

Elastofibroma "dorsi"

A propósito de un caso

Dres. Laura Méndez¹, Ana Marino¹, Cecil Nogués², José Campos²

Resumen

Se presenta un caso de Elastofibroma "dorsi" con su clásica topografía a nivel subescapular, se analiza la morfología de la lesión desde el punto de vista anatomopatológico y se discuten los diagnósticos diferenciales posibles. Se destaca el tratamiento de estas lesiones que consiste en la resección quirúrgica de la lesión, enfatizando que en esta topografía muchas veces es difícil la exéresis total de la lesión pues se encuentra íntimamente vinculada al periostio. Se recalca que estas lesiones no tienen tendencia a recaer, incluso en las que se realizó exéresis incompleta y su curso completamente benigno.

Se discute las dificultades diagnósticas desde el punto de vista clínico, y la importancia de determinar por medio de métodos paraclínicos que no se trata de un tumor de parrilla costal.

Con esta comunicación deseamos agregar un nuevo caso a la casuística nacional de esta rara patología.

Palabras clave: Elastofibroma "dorsi"
Anatomía patológica

Summary

A case of "dorsi" elastofibroma is presented with its classical subscapular topography. The morphology of the lesion is analyzed from the anatomopathological point of view and possible differential diagnoses are discussed. The treatment of these lesions, which consists of surgical resection of these lesion is pointed out, emphasizing that in this topography total exeresis of the lesion is often difficult because of its intimate connection to periostium. It is also pointed out that those lesions do not have a tendency to relapse, even in those cases where exeresis was incomplete and its course completely benign. Diagnostic difficulties from the clinical point of view are

discussed, together with the importance of determining by means of paraclinical methods if it is not a rib tumor. The intention of this paper is to add a new case to national casuistry as regards this unusual pathology.

Introducción

El elastofibroma es un tumor benigno, raro, descrito por primera vez por Jarvi y Saxen en 1961. Inicialmente llamado Elastofibroma "dorsi" dado que la ubicación típica es a nivel del dorso, en topografía subescapular, sin embargo posteriormente se han descrito otras topografías, algunas inusuales como tuberosidad isquiática, región deltoidea, trocánter mayor y en la topografía de la glándula mamaria, por lo cual se prefiere el término elastofibroma.

Se han informado aproximadamente 80 casos en la literatura.

Este tumor tiene un ligero predominio en el sexo femenino y se observa más frecuentemente en la edad media de la vida.

A menudo es asintomático en su crecimiento. Puede aparecer dolor que se acentúa con la movilización del brazo en la topografía subescapular.

Su etiología es discutida, se menciona el factor mecánico en su producción, dado la aparición de estas lesiones en pacientes que realizan actividades manuales con esfuerzo muscular. Sin embargo, existen casuísticas que no encuentran vinculación del tumor con este tipo de ocupación⁽⁴⁾.

Caso clínico

Paciente de sexo masculino, 78 años, raza blanca. Ocupación: sanitario. M.I.: Cuadro agudo de abdomen. Con diagnóstico de oclusión intestinal por íleo biliar se interviene de urgencia. En el postoperatorio presenta elementos de IRA de tipo prerrenal. Cursa postoperatorio en CTI durante 5 días, siendo la evolución posterior en sala satisfactoria.

Estando el paciente internado se diagnostica tu-

Trabajo realizado por la Clínica Q "1" (Profesor Dr. G. Estapé). Hospital Pasteur y Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Pasteur.

¹ Asistente de Anatomía Patológica. Hospital Pasteur. ² Residente de Clínica Quirúrgica "1" Hospital Pasteur. Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 5 de setiembre de 1990.

Correspondencia: Dra. Laura Méndez.
Irianda 2196 (102). Montevideo.

moración de partes blandas de región subescapular derecha de 2 por 1 centímetro que impresiona adherida a planos profundos.

Paraclínica

Ecografía: tumoración sólida de 27 por 17 mm hipodensa que impresiona estar incluida en el plano muscular.

Punción citológica: se extrae 1/2 ml de líquido gelatinoso espeso, células fusiformes de filiación conjuntiva sin presencia de elementos citológicos de malignidad, sobre un fondo de sustancia anhistá, eosinófila.

