

Elastofibroma dorsi: hacer fácil una lesión característica

Pedro del Valle Rodríguez-Flores¹, Antonia García García¹, Marta Lobo García¹, Juan Manuel Serón Luna¹, Arturo Gross González¹, Lina Pinzón Triana¹, Iago María Navarro Navarro¹, Guillermo Sánchez Fonseca²

¹Hospital General de Segovia, Segovia;

²Complejo asistencial de Ávila, Ávila

OBJETIVOS DOCENTES.

- Conocer los aspectos clínicos y epidemiológicos del elastofibroma dorsi.
- Aprender las características radiológicas del elastofibroma dorsi en distintas técnicas de imagen (US, TC, RM).

REVISIÓN DEL TEMA.

INTRODUCCIÓN

Lesión seudotumoral benigna de partes blandas formada por tejido fibroelástico no encapsulado

LOCALIZACIÓN CARACTERÍSTICA

REGIÓN INFRAESCAPULAR

MÚSC SERRATO ANTERIOR
MÚSC. DORSAL ANCHO

Codo: 2ª localización más frecuente

Características generales

- Tejido fibroelástico con estrías grasas intercaladas
- Crecimiento lento
- Localización típica (99%):
 - Infraescapular – pared torácica

NO neoplásico: tumoración reactiva

- Fricción entre escápula y pared torácica

EPIDEMIOLOGÍA

Prevalencia del **11-24%** poblacional (serie en autopsias)

- Género: mujeres (5-13 mujeres: 1 hombres)

- Edad: mayores de 60 años

- Raro en niños

BILATERALIDAD 10- 60% → hallazgo de apoyo al diagnóstico
de elastofibroma

- Una de las lesiones suele ser de mayor tamaño que la contralateral

Habitualmente: hallazgo CASUAL

CLÍNICA

- ASINTOMÁTICOS
- CRECIMIENTO LENTO

Disminución de la movilidad

Dolor local

Chasquido escapular

Ruido metálico escapular

DIAGNÓSTICO

- Edad de presentación
- Localización típica
- Hallazgos por imagen

TRATAMIENTO

Escisión quirúrgica (cuando son SINTOMÁTICOS)

Baja recidiva tumoral a nivel local < 10%

- Posiblemente por resto tumoral postquirúrgico

HALLAZGOS POR IMAGEN

ECOGRAFÍA

- masa de ecogenicidad heterogénea por alternancia de líneas hiperecogénicas (componente graso) e hipoeecogénicas (componente fibroso)
- Patrón “atigrado”
- Flujo Doppler ausente o disminuido

