

Caso aislado

Seudoelastofibroma intraespinal

S. Nieto, A. Blasco, P. Martínez-Florez* y C. Gamallo

*Servicios de Anatomía Patológica y *Neurocirugía, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.*

SUMMARY

We report the case of a 58-year-old man with an intraspinal lesion at vertebrae L4-L5 who showed symptoms of sciatica. Due to its similarity to elastofibroma, we have called it pseudoelastofibroma. We have only found one similar report in the literature. A possible pathogenesis for this lesion is presented herein. **Rev Esp Patol 2000; 33(4): 333-335.**

Key words: Pseudoelastofibroma - Elastofibroma - Medullar channel

RESUMEN

Presentamos una lesión intraespinal en L4-L5 en un hombre de 58 años que producía dolor lumbociático y que, por su parecido histológico con el elastofibroma, hemos denominado seudoelastofibroma. Sólo hemos encontrado otro caso similar en la literatura. Proponemos una posible etiopatogenia para esta lesión. **Rev Esp Patol 2000; 33(4): 333-335.**

Palabras clave: Seudoelastofibroma - Elastofibroma - Canal medular

INTRODUCCIÓN

El elastofibroma es un tumor poco frecuente que se localiza típicamente en el ángulo inferomedial de la escápula y que se encuentra constituido por fibras elásticas anormales, casi patognomónicas de esta lesión. Se han descrito casos raros con una imagen histológica parecida al elastofibroma pero localizados fuera de la región escapular (1). Presentamos una de estas lesiones situada en el canal espinal. Sólo hemos encontrado otro caso similar en la literatura (2).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un hombre de 58 años de edad que padecía dolor lumbociático izquierdo desde hacía un año, con signo de estiramiento radicular positivo. La resonancia magnética puso de manifiesto una tumoración bien delimitada a nivel de L4-L5 en la región izquierda del canal medular, de 1,5 cm de diámetro, iso-intensa con tenue captación de contraste en T1 e hiperintensa con estrecho margen perilesional hipointenso en T2 (Fig. 1A). Se intervino quirúrgicamente mediante



Figura 1. A) RMN: corte sagital de la columna lumbar en T2. La delimitación periférica que se aprecia en la imagen es aparentemente buena; durante el acto quirúrgico la lesión presentó unos límites macroscópicos imprecisos. B y C) Elásticas de Van Gieson: fibras elásticas anormales, de grosor variable, generalmente grandes, dispuestas de forma paralela en el seno de la lesión. A pesar de que la imagen recuerda a la histología del elastofibroma las fibras no muestran el aspecto de "contorno de flor" típico del elastofibroma (original, $\times 400$).

hemilaminectomía amplia de L4-L5; el espacio perilesional presentaba signos de fibrosis y la tumoración no mostraba plano de disección y estaba en íntimo contacto con la duramadre, en el hombro de la raíz espinal. Se procedió a la resección extradural de la lesión y se envió al Servicio de Anatomía Patológica.

En el estudio histológico algunos de los fragmentos correspondían a tejido fibroso denso que englobaba escasas estructuras vasculares de paredes finas. La mayoría estaban constituidos prácticamente en su totalidad por abundantes fibras elásticas gruesas dispuestas en paralelo que, aunque recordaban a las que se describen en el elastofibroma, no presentaban el contorno aserrado típico del corte transversal de las fibras elásticas de esta lesión (Figs. 1B y 1C).

DISCUSIÓN

La tumoración que describimos presentaba una imagen histológica superponible a la de los elastofibromas, que, por otra parte, presentan variabilidad en cuanto a la can-

tidad de fibras elásticas que contienen, hecho que ha llevado a algunos autores a proponer el concepto de pre-elastofibroma (3). Las lesiones con este patrón histológico localizadas fuera de la región escapular se han considerado pseudoelastofibromas por la mayoría de los autores (1), aunque en ocasiones también se han interpretado como verdaderos elastofibromas (por ejemplo, Prete y cols. [2] describen un tumor intraespinal similar al nuestro aunque situado en la columna cervical).

La patogenia de los elastofibromas no está clara. Se ha invocado una respuesta a la irritación crónica de células derivadas del periostio que presentarían anomalías en la producción de fibras elásticas (4), lo que explicaría la mayor incidencia de esta lesión en pacientes que realizan esfuerzos físicos (1). Sin embargo, esta teoría no explica la patogenia de los denominados pseudoelastofibromas que aparecen alejados de estructuras óseas (1).

En nuestro caso las fibras elásticas presentan una disposición en paralelo que recuerda a las paredes de una arteria elástica. Por ello puede plantearse la posibilidad de que se trate de una malformación arteriovenosa antigua, lo que explicaría la organización de las fibras elás-

ticas que presenta esta lesión y su aparición en zonas no relacionadas con estructuras óseas. Sin embargo, si bien esta hipótesis justificaría la etiopatogenia de la lesión, en nuestro caso no se han encontrado cambios macroscópicos de malformación arteriovenosa. Otra posibilidad a tener en cuenta es que la lesión corresponda a una distorsión de alguna estructura preexistente rica en fibras elásticas (como pudiera ser el ligamento amarillo), lo que explicaría la mala delimitación periférica de la lesión y la ausencia de contorno aserrado en las fibras elásticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Soft tissue tumors. En: Enzinger FM, Weiss SW (Eds.). 3rd ed. Mosby, St. Louis, Missouri 1995; 187-191.
2. Prete PE, Henbest M, Michalski JP, Porter RW. *Intraspinal elastofibroma. A case report.* Spine 1983; 8: 800-802.
3. Benisch B, Peison B, Marquet E, Sobel HJ. *Pre-elastofibroma and elastofibroma (the continuum of elastic-producing fibrous tumors) ultrastructural study.* Am J Clin Pathol 1983; 80: 88-92.
4. Kumartilake JS, Krishnan R, Lomax Smith J, Cleary EG. *Elastofibroma: Disturbed elastic fibrillogenesis by periosteal-derived cells? An immunohistochemical, microscopic and in situ hybridation study.* Hum Pathol 1991; 22: 1017-1029.

