

Elastofibroma dorsal bilateral

Mary Carmen Herrera-Zarza* y José Luis Criales-Cortés

CT Scanner del Sur, México D.F., México

Resumen de historia clínica

Paciente del sexo masculino de 40 años de edad con historia de palpación de una masa subcutánea de consistencia blanda y no dolorosa, de un mes de evolución, localizada por debajo del borde inferior de la escápula izquierda, la cual es más evidente al levantar el brazo.

Hallazgos por imagen

En resonancia magnética (RM), se observa una imagen con intensidad similar a los grupos musculares con áreas hiperintensas puntiformes tanto en el tiempo de relajación T1, como en el T2 y que se suprime con las secuencias de

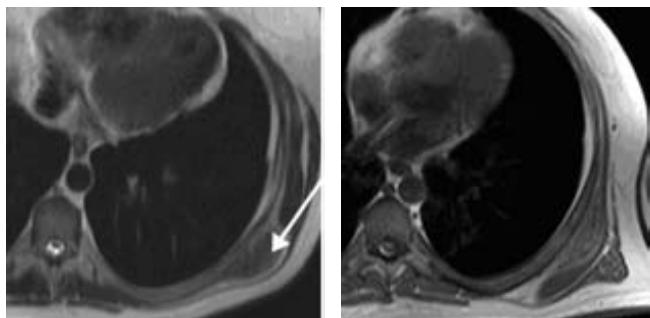


Figura 2. Lesión por debajo de la escápula izquierda en plano axial del tórax en T2. En la primera imagen, con el paciente en decúbito prono, se hace más evidente (flecha).

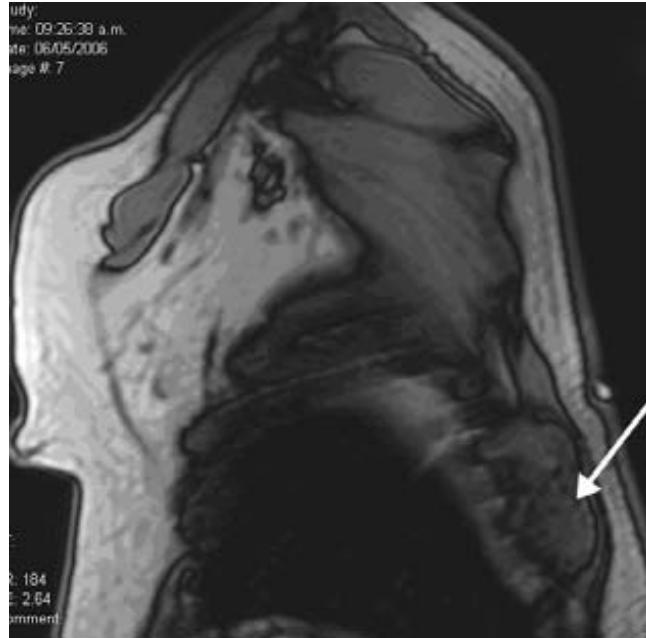


Figura 1. Imagen sagital del tórax en donde se observa una imagen hipointensa con algunas hiperintensidades por debajo de la punta de la escápula izquierda (flecha).

saturación grasa (FATSAT). Dicha lesión se localiza hacia la porción inferior de la escápula izquierda (sitio referido por el paciente), tiene bordes bien definidos y se encuentra limitada

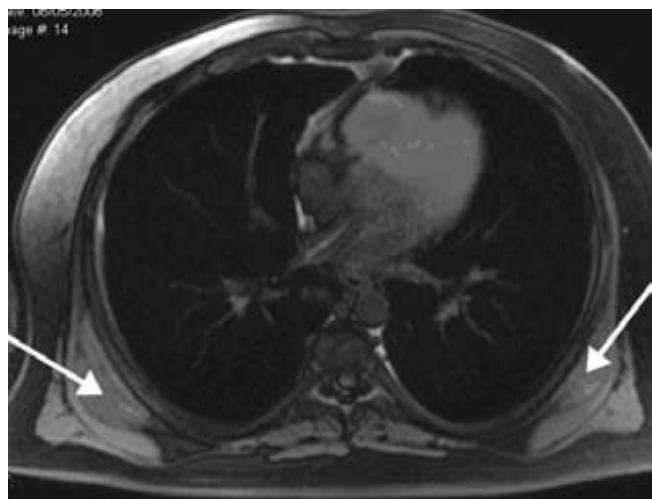


Figura 3. Imagen axial en T2 con saturación grasa (FATSAT) a nivel de las lesiones (flechas).

* Correspondencia: Dra. Mary Carmen Herrera Zarza. CT Scanner del Sur, Rafael Checa 3, México D.F., México. Tel.: (52 55) 5481 1980.

