico como el fibrosarcoma o liposarcoma. La escisión quirúrgica se recomienda cuando el elastofibroma dorsi causa alteración funcional, síntomas compresivos, dolor u otro tipo de molestias o cuando las dimensiones del tumor exceden los 5 cm de diámetro.