

Cartas al Director

Imágenes de resonancia magnética ponderadas en difusión en el elastofibroma dorsi

MR Diffusion in Elastofibroma Dorsi

Sr. Director:

Felicitemos al Dr. Ramos et al.¹ por la interesante descripción del elastofibroma dorsi (ED). En su estudio estos autores concluyeron que esta entidad es un tumor de la pared torácica que no se diagnostica lo suficiente, cuya influencia es incierta y cuya resección quirúrgica sólo está indicada en pacientes sintomáticos. Nos gustaría aportar y describir nuestra experiencia con un caso similar, incluidos los hallazgos de la resonancia magnética, prestando especial atención a las imágenes ponderadas en difusión.

El elastofibroma es un tumor fibroelástico benigno que casi siempre se localiza en la región subescapular inferior entre la escápula y la pared torácica. Este tipo de tumor se detectó de forma fortuita en hasta el 2% de pacientes de edad avanzada mediante tomografía computarizada (TC)². El ED es un proceso reconocido en los estudios anatomopatológicos publicados y se le ha prestado atención en estudios radiológicos recientemente publicados porque, con frecuencia, en este tumor se observa la captación de fluorodesoxiglucosa (FDG) mediante tomografía por emisión de positrones (TEP)/TC³⁻⁵. Describimos un caso de ED en el que la resonancia magnética (RM) mostró una intensa restricción de la difusión, que no debe interpretarse por error como la restricción anómala que se observa en las lesiones malignas.

La paciente era una mujer de 41 años de edad con diagnóstico de carcinoma tímico, tratado con quimioterapia y radioterapia. La TC torácica mostró una masa mediastínica anterior que no se modificó

después del tratamiento. Más tarde la paciente se sometió a una RM torácica que no mostró signos de actividad de la masa mediastínica tanto con realce de contraste como con restricción de difusión. Sin embargo, se observó otra masa en la región subescapular inferior derecha entre la escápula y la pared torácica. La masa se asociaba a una baja intensidad de señal en T1 y T2 y una restricción moderadamente heterogénea e intensa en las secuencias ponderadas en difusión (Fig. 1). La masa era estable, si se la comparaba con los exámenes previos. El examen histopatológico demostró estrías de tejido graso que alternaban con fibras de tejido fibroso. El tejido fibroso hipertrófico contenía material fibrilar con afinidades de tinción idénticas al tejido fibroso necrótico, músculo y grasa. Estos hallazgos eran compatibles con un ED.

Recientemente, en casos clínicos publicados se ha documentado la detección casual de un ED mediante TEP/TC. En estos casos se observó con frecuencia una captación ligera y moderada de FDG que no debe interpretarse erróneamente como la acumulación anómala de las lesiones malignas³⁻⁵. También se utilizó la RM con imágenes ponderadas en difusión para valorar las lesiones malignas pero, hasta la fecha, no se han descrito hallazgos de ED con estas secuencias. La RM con imágenes ponderadas en difusión proporciona información funcional (es decir, la difusividad de las moléculas de agua) y puede destacar lesiones de celularidad elevada por todo el cuerpo. Las secuencias ponderadas en difusión pueden ser un potente adyuvante de la RM anatómica, detectando lesiones sutiles y cambios patológicos en estructuras de tamaño normal, al igual que reduciendo el tiempo de interpretación de las imágenes⁶. En conclusión, observamos la restricción de difusión en la RM de una paciente con ED, que podría asociarse con el proceso inflamatorio de esta lesión benigna. Este hallazgo no debe diagnosticarse por error como un tumor maligno.

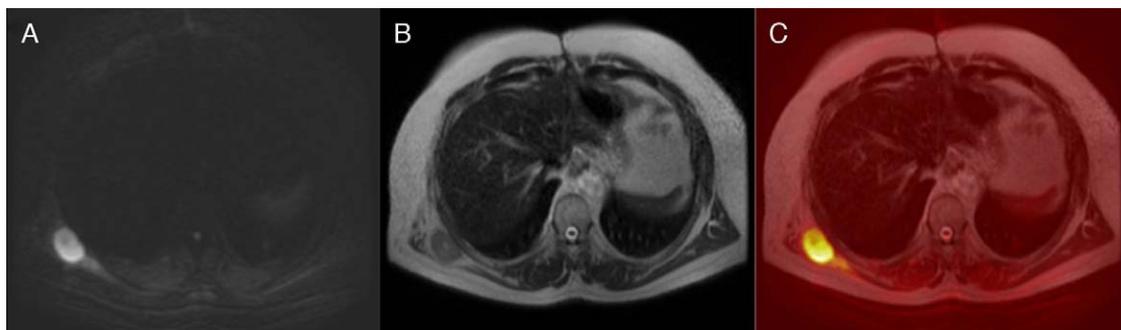


Figura 1. A) La secuencia ponderada en difusión (valor $b = 600$) muestra una masa de intensa restricción en la región subescapular inferior derecha entre la escápula y la pared torácica. B) La masa se caracteriza por una isointensidad de señal moderadamente heterogénea en T2. C) La fusión de la secuencia ponderada en T2 demuestra más claramente la intensa restricción en la masa.

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) | | | | ✓ |