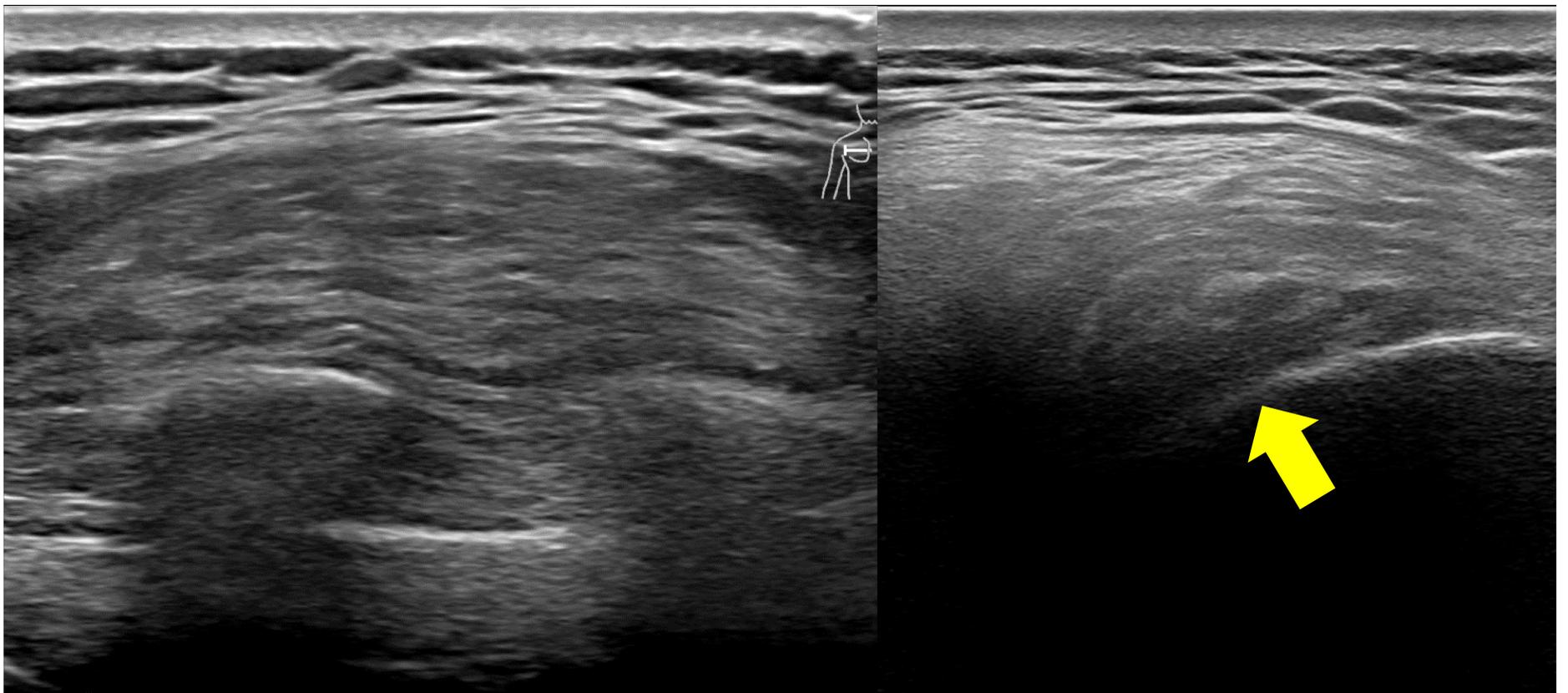


Figura 1. Masas de partes blandas localizadas en la región subescapular, en contacto con la pared torácica (la flecha amarilla indica la porción inferior de la escápula). Presentan bordes bien definidos y ecogenicidad heterogénea en multicapas con tractos ecogénicos (en relación al componente fibroso) mezcladas con vetas hipoeecogénicas grasas.

HALLAZGOS POR IMAGEN

TC

- Masa circunscrita con densidad similar al músculo
- Heterogénea por las imágenes lineales intercaladas en el interior en relación con tractos grasos
- Morfología: semiluna, lenticular, esférico

