Caso radiológico de desafío diagnóstico

Fernando Yerovi G.¹, Carolina Schröter G.¹, David Ladrón de Guevara H.²

1. Programa de subespecialidad en PET-CT e imágenes oncológicas, Clínica Las Condes, U de Chile. Santiago, Chile.

2. Departamento de Radiología, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

Historia Clínica

Paciente de sexo femenino de 70 años con antecedente de cáncer pulmonar operado en el año 2011 (lobectomía inferior izquierda), que consulta por dolor torácico izquierdo en relación a cicatriz de herida operatoria. Se solicita un PET/CT dado su contexto oncológico, que se ilustra a continuación.

¿Cuál es su diagnóstico?

Figura 1.

Figura 2.

Resultado del caso radiológico de desafío diagnóstico

Fernando Yerovi G.¹, Carolina Schröter G.¹, David Ladrón de Guevara H.²

1. Programa de subspecialidad en PET-CT e imágenes oncológicas, Clínica Las Condes, U de Chile. Santiago, Chile.

2. Departamento de Radiología, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

Diagnóstico: Elastofibroma dorsi bilateral.

Hallazgos PET/CT

La figura izquierda muestra corte axial de tomografía computada de tórax sin contraste a nivel escapular bajo, la figura derecha muestra imagen de fusión del PET/CT a igual nivel. Las imágenes revelan cambios postquirúrgicos en pared torácica izquierda y presencia de una masa con densidad de partes blandas en pared torácica posterolateral izquierda, entre parrilla costal y plano escapular. Esta se proyecta hacia el espacio extrapleurar a través del defecto quirúrgico costal, improntando la pleura y produciendo atelectasias pasivas. Se evidencia también una masa de similares características en la pared torácica derecha, de menor tamaño. Las lesiones descritas concentran levemente el radio-trazador (SUVmax: 2,1).

Discusión

El elastofibroma dorsi (EFD) es un tumor benigno de tejido blando poco frecuente. Se localiza en la pared torácica posterolateral, preferentemente infra o periescapular⁽¹⁾. Se origina en el tejido conectivo en la pared torácica, bajo los músculos serrato anterior y dorsal ancho⁽²⁾. Alrededor del 60% de los casos se presentan en forma bilateral al momento del diagnóstico, teniendo como predominio el lado derecho, debido quizás al mayor uso de dicho miembro superior^(3,4). Otras localizaciones atípicas donde se puede presentar el EFD son: trocánter mayor, tuberosidad isquiática, olécranon, axila, codos, manos, pies, y otras regiones⁽⁴⁾.

Histopatológicamente, se caracteriza por presentar proliferación de fibras de elastina eosinófilas en un estroma de colágeno, asociadas a células grasas maduras⁽⁵⁾. Su origen pudiera estar dado por microtraumas entre la escápula y la pared torácica, generando proliferación de estas fibras.

Otras posibles causas podrían ser insuficiencia vascular, ejercicio intenso y predisposición familiar⁽⁶⁾.

El EFD representa aproximadamente el 2% de los tumores benignos en personas adultas (usualmente entre la cuarta y séptima década de la vida), guardando claro predominio femenino⁽¹⁾. Varios ensayos clínicos actuales han demostrado que esta cifra se encuentra quizás subestimada, alcanzando una prevalencia promedio de 17% en varones y hasta 24% en mujeres^(3,7).

El EFD suele ser un hallazgo imagenológico incidental, asintomático en más del 50% de los casos. Clínicamente se presenta como masa de crecimiento lento en la región escapular, que dificulta la movilidad, acompañada de dolor y/o un "clic" al realizar movimientos⁽³⁾.

La TC convencional muestra una masa lenticular de partes blandas sin cápsula, parcialmente definida, isodensa a la musculatura circundante y entremezclada con filamentos de atenuación grasa^(6,8). Además, su localización es muy sugerente, sobre todo cuando se presenta de forma bilateral, y sin lesiones óseas asociadas⁽⁷⁾.

El PET con 18F-FDG muestra un leve a moderado incremento difuso en la captación, cuyo mecanismo no se ha podido establecer. Puede deberse a una combinación de mayor vascularización, actividad inflamatoria y/o proliferación reactiva fibroelástica anormal⁽⁶⁾. El SUVmax de las lesiones suele ser bajo, con una media de 2,3 (rango 1-4,3)^(2,6) (Figura 1 y 2).

El diagnóstico diferencial del EFD en pacientes oncológicos va desde las metástasis, especialmente en patología mamaria, pulmón o de pared torácica, hasta tumores de partes blandas como son el fibrolipoma, fibromatosis, tumores desmoides y sarcoma⁽⁷⁾.

Figura 1: Aumento de volumen en región infraescapular de pared torácica izquierda, que se proyecta a espacio extrapleural a través de defecto quirúrgico en la pared. A derecha una lesión de similares características, pero mas pequeña.

Figura 2: Las lesiones descritas en pared torácica concentran levemente el radiotrazador, con un SUVmax de 3,0.

Conclusión

El elastofibroma dorsi es un tumor benigno, localizado en la región periescapular, usualmente bilateral y con leve a moderada actividad en el PET/CT. Conocer la forma de presentación de esta patología previene de efectuar una mala interpretación durante los estudios de PET/CT con 18F-FDG, en particular, en el contexto de pacientes oncológico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Fang N, Wang Y, Zeng L, Wu Z, Cui X, Wang Q, et al. Characteristics of elastofibroma dorsi on PET/CT imaging with (18) F-FDG. Clin Imaging 2016; 40:110-113.
2. Erhamamci S, Reyhan M, Nursal GN, Torun N, Yapar AF, Findikcioglu A, et al. Elastofibroma dorsi incidentally detected by (18) F-FDG PET/CT imaging. Ann Nucl

- Med 2015; 29: 420-425.
3. Minarro JC, Urbano-Luque MT, López-Jordan A, Roman-Torres M, Carpintero-Benítez P. The comparison of measurement accuracy among three different imaging modalities in evaluating elastofibroma dorsi. An analysis of 52 cases. Int Orthop 2015; 39: 1145-1149.
4. Goyal P, Gandhi D, Gupta S, Li S, Kumar Y, Olsavsky T, Gupta N. Elastofibroma dorsi. Proc (Bayl Univ Med Cent) 2017; 30: 340-342.
5. Karrakchou B, Yaikoubi Y, Chairi M, Jalil A. Elastofibroma dorsi: case report and review of the literature. Pan Afr Med J. 2017; 14: 28-34.
6. Davidson T, Goshen E, Eshed I, Goldstein J, Chikman B, Ben-Haim S. Incidental detection of elastofibroma dorsi on PET-CT: initial findings and changes in tumor size and standardized uptake value on serial scans. Nucl Med Commun 2016; 37: 837-842.
7. Martin S, Gariani J, Tabouret Viaud C. Unusual Presentation of Elastofibroma Dorsi on 18F-FDG-PET/CT: A Case Report. Medicine (Baltimore) 2016; 95: e2832.
8. Pierce JC, Henderson R. Hypermetabolism of elastofibroma dorsi on PET-CT. Am J Roentgenol 2004; 183: 35-37.