

# Elastofibroma dorsi de localización múltiple.

## Revisión de 4 casos

García Sánchez, L<sup>1</sup>. Gaspar Aparicio, N<sup>2</sup>.  
Doñate Pérez, F<sup>3</sup>. Viejobueno Mayordomo, MC<sup>1</sup>.  
<sup>1</sup>González Lozoya, I<sup>1</sup>. Martín Somoza, F.J<sup>1</sup>.



*1Médico Interno Residente Cirugía Ortopédica y Traumatología. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.*  
*2Facultativo Especialista Área Cirugía Ortopédica y Traumatología. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.*  
*3Jefe de Sección. Facultativo Especialista Área Cirugía Ortopédica y Traumatología. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.*

### INTRODUCCIÓN

El elastofibroma dorsi (EFD) es un tumor benigno de partes blandas, infrecuente y de lento crecimiento. De localización subescapular, normalmente profundo al músculo serrato anterior y músculo dorsal ancho, pudiendo estar fijado al periostio de las costillas. Caracterizado por la presencia de fibras polimórficas de material elastinofílico en el estudio histopatológico(Fig.1). Habitualmente bilateral, de predominio en mujeres entre la quinta y sexta década de la vida. Fue descrito por primera vez en 1961 por Jarvi y Saxen. La tomografía computarizada y la ecografía pueden ser útiles para el diagnóstico, siendo la resonancia magnética (RNM) altamente sensible. Cuando causa alteración funcional, dolor, restricción del movimiento o superan los 5 cm de diámetro se recomienda exéresis, siendo su recurrencia rara.

### OBJETIVOS

Dar a conocer mediante nuestros casos, el manejo y evolución del EFD, su presentación clínica, y las necesarias pruebas complementarias para su diagnóstico.

