

Elastofibroma dorsis: un tumor infrecuente de la pared torácica

Debernardi DM, Avalos S**, Bustos MEF***, Arancibia Agustín *****

** Residente del Servicio de Cirugía de Tórax. Hospital Privado SA - CMC*

*** Jefe del Servicio de Cirugía de Tórax. Hospital Privado SA - CMC*

**** Jefe del Programa de Trasplante Pulmonar del Hospital Privado SA - CMC*

***** Servicio de Anatomía Patológica*

Resumen

El elastofibroma dorsis (EF) es un tumor que se presenta, más frecuentemente, en la región infraescapular de la pared torácica. Ocasiona desde síntomas leves hasta dolor, molestias e impotencia funcional. Si bien es un tumor benigno, requiere tratamiento quirúrgico por su sintomatología y para su diferenciación de los tumores malignos. Objetivo: Analizar los tumores de la pared del tórax, infraescapulares, tratados quirúrgicamente y sus complicaciones. Método: Se describen 13 pacientes con diagnóstico de tumor de pared torácica de localización infraescapular en los que se realizó la resección de 17 tumores. Resultados: 12 tumores fueron informados como EF. No hubo presencia de células atípicas en los tumores tratados. La formación de seroma fue la complicación más frecuente. Conclusión: Pese a su carácter benigno, el EF requiere tanto por su frecuencia como por su sintomatología tratamiento quirúrgico.

Palabras claves: Tumor de pared torácica, elastofibroma dorsis, tumor infraescapular.

Abstract

The elastofibroma Dorsis (EF) is a tumor that occurs most frequently in the chest wall's infrascapular region, have mild symptoms to pain, discomfort and loss of function. While it is a benign tumor that requires surgery for their symptoms and when it is necessary to differentiate malignant tumors. Objective: To analyse chest wall's tumors treated surgically and its complications. Method: were treated 13 patients with chest wall infrascapular tumors in whom resected 17 tumors. Results: 12 tumors were reported as EF, there was no presence of atypical cells in the treated tumors seroma formation was the most frequent complication. Conclusion: despite being a benign tumor EF requiring surgical treatment for their symptoms and frequency.

Keywords: chest wall tumor, elastofibroma dorsi, infrascapular tumor.

Introducción

El EF es un tumor de partes blandas con contenido de colágeno, grasa y fibras elásticas. Fue descrito por primera vez por Jarvi y Saxen en 1961 [1]

El EF ocurre típicamente en la región subescapular pero también se han reportado casos en otros sitios como axila, tuberosidad isquiática, trocante mayor, codo, estómago, recto, omentum, ojo, mano y pie. Los síntomas dependen de la localización y el tamaño del tumor. El diagnóstico diferencial debe realizarse con lesiones o tumores subcutáneos, como lipomas, fibrolipomas, formaciones quísticas o tumores más agresivos o malignos [2].

El objetivo de este trabajo fue analizar la presencia de EF en los tumores de la pared torácica de localización infraescapular, diagnosticados y tratados quirúrgicamente; y las complicaciones post quirúrgicas.

Reporte de los casos

Se presentan 13 pacientes con diagnóstico de tumores de pared torácica infraescapular y resección de 17 tumores que fueron tratados en el Servicio de Cirugía de Tórax del Hospital Privado SA - CMC, desde marzo de 2007 a Noviembre de 2011. Los tumores se presentaron en 9 mujeres y 4 varones. Con un rango de edad entre 40 y 71 años. 5 fueron bilaterales, de las cuales 3 se trataron en un solo tiempo anestésico, 1 fue controlada y 1 se intervino del lado contralateral a los cuatro años por crecimiento del tumor y la producción de síntomas. El diagnóstico definitivo se obtuvo por estudio anatomopatológico. La indicación quirúrgica se realizó en pacientes con molestias, dolor o sospechas de tumores malignos y estéticas. En los casos bilaterales, se realizó la resección sólo del lado sintomático y de efectuó control del tumor contralateral. La TAC de tórax t la clínica fue suficiente para el diagnóstico presuntivo, la punción biopsia y el PET solo estaría indicado en los casos que la lesión no es característica o los estudios de TAC o ecografía indiquen posible etiología maligna [2]. No realizamos punción en ningún caso ya que los nuestros paciente se presentaron con características de EF. Los pacientes se intervinieron bajo anestesia general. Las resecciones unilaterales se realizaron en decúbito lateral. En un caso bilateral, se realizó la operación en decúbito ventral con brazos extendidos hacia delante para desplazar la escápula logrando mejor exposición del tumor. La resección se realizó con margen amplio. En ningún caso fue necesario realizar resección de elementos óseos.