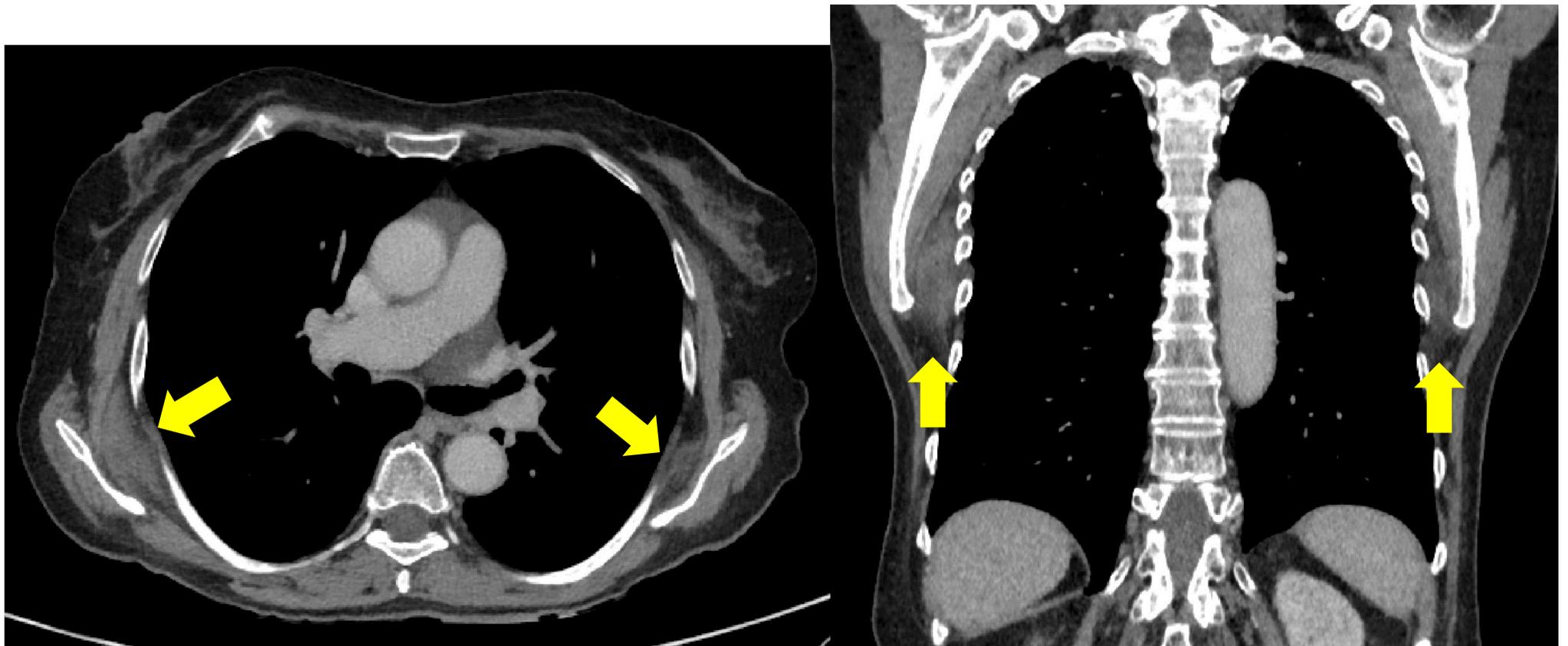


Figura 2. Masas de partes blandas bilaterales localizadas en ambas regiones infraescapulares, en contacto con la pared torácica. La del lado derecho muestra mayor tamaño que la contralateral. Presentan una densidad similar al músculo con algunos tractos hipodensos intralesiones sugestivos de grasa.

HALLAZGOS POR IMAGEN

RM: de elección

- Si diagnóstico en TC – NO necesaria confirmación RM

T1: señal similar al músculo + tractos hiperintensos por contenido graso

- áreas lineales de grasa intratumoral (signo de la lasaña)