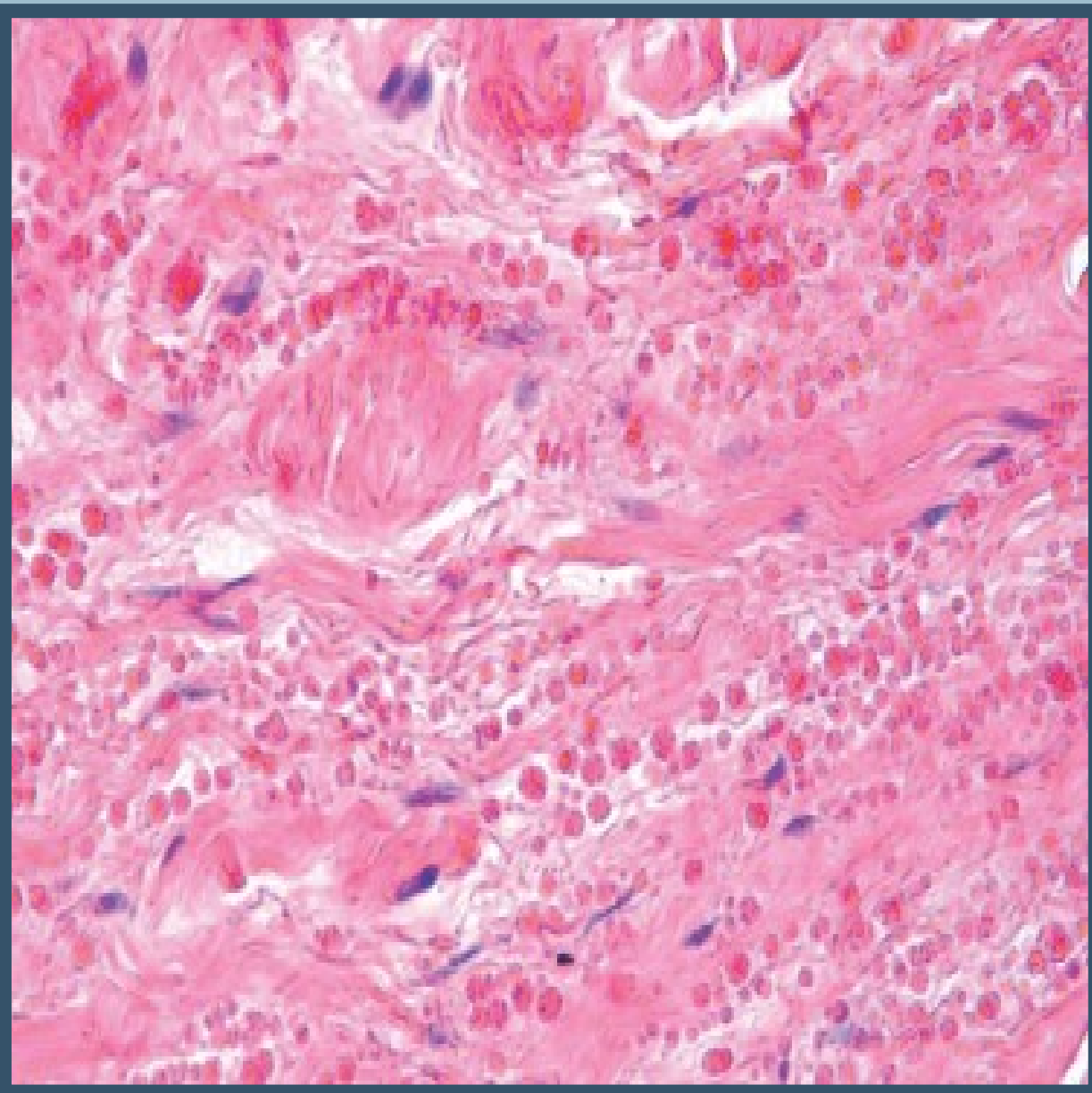


Fig.1 Micro estudio hematoxilina-eosina: Elastofibroma dorsi.

