

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 saprofita, 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

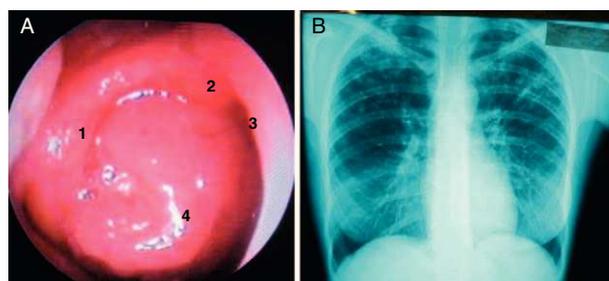


Figura 1. A) Imagen de masa tumoral en la rinofaringe tomada a través de endoscopia nasal. 1. Rodete tubárico. 2. Arco coanal. 3. Borde posterior de tabique nasal. 4. TBC pseudotumoral. B) Radiografía de tórax: lesiones de diseminación broncogénica en ambos lóbulos superiores que coexisten con diseminación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

secretoria¹. Algunos autores describen las lesiones que se observan en la faringe como un conjunto de granulaciones (tubérculos miliares) que se comparan con «granos de sémola» o «huevas de pescado»⁵. El diagnóstico debe basarse en la demostración de la micobacteria tuberculosa mediante cultivo en medios especiales (Lowenstein-Jensen, Middlebrook). La presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes con las tinciones de Ziehl-Neelsen o auramina es sugestiva de tuberculosis, pero no patognomónica¹. Es muy importante valorar la enfermedad de forma global, sin obviar las diferentes regiones anatómicas que pueden verse afectadas por esta patología. Por otro lado, la rinofaringe es la localización anatómica de variadas lesiones tumorales benignas y malignas. Lo inusual de este caso es que esta tumoración fuera tuberculosa. En conclusión, este caso ilustra la variedad de manifestaciones clínicas posibles de la tuberculosis pulmonar, así como la diversidad histopatológica de los tumores de la rinofaringe, con las dificultades diagnósticas y terapéuticas que ello implica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Raviglione MC, O'Brien RJ, Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, editores. Tuberculosis. Harrison. McGraw-Hill Professional; 2004. p. 1066-76.
2. Irriberrri M, Zenarruzabeitia E, Irarragorri J. Tuberculosis de cavum: a propósito de un caso. Arch Bronconeumol. 2001;37:216-7.
3. Sá LC, Meirelles RC, Atherino CC, Fernandes JR, Ferraz FR. Laryngo pharyngeal tuberculosis. Braz J Otorhinolaryngol. 2007;73:862-6.
4. Chakravarti A, Pal S, Sahn JK. Primary tuberculosis of tonsil and posterior oropharyngeal wall. Indian J Tuberc. 2008;55:48-50.
5. Srirompotong S, Yimtae K. Tuberculosis in the upper aerodigestive tract and human immunodeficiency virus coinfections. J Otolaryngol. 2003;32:230-3.

Ainhoa García-Lliberós*, Miguel Armengot y Consuelo Calabuig

Hospital General Universitario, Facultat de Medicina, Universitat de Valencia, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ainhoa.glliberos@gmail.com

(A. García-Lliberós).

doi:10.1016/j.arbres.2011.06.009