

Bibliografía

- Ramos R, Ureña A, Macía I, Rivas F, Rius X, Armengol J. Elastofibroma dorsi: An uncommon and under-diagnosed tumour. Arch Bronconeumol. 2011;47:262-3.
- Malghem J, Baudrez V, Lecouvet F, Lebon C, Maldague B, Vande Berg B. Imaging study findings in elastofibroma dorsi. Joint Bone Spine. 2004;71:536-41.
- Blumenkrantz Y, Bruno GL, Gonzalez CJ, Namas M, Osorio AR, Parma P. Characterization of elastofibroma dorsi with (18) FDG PET/CT: a retrospective study. Rev Esp Med Nucl. 2011 Apr 3. PubMed PMID: 21466907. DOI:10.1016/j.rem.2011.01.006.
- Onishi Y, Kitajima K, Senda M, Sakamoto S, Suzuki K, Maeda T, et al. FDG-PET/CT imaging of elastofibroma dorsi. Skeletal Radiol. 2011;40:849-53.
- Wasyliw CW, Caride VJ. Incidental detection of bilateral elastofibroma dorsi with F-18 FDG PET/CT. Clin Nucl Med. 2005;30:700-1.

- Koh DM, Collins DJ. Diffusion-weighted MRI in the body: applications and challenges in oncology. AJR Am J Roentgenol. 2007;188:1622-35.

Bruno Hochegger^a, Edson Marchiori^{a,*} y Luciana Soares Souza^b

^a Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

^b Ultra-X, São Jose do Rio Preto, Brasil

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: edmarchiori@gmail.com (E. Marchiori).

doi:10.1016/j.arbres.2011.06.006

Fibroelastoma dorsi: un tumor infrecuente e infradiagnosticado. Réplica de los autores

Elastofibroma Dorsi: An Uncommon and Under-Diagnosed Tumour. The authors' Response

Quiero agradecer a los autores su interés y sus comentarios respecto a nuestra aportación sobre los elastofibromas dorsi (ED)¹. Creemos interesante la utilización de nuevas técnicas o exploraciones complementarias que puedan ayudar en el diagnóstico diferencial de estas lesiones. La resonancia magnética es la técnica ideal y con mejor rentabilidad diagnóstica para los ED².

Tal como postulamos en nuestro estudio, creemos que la resonancia debe realizarse si la exploración física y el estudio ecográfico no orientan claramente al diagnóstico; no obstante, estudios más específicos, tal y como se nos presenta, aportarán una información morfológica y funcional mayor que el resto de exploraciones complementarias.

Elastofibroma dorsi bilateral: una muy rara presentación para una rara patología

Bilateral Elastofibroma Dorsi: a Very Rare Presentation for a Rare Pathology

Sr. Director:

El elastofibroma dorsi (EFD) es un tumor benigno poco frecuente, no encapsulado, caracterizado por la proliferación de fibras de elastina en un estroma de colágeno y tejido conectivo graso¹. Se da típicamente en personas mayores de 60 años² y en mujeres, con una ratio hombres-mujeres de 13:1³. Describimos dos casos de una rara presentación para este tipo de patología.

El primer caso es una mujer de 57 años sintomática, con elastofibroma derecho de 5 × 4 cm, que se intervino de manera satisfactoria. Dos años después presenta una nueva masa de 2,3 × 2,3 cm, aunque sintomática, por lo que se extirpa. El segundo caso es un varón de 51 años que presenta masas subescapulares bilaterales. Se resecan de manera secuencial. Tanto en el primero como en el segundo caso, el resultado anatomopatológico es de elastofibroma.

Si bien la prevalencia estimada de EFD es del 2%² en pacientes asintomáticos, en series de autopsias los individuos mayores

Bibliografía

- Ramos R, Ureña A, Macía I, Rivas F, Rius X, Armengol J. Elastofibroma dorsi: An uncommon and under-diagnosed tumour. Arch Bronconeumol. 2011;47:262-3.
- Nishio J, Isayama T, Iwasaki H, Naito M. Elastofibroma dorsi: diagnostic and therapeutic algorithm. J Shoulder Elbow Surg. 2011. doi:10.1016/j.jse.2011.01.043.