En la totalidad de los casos se dejó drenaje aspirativo, éstos fueron retirados a las 24 hs de postoperatorio. En 9 pacientes se presentaron seromas, de los cuales 8 requirieron drenajes por punción. El dolor postoperatorio fue bien manejado con AINES.

De los 13 pacientes tratados y los 17 tumores resecados, 12 fueron confirmados por anatomía patológica como elastofibroma dorsis. El resto de los diagnósticos histopatológicos se describen en la Tabla I. Nueve pacientes presentaron formación de seroma, 8 de ellos requirieron punción evacuadora. Ningún tumor presentó células atípicas. De los pacientes con tumor bilateral, solo uno presentó crecimiento y desarrollo de síntomas contralaterales, requiriendo cirugía 4 años posteriores a la primera.

ANATOMIA PATOLOGICA	Nº
Elastofibroma dorsis	12
Fibromatosis	1
Fascitis nodular	1
Tejido fibroconectivo adiposo maduro, en sectores hialinizados, con rica vascularización	3
Total	17

Tabla I: Diagnóstico histopatológico de los tumores de la pared torácica.

Discusión

El EF es un tumor relativamente raro de los tejidos blandos. Se trata de una lesión no encapsulada hipocelular y con contenido variable de colágeno, grasa y fibras elásticas. Se describió por primera vez por Jarvi y Saxen en 1961 [2]. El EF es una lesión benigna e infrecuente. Negamine y colaboradores describieron una serie de 170 pacientes en Okinawa, de los cuales el 32% tenía una historia familiar de EF en la región subescapular. Un solo paciente refirió antecedentes de EF en la familia en nuestra serie. También, se reportaron en otros sitios como axila, tuberosidad isquiática, trocante mayor, codo, estómago, recto, omentum, ojo, mano y pie. Se presentan bilateralmente en el 33% de los

pacientes [3].

El EF es más frecuente en mujeres, de entre 40 y 70 años, y la afección bilateral se describe en el 10%, muchas veces asincrónicos. Se llega habitualmente al diagnóstico por la presencia de síntomas como dolor o limitación de los movimientos de las extremidades superiores. En nuestra serie, el síntoma predominante fue el dolor, un paciente presentó resalto de la escápula dos paciente consultaron por crecimiento del tumor y una paciente por causas estéticas. De los tumores unilaterales, la mitad, se presentaron del lado derecho [5]. En cambio, 5 (38,5%) fueron bilaterales. La transformación maligna del EF no ha sido descrita hasta ahora. La patogénesis del EF todavía no es clara. Tanto los movimientos excesivos como los traumatismos repetitivos de la zona, se han citado como posibles inductores de una respuesta degenerativa de las fibras elásticas. [4]. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, por su localización y características al examen físico [2]. En la exploración física, la lesión suele estar bien circunscrita sin adherirse firmemente a la piel que lo recubre, aunque de difícil delimitación respecto a estructuras vecinas. Esto tiene importancia durante la exéresis para conseguir unos márgenes libres. Normalmente, el tumor se desplaza haciéndose palpable y/o más doloroso con la movilización de la extremidad superior. Su localización más frecuente es anterior a la escápula sobre el plano costal, entre la sexta y octava costilla, localizándose profundo respecto a los músculos

de dicha región, principalmente el músculo serrato anterior, dorsal ancho y el músculo elevador de la escápula (fig 1). Los síntomas dependen del sitio de localización y del tamaño de la lesión. Puede presentar dolor de hombro y resalto de la escápula. El tumor es asintomático en la mitad de los casos, o solo produce pequeñas molestias. Los tumores grandes pueden simular scapula alata, por elevación de la misma. Parecen ser móviles debido a su componente de fibras elásticas, pero durante la operación normalmente muestran adherencias que los sujetan a los tejidos circundantes. La tomografía por emisión de positrones (PET)-TC y/o la biopsia son necesarias si la lesión no es característica o si las exploraciones complementarias con ecografía, tomografía o resonancia magnética indican signos de malignidad. También debe considerar la posibilidad de malignidad cuando la lesión no es clínicamente característica, como se describe previamente, No se presentaron recidivas en nuestra serie.

