

ELASTOFIBROMA DORSI, UN DIAGNÓSTICO A TENER EN CUENTA.

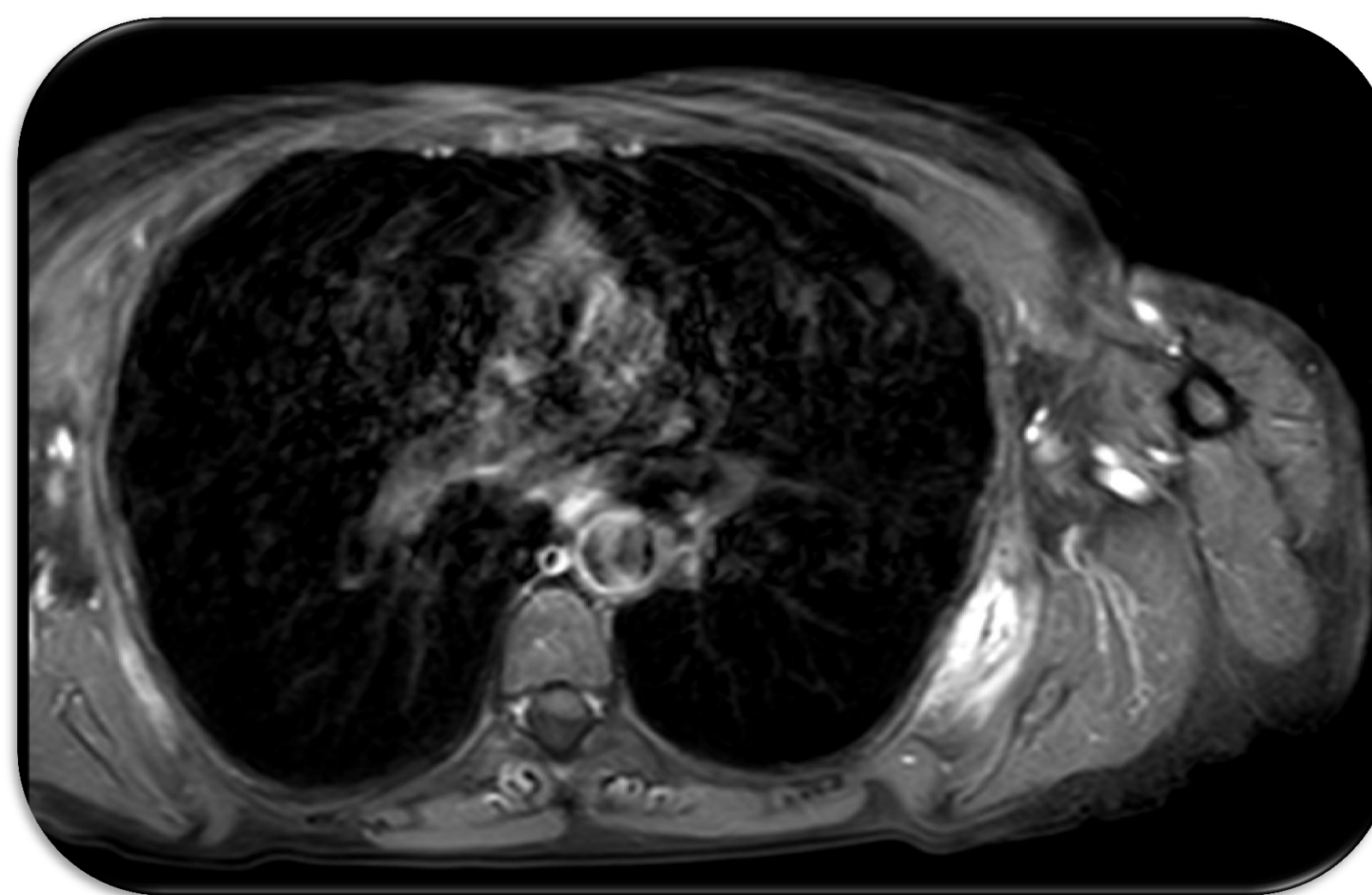
Aragón del Río, M; Silva Mancera, SF; González Pinilla, JA; Olmedo Martín, E; de Arce Ludeña, A.
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL)