Ricard Ramos* y Anna Ureña

Servei de Cirurgia Toràcica, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ricardramos@ub.edu (R. Ramos).

doi:10.1016/j.arbres.2011.06.012

de 50 años parecen presentar una prevalencia de EFD subclínico (<3 cm) de hasta el 24% en mujeres y del 11% en hombres¹. En la práctica, dentro de la excepcionalidad de este tipo de tumores, su bilateralidad es extremadamente escasa, y en la literatura solo se han descrito 11 precedentes clínicos (tabla 1), si bien en las series de autopsias se observa también una prevalencia de bilateralidad mayor que la esperada (7%)⁴.

Tabla 1

Manejo del EFD bilateral según los diferentes autores.

	Biopsia	Tratamiento unilateral	Tratamiento bilateral sincrónico	Tratamiento bilateral secuencial
Bennett (1988)				✓
Machens (1992)			✓	
Hoffman (1996)				✓
Hsieh (1999) [2 casos]	✓		✓	
Müller (1999)			✓	
Turna (2002)				✓
Kara (2002)			✓	
Fibla (2007)		✓		
Benhima (2008)	✓	✓		
Kourda (2009)		✓		
Martínez (2011)				✓

El diagnóstico por la imagen suele iniciarse con una radiografía, que puede detectar una masa de partes blandas o una elevación de la escápula. Por ultrasonidos se suele observar una masa sub y preescapular de aspecto fibrilar y fasciculado. En TC lo veremos como una masa no encapsulada con forma lenticular, isodensa con la musculatura circundante, con estrías hipodensas, que se corresponden con densidad grasa. Finalmente la RM, que es considerada la principal prueba de imagen para su diagnóstico, muestra el EFD como una lesión grasa y fibrosa, viéndose como una imagen heterogénea con zonas de intensidad similar al músculo (correspondientes a la parte fibrosa), junto con otra hiperintensa en estratos alternando con las capas fibrosas¹.

Clásicamente se indicaba la necesidad de realización de biopsia^{1,2,5}. Hoy en día, debido a la gran especificidad de las pruebas de imagen para su diagnóstico, esta necesidad queda relegada a las excepcionales presentaciones atípicas que puedan ofrecer dificultad en el diagnóstico diferencial con patologías tipo sarcoma, tumores desmoides, lipoma, fibroma, schwannoma o hemangioma^{2,6}.

El tratamiento quirúrgico se suele reservar para casos sintomáticos o con tamaño mayor de 5 cm^{1,2,6}. En nuestros casos se indicó la cirugía de manera secuencial debido a la presentación metacrónica en el primer caso y para evitar mayor morbilidad al paciente en el segundo. En la literatura se ha optado tanto por abordajes sincrónicos como secuenciales o unilaterales (sin abordar el contralateral) (tabla 1), todos ellos con evolución favorable y sin recidivas, por lo que se puede concluir que el método de elección será el que mejor se ajuste a las características y necesidades del paciente.

Como conclusión, comentar que la bilateralidad en el EFD, aunque rara, es posible y debe ser tenida en cuenta al diagnóstico.

Bibliografía

1. Kourda J, Ayaddi-Kadour A, Merai S, Hantous S, Miled KB, Mezni FE. Bilateral elastofibroma dorsi. A case report and review of literature. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*. 2009;95:383-7.
2. Benhima MA, Bouyarmane H, Arssi M, Gourram H, Fnini S, Hassoun J, et al. Bilateral dorsal elastofibroma. *Chirurgie de la main*. 2008;27:266-8.
3. Kara M, Dikmen E, Kara SA, Atasoy P. Bilateral elastofibroma dorsi: proper positioning for an accurate diagnosis. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2002;22:839-41.
4. Turna A, Yilmaz MA, Ürer N, Bedirhan MA, Gürses A. Bilateral elastofibroma dorsi. *Ann Thorac Surg*. 2002;73:630-2.
5. Hsieh SC, Shih TT, Li YW. Bilateral elastofibroma dorsi. Two case reports. *Clin Imaging*. 1999;23:47-50.
6. Hoffman JK, Klein MH, McInerney VK. Bilateral elastofibroma: a case report and review of the literature. *Clin Orthop Relat Res*. 1996;325:245-50.

