

# MANEJO DE ELASTOFIBROMA DORSI BILATERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

González García, J.A.; Vallés Andreu, M; Guardiola Herráez, C; Valcárcel Díaz, A; Puertas García-Sandoval, J.P.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA



## OBJETIVOS

Presentar un proceso diagnóstico-terapéutico de un elastofibroma dorsi bilateral mediante el estudio de un caso clínico.

## MATERIAL Y METODOLOGÍA

Paciente de 48 años remitido a consultas por presencia de bultos junto a ambas escápulas con molestia para la movilización de hombros. A la exploración se palpan tumoraciones subescapulares bien delimitadas, siendo de mayor tamaño la del lado izquierdo (*figuras 1*). Se solicita resonancia magnética, donde se observa en lado izquierdo tumoración de partes blandas de 10 x 8,5 x 3,5 cm (Diámetro craneocaudal, transversal y grosor) sobre la pared costal y bajo el músculo serrato en la región infraescapular, de morfología lenticular. Presenta señal hipointensa en T1 y T2, con áreas de señal grasa interpuestas, en relación con elastofibroma. Con la sospecha de elastofibroma se incluye en lista de espera quirúrgica

## RESULTADOS

En el quirófano bajo anestesia general se localiza la lesión en primer lugar con ayuda de ecógrafo portátil y se marcan sus bordes. Se realiza abordaje transversal sobre punta de escápula. Se diseca por planos y se incide de forma transversal el dorsal ancho siguiendo la dirección de sus fibras. A continuación, se localiza el fibroelastoma, que se encuentra muy adherido a la pared costal, y se diseca cuidadosamente con ayuda de Covidian hasta lograr la resección completa. La pieza, que presenta un gran tamaño, se envía para anatomías patológica que confirma diagnóstico de sospecha (*figura 2*).



*Figura 1:* Imagen clínica de las tumoraciones escapulares, de mayor tamaño en lado izquierdo

## CONCLUSIONES

El elastofibroma dorsi es una tumoración benigna, reactiva al roce mecánico que se produce normalmente entre el borde inferior de la escápula y la pared torácica que se incluye en el grupo de proliferaciones fibroblásticas. Su crecimiento es lento y es considerado un pseudotumor. Suele estar firmemente adherido a la fascia torácica, periostio y ligamentos intercostales de la pared, entre la sexta y la octava costilla. Generalmente la presentación es unilateral pero en más del 10% de casos puede producirse de forma bilateral. En pacientes sin clínica se recomienda observación periódica. Sin embargo, en pacientes sintomáticos y por razones cosméticas, se recomienda la resección quirúrgica marginal.



*Figura 2:* Imagen intraoperatoria de la tumoración resecada