Tomografía: Imagen tomográfica compatible con tumoración de partes blandas que hace cuerpo con la parrilla costal. No presenta aspecto infiltrativo.

RX de tórax: Normal. Exámenes de valoración general dentro de límites normales.

Con diagnóstico de tumoración sólida de partes blandas se interviene quirúrgicamente el día 28-6-90.

Diagnóstico intraoperatorio: se comprueba tumoración sólida subescapular adherida al músculo de 4 por 3 cm, pétreo, en íntima relación con la escápula y el plano costal. Se reseca la tumoración en casi su totalidad, quedando un sector adherido al periostio.

Evolución postoperatoria: Buena.

Anatomía patológica

Macroscopía

Se analizan macroscópicamente dos fragmentos ovoideos, el mayor de 75 por 60 por 40 mm y el menor de 40 por 15 por 15 mm. Superficie externa anfractuosa, irregular. En un sector se reconoce músculo estriado. Al corte se constata tejido blanco, grisáceo, firme, que bordea múltiples cavidades y focos de tejido adiposo de disposición irregular. Macroscópicamente no parece infiltrar el músculo estriado. No se observa cápsula fibrosa que delimite esta lesión.

Microscopía

Microscópicamente se observa una proliferación de tejido fibrocolagenizado entremezclado con fibras elásticas, en áreas predomina el tejido colagénico, existiendo sectores donde las fibras elásticas presentan cambios degenerativos de tipo globuloso con típica disposición en rosario.

La proliferación tumoral no presenta figuras mitóticas. Existen fibroblastos tumefactos de núcleo hi-

percromático. Estroma conectivo con vasos de pequeño calibre dilatados y bordeados por fibrosis.

El tejido adiposo se extiende entre los haces fibrocolagénicos. Existe tejido fibroconjuntivo que delimita incompletamente la proliferación celular. La técnica de Orseína muestra positividad para fibras elásticas.

En suma: Elastofibroma subescapular (elastofibroma dorsi) incompletamente delimitado por cápsula fibrosa.

Comentarios

El elastofibroma presenta una similitud clínica con los sarcomas y las fibromatosis (desmoide extradominal), sin embargo el comportamiento biológico de estas lesiones y su apariencia histológica claramente lo define como una entidad benigna.

Clínicamente se presenta como una masa tumoral de límites irregulares en topografía subescapular, a menudo asintomático y de lento crecimiento.

La radiología de tórax muestra elevación de la escápula sobre la pared torácica y la Tomografía computarizada es de ayuda en delimitar correctamente la lesión, ver sus características y vinculación con la parrilla costal, dado que el diagnóstico diferencial más importante es con tumores de la parrilla costal.

Macroscópicamente estas lesiones se caracterizan por presentar apariencia de masa fibrosa, no encapsulada, conteniendo múltiples o algunos espacios quísticos, bordeados por fibrosis y tejido adiposo⁽⁶⁾.

Histológicamente el elastofibroma está compuesto por tejido fibroso denso. En contraste con el tejido fibroso de reparación o reactivo, los elastofibromas no muestran proliferación de pequeños canales vasculares bordeados de células endoteliales prominentes^(1,6).

Como mencionamos anteriormente se presenta el diagnóstico diferencial con la fibromatosis y el fibrosarcoma bien diferenciado. Los fibroblastos tienen una apariencia similar, pero en la **fibromatosis** frecuentemente es más celular. Es muy importante la diferenciación de estas entidades pues la fibromatosis usualmente recurre localmente si no fue reseca en totalidad la lesión y se extiende a las estructuras adyacentes, siendo en ocasiones muy difícil su resección posterior.

En contraste los elastofibromas no recurren localmente.

El único sarcoma que puede plantear diagnóstico diferencial es el fibrosarcoma, que a menudo es más celular, y además contiene abundantes figuras mitóticas y un patrón característico.