Néstor J. Martínez Hernández^{a,*}, Santiago Figueroa Almanzar^a y Antonio Arnau Obrer^{a,b}

^a Servicio de Cirugía Torácica, Consorci Hospital General Universitari de València, Valencia, España

^b Profesor de Cirugía, Universidad de Valencia, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nessmartinez@gmail.com

(N.J. Martínez Hernández).

doi:10.1016/j.arbres.2011.05.010

Pseudotumor de rinofaringe tuberculoso

Tuberculous Pseudotumor of the Rhinopharynx

Sr. Director:

La tuberculosis es una enfermedad de predominio pulmonar, aunque pueden también verse afectados prácticamente todos los órganos y sistemas dada la diseminación hematogénica del bacilo. La tuberculosis aislada de vías aerodigestivas superiores es rara y normalmente se asocia con enfermedad pulmonar primaria¹. Se trata de una localización infraestimada por el cuadro clínico oligosintomático y por la dificultad en la exploración de esta región anatómica². Presentamos un caso de tuberculosis rinofaríngea secundaria a tuberculosis pulmonar que fue diagnosticada mediante el análisis histopatológico del pseudotumor rinofaríngeo que presentaba.

Mujer de 25 años, con antecedentes de tabaquismo y hábito enólico de fin de semana. Consultó a su médico de atención primaria por cuadro de odinofagia con astenia y pérdida de peso de varias semanas. Inicialmente se diagnosticó de mononucleosis infecciosa, pautándose cobertura antibiótica. Días más tarde consultó con el otorrinolaringólogo de zona por persistencia de los síntomas, a los que se sumó otalgia supurativa de oído izquierdo. Comenzó tratamiento corticoideo por diagnóstico de faringitis crónica. Tras pérdida de 8 kg de peso en 3 meses, aparición de sudoración nocturna y esputo hemoptoico, acudió de nuevo a otorrinolaringología para descartar el origen otorrinolaringológico de la hemoptisis. En la exploración otorrinolaringológica se observaba una masa vegetante en la región rinofaríngea o cavum (fig. 1 A). A la palpación cervical se detectaron múltiples adenopatías latero-cervicales inflamatorias. Se tomó biopsia de la lesión objetivada en la rinofaringe, y sus resultados describieron enfermedad granulomatosa

con necrosis tipo tuberculosis en fase exudativa. La radiografía de tórax mostró lesiones de diseminación broncogénica en ambos lóbulos superiores, coexistiendo con diseminación miliar (fig. 1 B). El Mantoux fue dos veces negativo, así como la muestra del esputo. En el cultivo en Ziehl-Neelsen del tejido biopsiado se aisló *Mycobacterium complex* sensible a tuberculostáticos mayores. El resto de la exploración fue normal. Se trató con rifampicina, isoniazida y pirazinamida durante 4 meses y rifampicina e isoniazida 2 meses más, con remisión completa de la enfermedad.

La tuberculosis de vías aerodigestivas superiores casi siempre representa una evolución de tuberculosis pulmonar avanzada y puede afectar a la laringe, la faringe y la epiglotis³. Estas localizaciones son generalmente resistentes a la infección debido a la acción limpiadora e inhibidora de la saliva sobre el bacilo tuberculoso⁴, además de otros factores influyentes (flora saprofitas, musculatura estriada faríngea). Los síntomas consisten en disfonía y odinodisfagia, además de expectoración crónica. Los signos clínicos son variados, desde ulceraciones a pseudotumoraciones y otitis

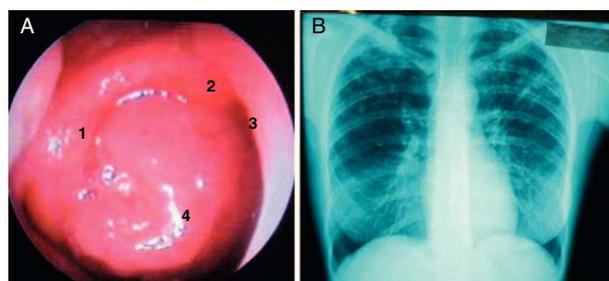


Figura 1. A) Imagen de masa tumoral en la rinofaringe tomada a través de endoscopia nasal. 1. Rodete tubárico. 2. Arco coanal. 3. Borde posterior de tabique nasal. 4. TBC pseudotumoral. B) Radiografía de tórax: lesiones de diseminación broncogénica en ambos lóbulos superiores que coexisten con diseminación miliar.