T2: hiposeñal por el contenido fibrocolágeno + hiperseñal grasa

STIR: saturación del componente graso

T1 fat-sat + CIV: pueden realzar

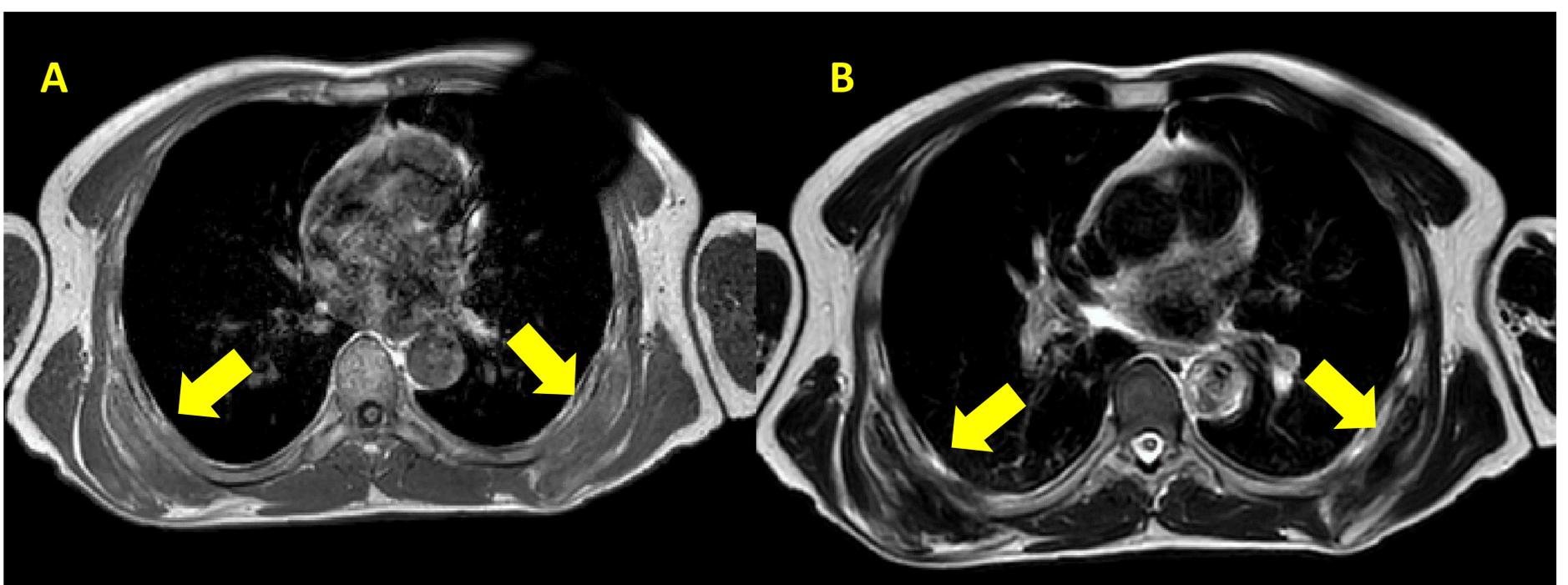


Figura 3. RM con secuencias potenciadas en T1 (A) y T2 (B) en las que se observan dos masas bilaterales localizadas en ambas regiones infraclaviculares. Presentan intensidad de señal heterogénea con componente hipointenso similar al músculo e hiperintenso en relación a grasa.