En conclusión, el EF es un tumor poco frecuente cuya sintomatología puede variar desde molestias leves, hasta dolor e impotencia funcional de la extremidad superior. Se presenta en forma uni o bilateral. Si bien es un tumor benigno se deben plantear los diagnósticos diferenciales con tumores malignos de la pared torácica. La complicación postoperatoria más frecuente seroma. Las recidivas son poco frecuentes.



Figura 1: TAC de tórax; muestra tumoraciones subescapulares de 80 x 25 mm aproximadamente bilaterales, correspondientes a Elastofibromas.

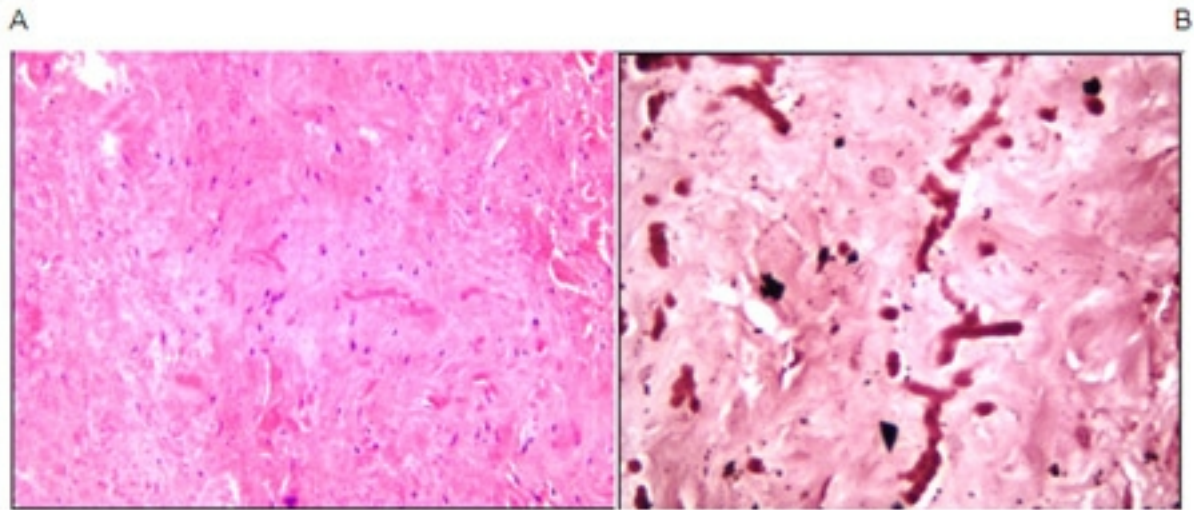


Figura 2 (A y B) Microscopia característica de EF, A tinción de H-E, B tinción de Orsiere. Muestran proliferación de fibras elásticas que exhiben disrupción por bandas elásticas de tejido colagenoso grueso.

Bibliografía

- 1- Jarvi OH, Saxen AE. *Elastobibroma dorsi*. *Acta Pathol Microbiol Scand*. 1961; 144 Suppl 5:83-4.
- 2- Ramosa R, AnnaUreña, Macía I, Rivasa F, Ríusb X y Armengolb J R. *Fibroelastoma dorsi: un tumor infrecuente e infradiagnosticado Arch Bronconeumol*. *Archivos de Bronconeumología*, Volume 47, Issue 5, Pages 262-263.
- 3- Chandrasekar CR, Grimer RJ, Carter SR, Tillman RM, Abudu A, Davies AM, and Sumathi VP *Elastofibroma dorsi: an uncommon benign pseudotumour sarcoma*. 2008; 2008: 756565.
- 4- Freixinet J, Rodríguez P, Hussein M, Sanromán B, Herrero J, Gil R *Interact CardioVasc Thorac Surg* 2008; 7:626-628. doi:10.1510/icvts. 2007; 174722.
- 5- Daigeler A, Vogt PM, Busch K, Pennekamp K, Weyhe D, Lehnhardt M, Steinstraesser L, Steinau HU, Kuhnen C. *Elastofibroma dorsi - differential diagnosis in chest wall tumours World Journal of Surgical Oncology*. 2007; 5:15 doi: 10.1186/1477-7819-5-15