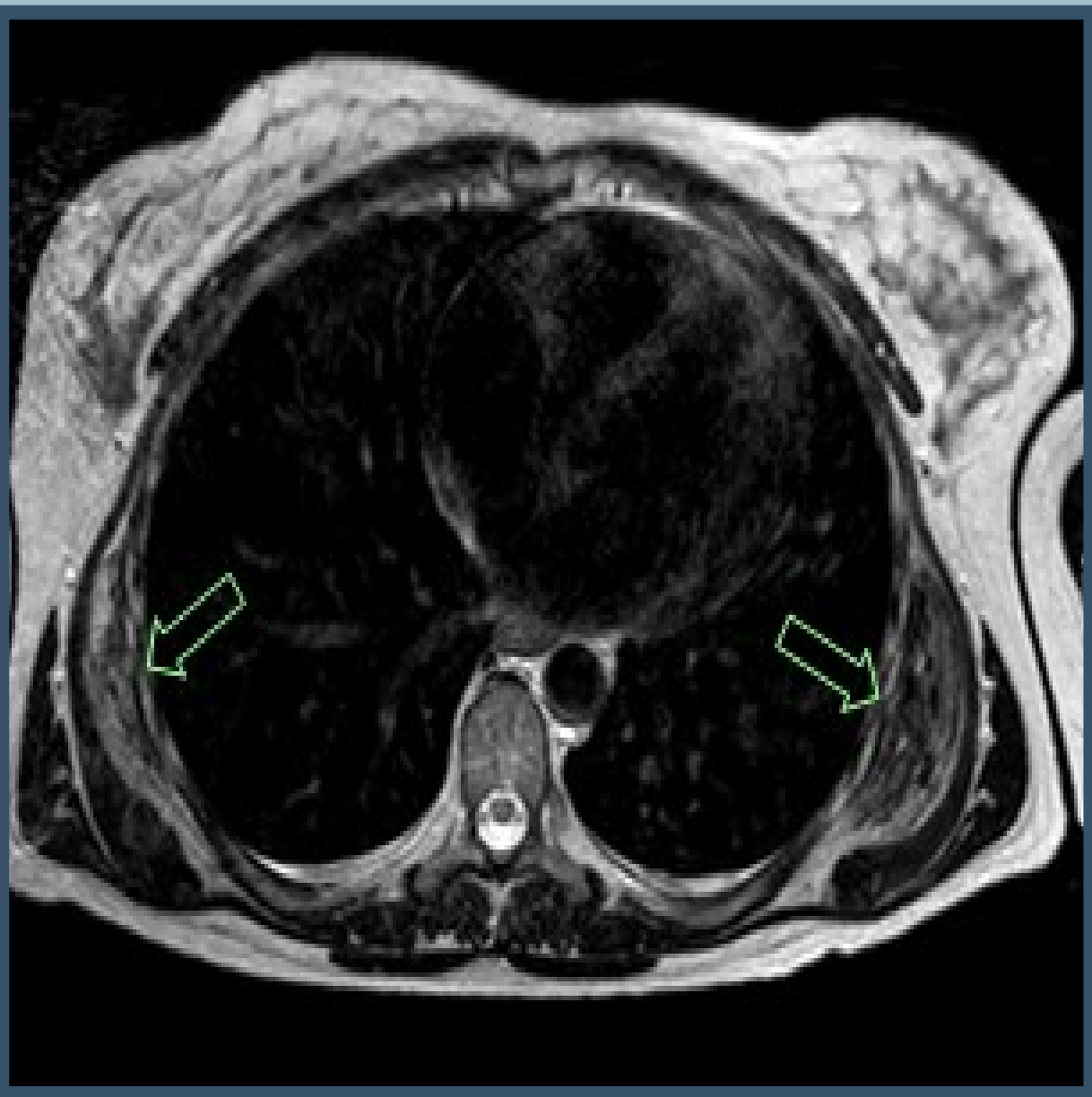


Fig.2 RNM: Elastofibroma dorsi bilateral(flechas).

### RESULTADOS

En todos nuestros casos la RNM confirma el diagnóstico (Fig.2, 3 y 4), visualizándose masas no bien definidas, con densidad similar al músculo esquelético, y bandas hipodensas correspondientes a tejido adiposo. Se realiza exéresis en dos de los pacientes, por presentar síntomas o aumento de tamaño durante los controles clínicos. Todas las muestras quirúrgicas, fueron remitidas al departamento de anatomía patológica cuyo estudio reveló una proliferación fibroblástica sin atipias ni actividad miótica junto con fibras elásticas, corroborando el diagnóstico definitivo de EFD.