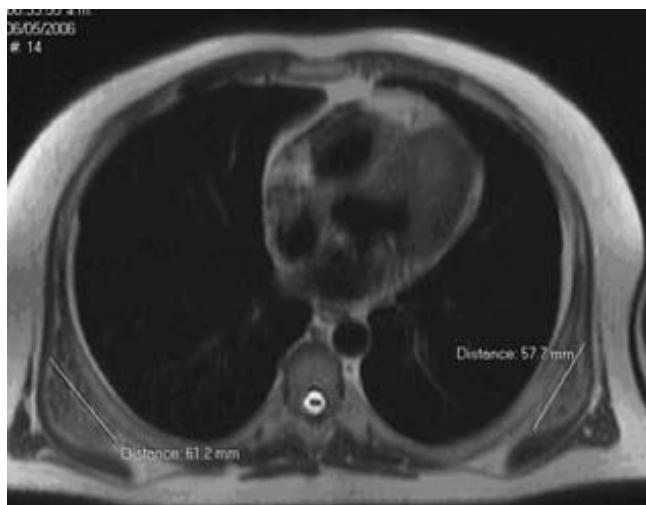


Figura 4. Imagen axial T2, en donde se observan lesión bilateral hipointensas con hiperintensidades en su interior, por debajo de la escápula y detrás de la pared torácica.

anteriormente por la pared posterior del tórax y hacia atrás por el músculo dorsal largo (Figura 1); se hace más evidente al colocar al paciente en decúbito prono y con los brazos extendidos; por desplazamiento medial de la tumoración y abombamiento de la fascia del músculo dorsal largo, la lesión mide $6 \times 6.2 \times 1.7$ cm en sus diámetros longitudinal, transverso y anteroposterior, respectivamente (Figura 2).

En el lado opuesto y en la misma localización se encontró otra lesión de características similares, la misma que en posición de decúbito prono se desplazaba lateralmente hacia la axila (por lo que era menos evidente para el paciente); esta lesión midió $6.1 \times 6.2 \times 2.6$ cm, en sus diámetros mayores (Figuras 3 y 4).

Evolución

El paciente permaneció en observación debido a que estas masas cumplían con los criterios de elastofibroma y son asintomáticas.

Discusión

Los elastofibromas son lesiones benignas, raras, de lento crecimiento y de origen desconocido, aunque se cree que son producto de la elastogénesis anormal, inducida por múltiples traumas o actividad manual pesada, generalmente se originan en el tejido conectivo entre el área subescapular y la pared torácica.

Se ha reportado historia familiar de estas lesiones hasta en un tercio de los pacientes, siendo más frecuentes entre los 49 y los 71 años.

Se caracterizan por un margen posterior convexo que abulta directamente la punta de la escápula y las fibras inferiores del músculo serrato anterior.

En las radiografías simples (Rx), con poco valor diagnóstico, se ve una masa de tejido blando desplazando la escápula, sin alteración ósea. En la tomografía computada (TC) tienen una apariencia característica que incluye rayas de capas de tejido blando similares en attenuación al músculo esquelético y que alternan con áreas de grasa. En ultrasonido (US) se ven capas de líneas hipoeocoicas en un fondo ecogénico. En la resonancia magnética (RM), se observan como áreas interpuestas de intensidad de señal baja en T1 y T2, con áreas de intensidad intermedia o alta, probablemente en relación con celularidad disminuida y abundante formación de colágeno.

Los diagnósticos diferenciales incluyen: fibromatosis, fibrosarcoma o tumor desmoide; las fibras del músculo serrato anterior pueden dar apariencia globular simulando un elastofibroma, sin embargo, en esos casos la lesión se ve en continuación con el músculo; por último, el elastofibroma se localiza adyacente a la punta de la escápula.

Referencias

1. Bui-Mansfield I, Chew F, Stanton C. Elastofibroma Dorsi of the Chest Wall. AJR 2000;175:244.
2. Brandser E, Goree J, El-Khoury G. Elastofibroma Dorsi: Prevalence in an Elderly Patient Population as Revealed by CT. AJR 1998;171:977-980.
3. Naylor M, Nascimento A, Sherrick A, McLeod R. Elastofibroma Dorsi: Radiologic Findings in 12 Patients. AJR 1996;167:683-687.
4. Kansdorf M, Meis J, Montgomery E. Elastofibroma: MR and CT Appearance with Radiologic-Pathologic Correlation. AJR 1992;159:575-579.
5. Kansdorf M, Murphey M. Radiologic Evaluation of Soft-Tissue Masses: A Current Perspective. AJR 2000;175:575-578.