**ELASTOFIBROMA (EF), BREVE REVISIÓN, 2011**

Entidad descrita por Järvi & Saxén, 1961 **(1)** denominada “Elastofibroma dorsi” debido a su mayor incidencia en el dorso (espalda). El calificativo “dorsi” cayó en desuso por la evidencia de publicaciones posteriores donde reportan la presencia infrecuente de esta lesión en otras áreas del organismo como trocanter mayor, codos, pies, manos, muslos, olecranon, espina dorsal, músculo deltoides, tuberosidad isquial, pared toráxica, cavidad oral, tracto gastro-intestinal, tráquea, mediastino, órbita, córnea y mucosa oral.

Cuando la lesión se presenta en la región interescapular, ocasionalmente invade tejidos vecinos y se fija al periostio subyacente.

Se considera un pseudotumor degenerativo incomún que resulta de una excesiva formación de colágeno y fibras elásticas anormales que se presenta más en pacientes de edad avanzada, con una incidencia máxima entre la sexta y la séptima década de la vida, caracterizado por mezcla de colágeno edematoso eosinofílico (Foto 3 y 8, HE) acúmulo de fibras elásticas anormales (cuyo origen se presume sean causadas por los fibroblastos y los miofibroblastos), pequeñas cantidades de material mucoide intersticial y agregados de tamaño variable de células adiposas maduras. Las fibras elásticas adoptan un aspecto degenerado en rosario o se fragmenten en discos o glóbulos aserrados similares a una flor pequeña (foto 12, Verhoff) relacionado con un proceso reactivo. (de naturaleza benigna), localizado con mayor frecuencia **en el polo inferior del área escapular** y en área interescapular, situado en planos profundos, relacionado con el músculo romboides mayor y el dorsal ancho en la región de las costillas 6,7 y 8 a veces unida a su periostio. El tamaño de la lesión oscila entre 1 a 4 cm. de diámetro, bien circunscrito, en las zonas señaladas. Otros autores como Naylor y cols. han reportado la presentación bilateral.

Los pacientes con **EF** usualmente se presentan con larga historia de inflamación, ocasionalmente dolor y disconfort, pero otros -que representan la mayoría- se presentan asintomáticos (como nuestro paciente que refirió crecimiento lentamente progresivo en 5 años, sin aparentes molestias). Una base de datos oncológica de 17.000 pacientes demostró 15 sujetos afectados de EF (12 masculinos y 3 femeninos) con una edad media al momento del diagnóstico de 68,4 años y con un rango de 51-79 años **(2).** El **EF**, ocurre predominantemente, según Järvi OH et al, (1968) en mujeres con una relación de 20 mujeres por 7 hombres.

Se ha reportado una mayor incidencia en personas que realizan trabajos o ejercicios que comprometen el hombro, donde la escápula es sometida a traumas sucesivos debido a mecanismos de fricción contra el plano costal. Raramente el EF es una entidad múltiple en los mismos pacientes. En la tercera parte de los afectados, existe historia familiar que sugiere origen genético. En este sentido, Nishio et al **(3).** detectaron cambios en el número de copias de DNA comprometiendo 1 o 2 cromosomas en 33% de 27 pacientes. Esta alteración cromosómica pudiera explicar los casos donde el trauma no está involucrado, como pudiera ser una rara localización en tracto gástrico.

Existen otras entidades cuyos diagnósticos diferenciales hay que tener presente como: lipomas, metástasis, sarcomas, fibromatosis extra-abdominal, hemangiomas, etc. Se ha reportado una relación puntual del **EF** con la coexistencia de sarcomas de células fusiformes de alto grado **(4)** y leiomiosarcoma de alto grado **(5).**

La inestabilidad cromosómica citogenética y algunos cambios cromosómicos recurrentes y clonales han resaltado la posibilidad que la lesión represente un proceso neoplásico **(6).** Recientes hallazgos sugieren que células mesenquemáticas CD34 positivas son un componente integral del **EF**, presumiblemente representando una proliferación fibrosa clonal. **(7)**

**Bibliografía:**

**1)** Järvi O, Saxén E. Elastofibroma dorse. Acta Pathol Microbiol Scand Suppl. 1961; 51 (Suppl 144):83-4 (Medline)

**2)** Chandrasekar CR, Grimer RJ, Carter SR et al. Elastofibroma dorsi: an uncommon benign pseudotumour. *Sarcoma.* 2008; 2008:756565(Medline).

**3)** Nishio JN, Iwasaki H, Ohjimi Y, et al. Gain of Xq detected by comparative genomic hybridization in Elastofibroma. *In J Mol Med*. Sep 2002;10(3):277-80. (Medline).

**4)** Alberghini M, Pignatti G et al. Histochemical and ultrastructural study of an Elastofibroma dorsi coexisting with a high grade spindle cell sarcoma. *Eur J Histochem.* Apr-Jun 2004; 48 (2):173-8 (Mediline).

**5).** Alberghini M, Pignatti, Zanella L, et al. Elastofibroma associated with high grade leiomiosarcoma of the soft tissues: a light and ultrastructural study of one case. *J Submicrosc Cytol Pathol*. Jan 2003; 35(1):43-8 (Medline).

**6)** Hisaoka M, Hashimoto H. Elastofibroma: clonal fibrous proliferation with predominant CD34-positive cells. *Virchows Arch*. Feb 2006; 448(2):195-9 (Medline).

**7)** Gun BD, Bahadir B, Behzatoglu K, et al. Elastofibroma: a clinicopathologic an inmmunohistochemical study of seven cases and literature review. APMIS. Feb 2007;11.5(2):115-9. (Medline).

**8)** Weiss SW & Goldblum JR. Elastofibroma. Tumores de Partes Blandas. Proliferaciones fibroblásticas /miofibroblásticas benignas (versión Española de la 5ª. ed de Enzinger y Weiss. Soft Tissue Tumors. Mosby Inc 8:207-212, 2009

Dres: Guillermo Planas Girón y MaríaTeresa Urdaneta

Diciembre 2011