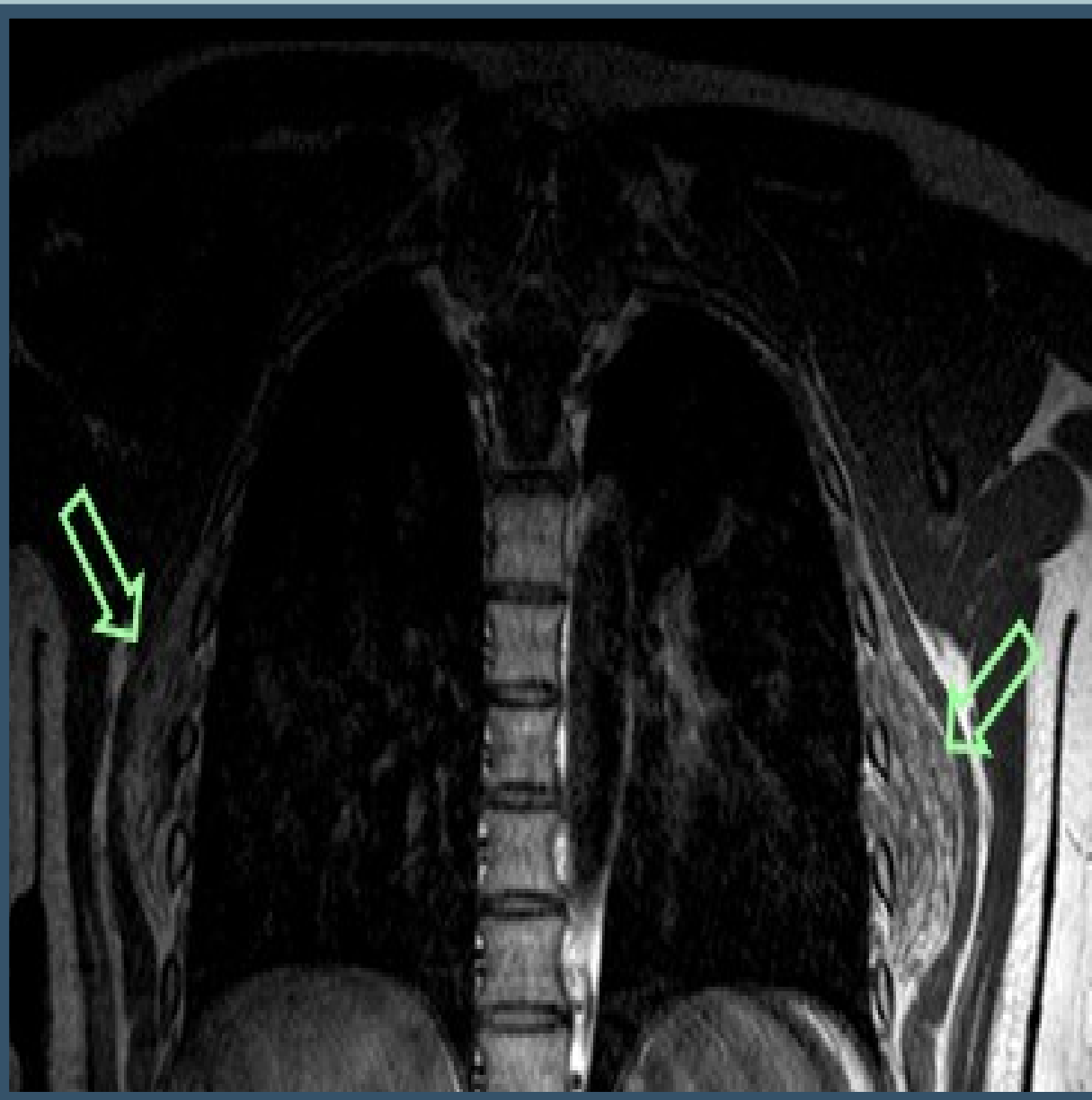


Fig.3 RNM: Elastofibroma dorsi bilateral(flechas).