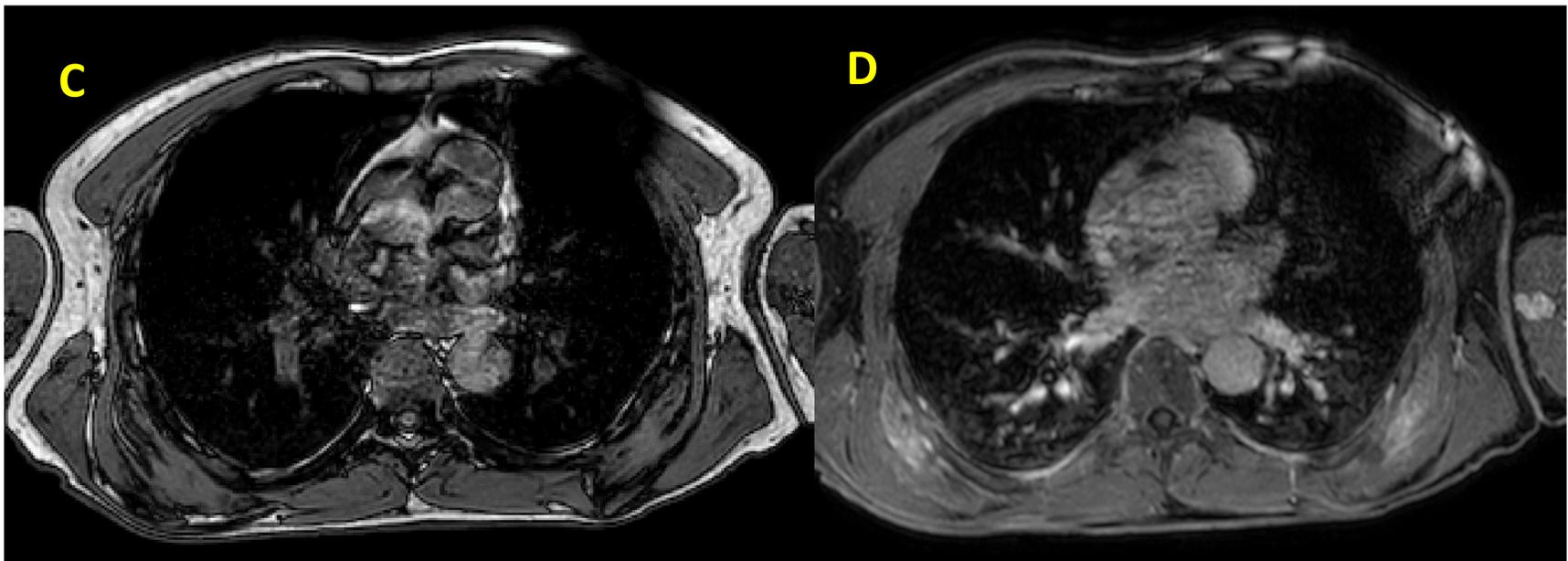


Figura 4 . Continuación del caso anterior. C) En la secuencia de fuera de fase presenta caída de señal del componente hiperintenso intralesional, confirmando su componente graso. D) En la secuencia T1 con saturación de la grasa y tras la administración de contraste se evidencia leve realce heterogéneo de ambas lesiones.

Localización atípica: 1%

- Diferente al ángulo infraespacular
 - En el codo adyacente al olécranon
 - Adyacente a la tuberosidad isquiática
 - En otros niveles de la pared torácica

