

Fibromatosis subescapular como causa de Escápula Alada; a propósito de un caso.

González López, M.; Arviza-Lorenzo, P.C.; De Armas Báez, H.H.; Escribano Rueda, L.C.; Delfino Carrillo, R.A.



Hospital Universitario de Getafe
Comunidad de Madrid

Mujer, 28 años.
Derivada a CEX Traumatología por omalgia izquierda postraumática de 8 meses de evolución. Clínica de limitación para la rotación externa y, contractura y dolor a nivel de trapecio sin mejoría tras rehabilitación

Atrofia de musculatura escápulo humeral izquierda. No masas ni signos inflamatorios. Movilidad activa y pasiva conservada con excepción una rotación externa de 0º. Discinesia escapulotorácica compatible con una escápula alada izquierda.



Fig.1 Lesión subescapular de ± 5 cm

TAC; se descarta patología ósea.

En el EMG se observa una lesión del nervio torácico largo, de carácter crónico y de intensidad moderada, lo que impide la movilidad de la escápula de la paciente.



Fig.2 Lesión subescapular de ± 5 cm

RMN; lesión en subescapular de ± 5 cm compatible con fibromatosis (Figura 1 y 2).
Gammagrafía; ausencia de actividad del tumor

PAAF; proliferación mesenquimal fusocelular de bajo grado sugestivo de fibromatosis tipo desmoide infiltrante localmente.

Discusión

Se decide actitud de “esperar y ver”, con seguimiento y control de sintomatología mediante radioterapia y/o quimioterapia^{1,2}

La paciente recibió 2 meses de sesiones de radioterapia e inició tratamiento hormonal con Tamoxifeno a dosis de 40mg diarios.

Factores de mala evolución:

- Tamaño tumoral: >7cm, mayor riesgo de recurrencia
- Localización: peor si localización extra abdominal (miembros distales)
- Edad: <30 años, menor tiempo libre de enfermedad
- Enfermedad residual microscópica tras cirugía
- Mutación en la β Catenina

La política conservadora como primera línea para estos tumores es una opción completamente válida^(1,3,4)

Un alto porcentaje de pacientes consiguen la estabilización espontánea del tumor en una media de 2 años según las revisiones^(3,5)

Según nuestro criterio los tumores con características de irresecabilidad sobretodo en miembros, pueden optar por esta línea de tratamiento .

(1). Fiore M, Rimareix F, Mariani L, Domont J, Collini P, Le Péchoux C, et al. Desmoid-type fibromatosis: a front-line conservative approach to select patients for surgical treatment. *Ann Surg Oncol*. 2009;16:2587-93.
(2). Mankin HJ, Hornicek FJ, Springfield DS. Extra-abdominal desmoid tumors: a report of 234 cases. *J Surg Oncol* [Internet]. 2010 Oct 1 [cited 2016 Sep 4];102(5):380-4. Available from
(3). Salas S, Dufresne A, Bui B, Blay JY, Terrier P, Ranchere-Vince D, Bonvalot S, Stoeckle E, Guillou L, Le Cesne A, Oberlin O, Brouste V, Coindre JM. Prognostic Factors Influencing Progression-Free Survival Determined From a Series of Sporadic Desmoid Tumors: A Wait-and-See Policy According to Tumor Presentation. *Journal of Clinical Oncology*
(4). Briand S, Barbier O, Biau D, Bertrand-Vasseur A, Larousserie F, Anract P, Gouin F. Wait-and-see policy as a first-line management for extra-abdominal desmoid tumors. *J Bone Joint Surg Am*. 2014 Apr 16;96(8):631-8. doi: 10.2106/JBJS.M.00988. PMID: 24740659.
(5). Eastley N, McCulloch T, Esler C, Hennig I, Fairbairn J, Gronchi A, et al. Extra-abdominal desmoid fibromatosis: A review of management, current guidance and unanswered questions. *Eur J Surg Oncol*. Elsevier Ltd; 2016 Jul