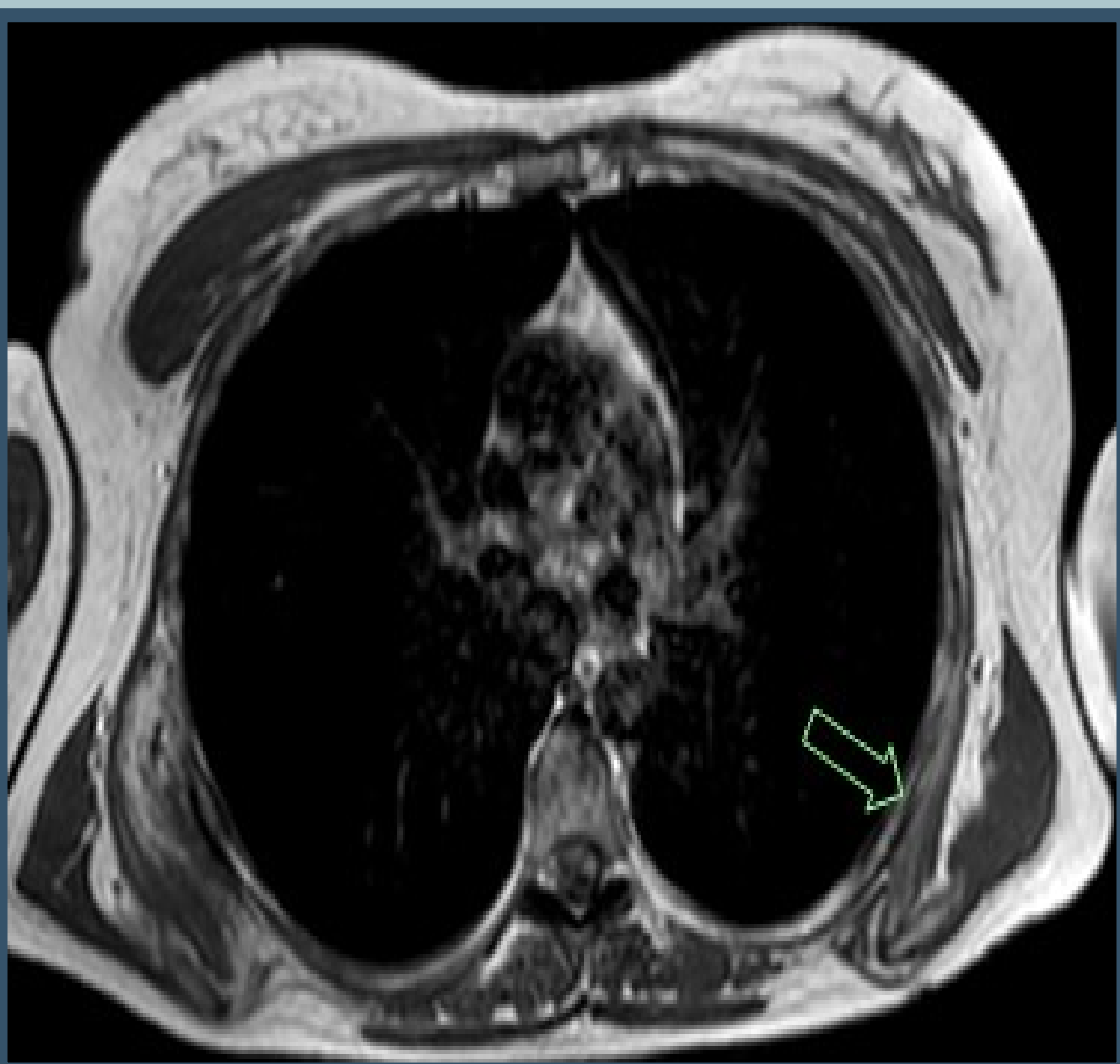


Fig.4 RNM tras exéresis de EFD en el lado izquierdo(flecha).

### CONCLUSIONES

El EFD es una patología inusual, de tumoración subescapular, a menudo bilateral. La RMN es la prueba diagnóstica que más datos aporta, al mostrar una imagen típicamente estriada. No suele requerir tratamiento quirúrgico, excepto aquellos con dolor, limitación funcional a la movilización del hombro o gran tamaño.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Basma Karrakchou, Youssef Yaikoubi, Mohamed Said Chairi, Abdelouahed Jalil. Elastofibroma dorsi: case report and review of the literatura. The Pan African Medical Journal.2017.
2. Jarvi OH, Saxen AE. Elastobibroma dorsi. Acta Pathol Microbiol Scand. 1961; 144 Suppl 5:83-4.
3. F. Abat, C. Álvarez, L. Trullols, A. Peiró, S. Bagué e I. Gracia. Elastofibroma dorsi: 7 años de seguimiento de 37 casos y revisión de la literatura. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2012;56(4):295-299.
4. Ricard Ramos, Anna Ureña, Iván Mací, Francisco Rivas, Xavier Rius y Joan Armengol. Fibroelastoma dorsi: un tumor infrecuente e infradiagnosticado. Arch Bronconeumol. 2011;47(5):262-263.
5. S. Yáñez, J.F. Val-Bernal, M.A. Echevarría, R. Landeras, J. Izquierdo y E. Gallardo. Elastofibroma dorsi: estudio retrospectivo de seis casos. Actas Dermosifiliogr. 2008;99:644-7.