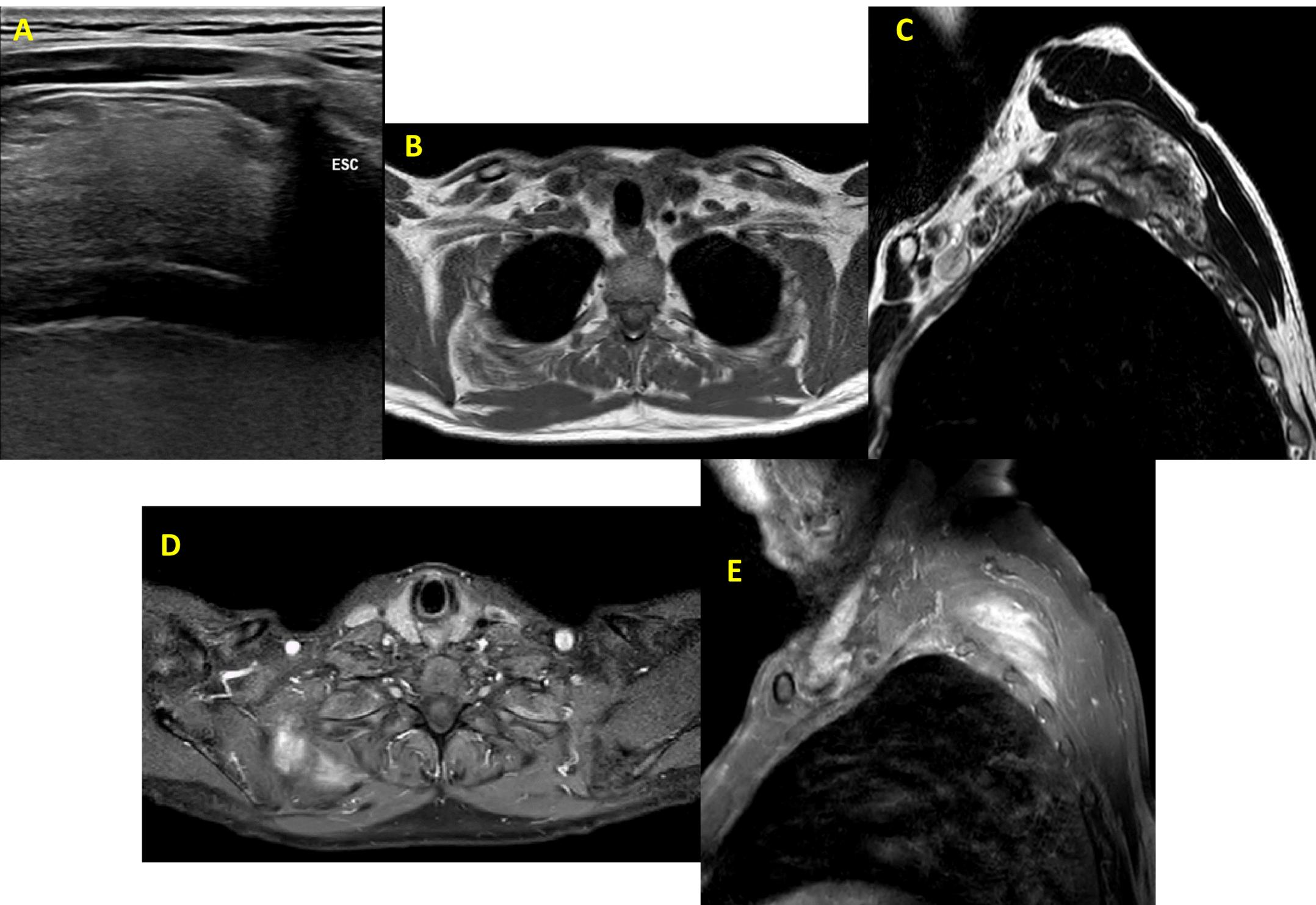


Figura 5. A) Lesión de partes blandas bien definida de localización supraescapular derecha. Presenta una ecogenicidad difusamente aumentada. B y C). Secuencias T1 y T2 donde se visualiza, entre el músculo romboides mayor derecho y la pared torácica, una lesión con intensidad de señal similar al músculo y tractos hiperintensos en su interior compatible con grasa. D y E) En T1 con saturación de la grasa y administración de contraste se identifica un realce moderado de la lesión. Hallazgos en relación con elastofibroma de localización atípica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Cualquier lesión localizada en la región infraescapular

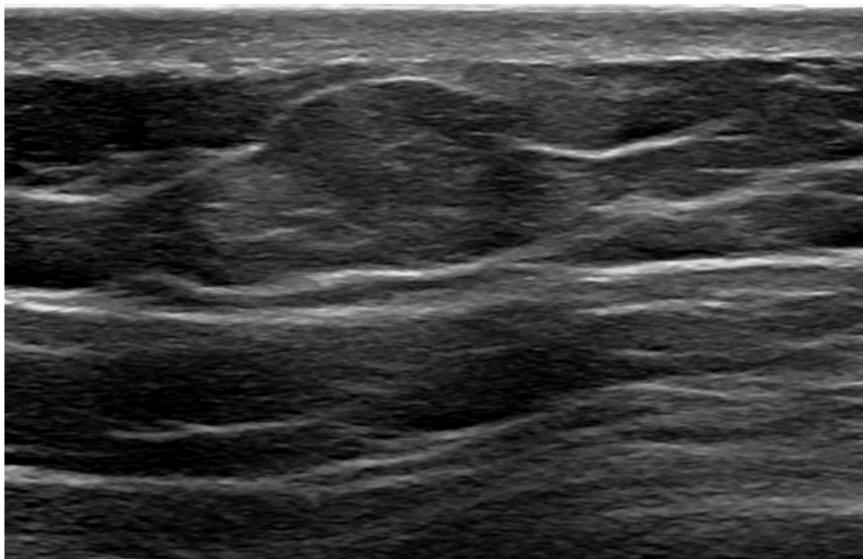


Figura 6. Lesión isoecogénica a los lóbulos grasos adyacentes, encapsulada, localizada en el tejido celular subcutáneo en relación con lipoma.