En el elastofibroma microscópicamente aparece

tejido colagénico eosinófilo tumefacto, y fibras elásticas en proporciones casi iguales, asociada a fibroblastos ocasionales, pequeña cantidad de material mucoide intersticial y agregados de tamaño diverso de células grasas maduras. Las fibras elásticas tienen aspecto arrosariado, degenerado o están fragmentadas en pequeños glóbulos o gotitas con una disposición lineal. Las tinciones para elastina (Gomori, Verhoeff), revelan fibras profundamente teñidas ramificadas y no ramificadas que miden 20 a 30 mm de diámetro promedio y tienen un centro denso y un borde aserrado irregular. Con microscopía electrónica las fibras consisten en agregados granuloso o fibrilares de material electrodense junto con un centro rodeado por una matriz homogénea que contiene fibrillas de colágeno diseminadas ^(7,9,10).

Ramos y col hallaron que muchas de las células tiene las características de miofibroblastos.

La etiología del elastofibroma es controvertida. Stemmerman y col sugieren que está vinculado a una degeneración del colágeno.

Jarvi y col con ME y estudios de Histoquímica del elastofibroma consideran que es un pseudotumor degenerativo en donde la hipertrofia del tejido elástico es seguida de degeneración de segmentos y glóbulos que gradualmente experimentan absorción. Estos autores notaron un incremento en el colágeno incluido una acumulación perivascular que ellos postulan causa compresión de los capilares y pre-capilares causando isquemia ⁽³⁾.

Más recientemente Akhtar y col examinan la ultraestructura del elastofibroma y han demostrado que el tejido elástico del elastofibroma es el resultado de una excesiva producción de material elástico por los fibroblastos y no el resultado de una degeneración elastótica del colágeno ⁽¹²⁾.

El tratamiento del elastofibroma es quirúrgico (a pesar de que se menciona casos en la literatura tratados con radioterapia y retroceso del tumor con la misma) y consiste en la exéresis amplia del tumor.

En los tumores mayores de 5 cm se aconseja realizar la resección bajo anestesia general, dado los márgenes poco definidos de la lesión y la fijación de estos tumores al periostio, lo cual dificulta la disección si se realiza con anestesia local, pero sin embargo como dijimos anteriormente no presenta recurrencia ⁽¹¹⁾.

La significancia quirúrgica del elastofibroma es no confundirlo con un tumor maligno de pared torácica. La localización característica del elastofibroma, su consistencia firme elástica, la ausencia de síntomas asociados, orientan hacia la verdadera naturaleza del tumor.

Bibliografía

1. **Akhtar M, Miller RM.** Ultraestructura of elastofibroma. *Cancer* 1979; 40: 728.
2. **Banfield WG, Lee CK.** Elastofibroma an electron microscopic study. *J Natl Cancer Inst* 1988; 40: 1067-77.
3. **Dixon AV, Lee SH.** An ultrastructural study of elastofibromas. *Hum Pathol* 1980; 11: 257.
4. **Jarvi O, Saxen E.** Elastofibroma dorsi: Elastofibroma—a degenerative pseudotumor. *Cancer* 1969; 23: 42.
5. **Mackenzie DH, Wilson JF, Cooke KB.** Elastofibroma. *J Clin Pathol* 1968; 21: 470.
6. **Enzinger FM, Sharon WW.** Tumores de tejidos blandos. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1985.
7. **Michel LM, Perzin KH.** Elastofibroma dorsi: Beningn chest wall tumor. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1989; 98: 234-8.
8. **Lee ME, Cain DR.** Elastofibroma dorsi. *The Mount Sinai Med* 1981; (Ap): 138-9.
9. **Fukuda Y, Miyake H et al.** Histogenesis of unique elastofibroma: Ultrastructural and immunohistochemical studies. *Hum Pathol* 1987; (May): 424-9.
10. **Nakamura Y, Okamoto K et al.** Elastase digestion and biochemical Analysis of the Elastin from an elastofibroma. *Cancer* 1988; 58: 1070-5.
11. **Roasi J.** Elastofibroma. In Ackerman: *Patología Quirúrgica*. 6ª ed. Panamericana: Buenos Aires 1983: 1445.
12. **Waisman J, Smith DW.** Fine structure of an elastofibroma. *Cancer* 1969; 22: 671.