OBJETIVOS

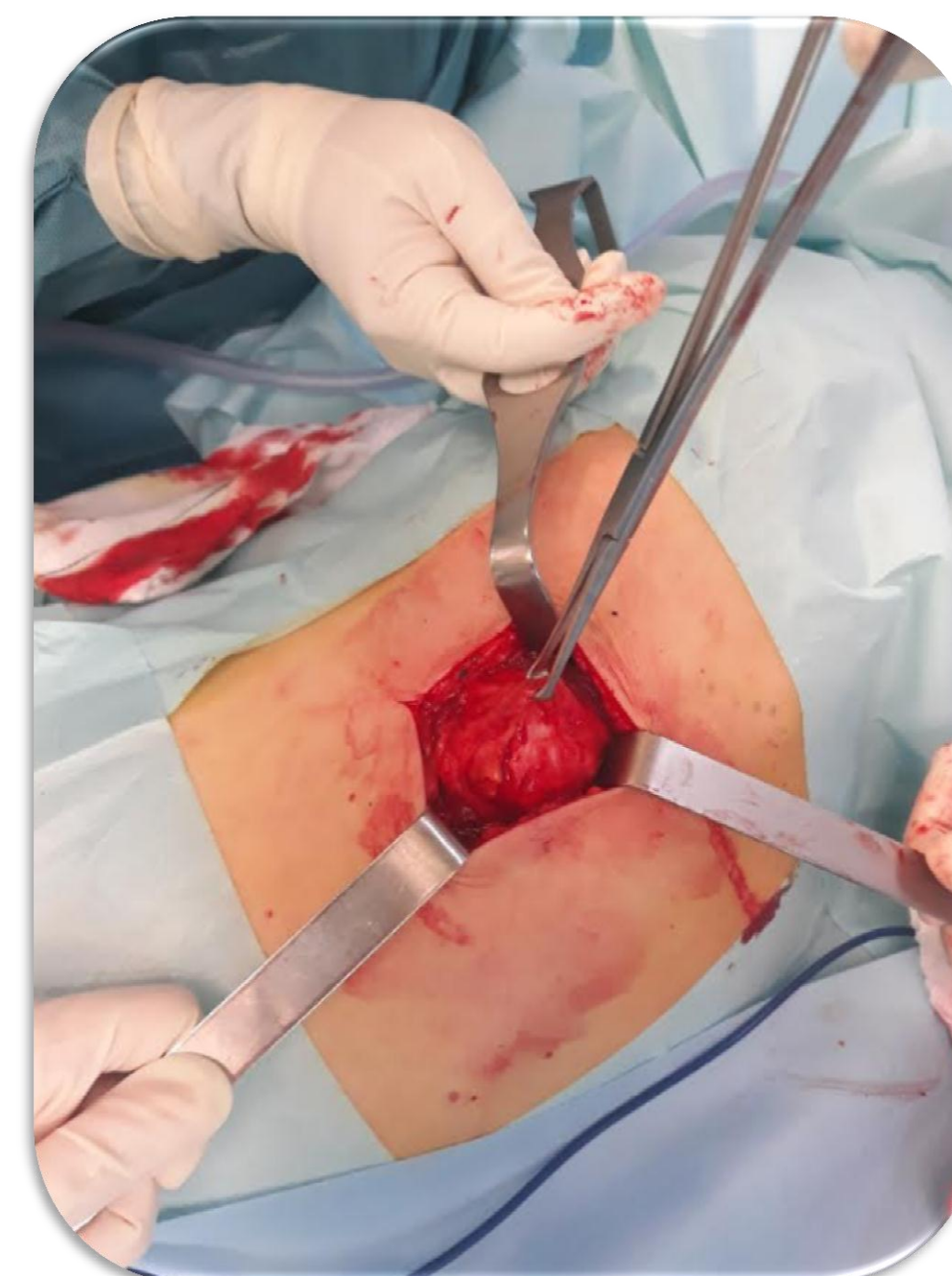
El elastofibroma dorsi (ED) es un tumor benigno de partes blandas (PB) de estirpe fibroblástica / miofibroblástica según la última Clasificación de Tumores Óseos y de Partes Blandas de la OMS de 2020. Fue descrito por primera vez en 1961 por Jarvi y Saxen. Supone el 1% de tumores de la pared torácica. El objetivo de esta comunicación es describir esta lesión y su diagnóstico diferencial con otras tumoraciones de la pared torácica posterior.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Paciente mujer de 65 años, trabajadora manual, que presenta una masa firme, de crecimiento lento en el polo inferior escapular izquierdo, con dolor leve y sensación de “clunk” escapular al mover hombro. Las radiografías resultaron anodinas. La resonancia magnética muestra una masa de PB heterogénea, con intensidad de señal similar a la musculatura tanto en secuencia T1 como T2 y realce con gadolinio.



Tras realizar la correlación clínico-radiológica y considerando como primera posibilidad el ED, se realiza resección tumoral marginal bajo anestesia general en quirófano y se envía la pieza a Anatomía Patológica. Debido al alto riesgo de seroma, en el postoperatorio inmediato se aplicó un drenaje aspirativo que fue retirado al día siguiente.



Hoy día, la paciente se encuentra totalmente asintomática, con buena evolución de la cicatriz y sin limitación funcional.

RESULTADOS

El ED es un tumor **infrecuente** que predomina en mujeres mayores de 50 años, trabajadores manuales (teoría de microtraumas repetidos) y aparece en el polo inferior escapular. No tiene potencial metastásico ni maligno. Suele ser un **hallazgo casual en RM (gold standard)**. La biopsia no suele ser necesaria en ED típicos (sí en atípicos para descartar patología maligna). La exéresis quirúrgica se realiza en pacientes sintomáticos, aunque es aconsejable esperar uno o dos años para comprobar si la lesión es estable o progresa.

CONCLUSIONES

La resección marginal se realiza en pacientes sintomáticos y lesiones mayores de 5 cm. Conlleva una mínima morbilidad. Sin embargo, hay una alta incidencia de complicaciones postoperatorias como seromas o hematomas dorsales. Recomendamos el **empleo de drenajes aspirativos temporales** para evitar dichas complicaciones.