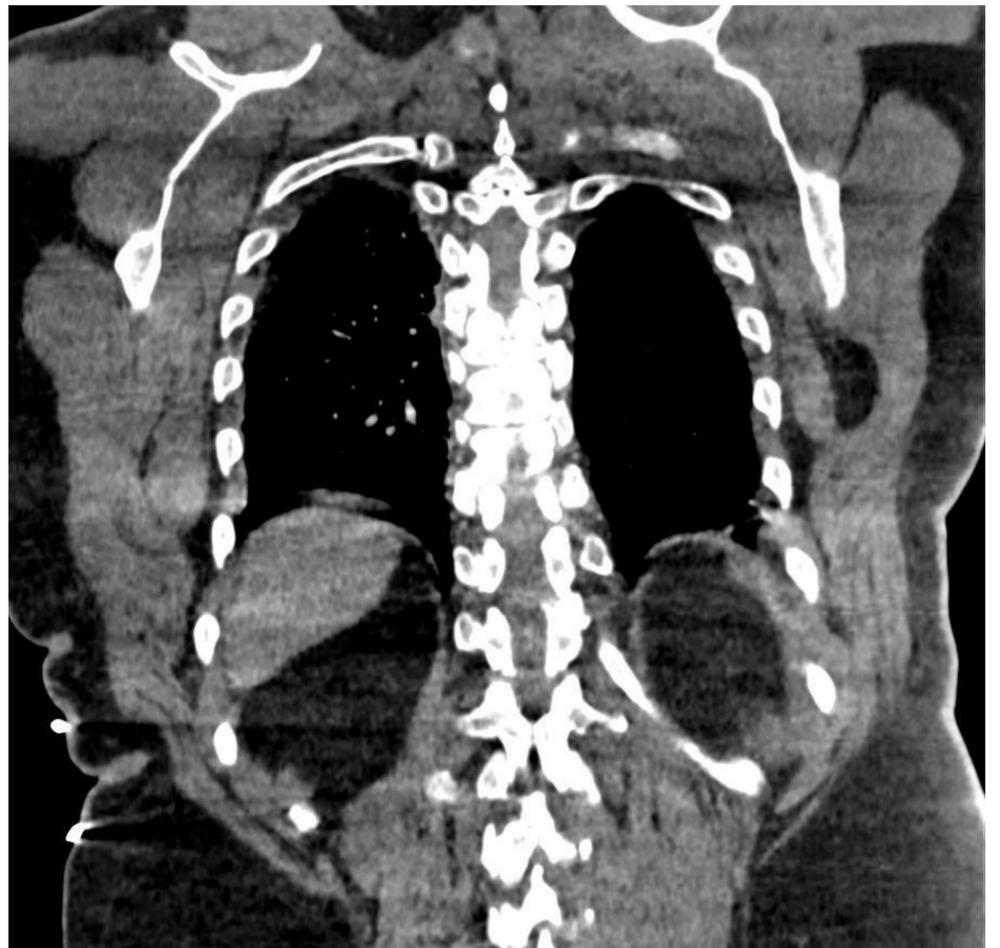


Figura 7. Lesión localizada en región subescapular. Presenta densidad grasa, estructura homogénea y sin septos o polos sólidos, compatible con lipoma.

Liposarcoma

- Masa de partes blandas con contenido graso
- Localización subescapular infrecuente
- Septos intratumorales gruesos y numerosos
- Realce tumoral intenso
- Contenido mixoide o quístico-necrótico

CONCLUSIÓN.

Es importante para los radiólogos conocer los distintos aspectos clínicos del elastofibroma dorsi, y dominar su comportamiento radiológico característico para evitar la realización de procedimientos invasivos innecesarios.

BIBLIOGRAFÍA.

Catherine CR. Elastofibroma. En: Manaster BJ. Diagnostic Imaging: Musculoskeletal Non-Traumatic Disease (Second Edition). Elsevier, 2016: 468-471, ISBN 9780323392525.

<https://doi.org/10.1016/B978-0-323-39252-5.50113-X>.

Haseli S, Mansoori B, Christesen D, Abadi A, Poovan A, Zadeh FS, Mau B, Khalili N, Murphey M, Chalian M. Fibroblastic and Myofibroblastic Soft-Tissue Tumors: Imaging Spectrum and Radiologic-Pathologic Correlation. RadioGraphics. 2023; 43 (8). Doi:

<https://doi.org/10.1148/rg.230005>

Nam SJ, Kim S, Lim BJ, Yoon CS, Kim TH, Suh JS, Cha JG. Imaging of Primary Chest Wall Tumors with Radiologic-Pathologic Correlation. RadioGraphics. 2011; 31(3): 749–770. doi:10.1148/rg.313105509

Ochsner JE, Sewall SA, Brooks GN, Agni R. Elastofibroma Dorsi. RadioGraphics. 2006; 26(6): 1873–76. doi:10.1148/rg.266055184