

Fibromatosis plantar

Plantar fibromatosis

F Valdés Tascón¹, A Caparrini Escondrillas², JM Calzada González²

¹Unidad de Dermatología. ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital da Costa. Burela. Lugo. España.

Correspondencia:

Fernando Valdés Tascón
Unidad de Dermatología
Hospital da Costa
C/ Rafael Vior, s/n
27880 Burela. España
Tfno/Fax: 0034982589900
e-mail: fernando.valdes.tascon@sergas.es

Resumen

La fibromatosis plantar es una enfermedad fibrosa benigna que afecta la aponeurosis plantar. Presentamos el caso de un varón de 27 años de edad que refería una historia de lesiones dolorosas en plantas de 3 años de evolución. En la exploración física se objetivaban varios nódulos de 3-4 cm de diámetro en la región media plantar de ambos pies. La biopsia mostró una proliferación nodular de fibroblastos rodeados de un denso estroma, estableciéndose el diagnóstico de fibromatosis plantar.

(F Valdés Tascón, A Caparrini Escondrillas, JM Calzada González. Fibromatosis plantar. Med Cutan Iber Lat Am 2011;39(4):190-192)

Palabras clave: Fibromatosis, fibrosis, piel.

Summary

Plantar fibromatosis is a benign fibrous disease involving plantar aponeurosis. A 27-year-old male with a history of painful lesions on feet since 3 years ago is reported. Physical examination reveals nodules of 3- to 4-cm in the medial plantar feet with normal overlying skin. Biopsy showed a nodular fibrous proliferation of fibroblasts surrounded with a dense stroma. We established the diagnosis of plantar fibromatosis.

Key words: Fibromatosis, fibrosis, skin.

Las fibromatosis comprenden un amplio abanico de entidades clínicas con una apariencia histológica muy similar. Pueden dividirse en dos categorías: superficiales y profundas. Entre las primeras se hallan la fibromatosis palmar o enfermedad de Dupuytren, la fibromatosis plantar (FP), la enfermedad de Peyronie, el fibroma aponeurótico juvenil y la fibromatosis digital infantil. Entre las segundas están la miofibromatosis infantil, la fibromatosis *colli*, el tumor desmoide extraabdominal o la fibromatosis infantil agresiva.

En la exploración presentaba en el tercio medio plantar de ambos pies tumores subcutáneos de 3-4 cm de diámetro firmemente adheridos a planos profundos cubiertos por piel normal (Figura 1). Se procedió a la realización de una biopsia cutánea que evidenció la presencia de nódulos de células fusiformes compatibles con fibroblastos rodeados de un denso estroma (Figura 2). Con el diagnóstico de fibromatosis plantar se procedió a la resección parcial de sus lesiones desapareciendo las molestias que presentaba al caminar.

Caso clínico

Varón de 27 años de edad sin antecedentes personales de interés con lesiones dolorosas a la deambulación en ambas plantas desde hacía 3 años que nunca había consultado ni tratado. Las lesiones habían ido creciendo de forma progresiva y no refería antecedente traumático previo sobre la zona. No existían antecedentes familiares de patologías similares.

Comentario

La FP, también denominada enfermedad de Ledderhose, se caracteriza por una proliferación local de fibroblastos en la región aponeurótica plantar que cursa con una tumoración subcutánea inicialmente indolente pero que puede llegar a ser sintomática para el paciente con el transcurso del tiempo, debido al tamaño que puede llegar a alcanzar. Fue des-



Figura 1. Tumores subcutáneos duros en el arco medio plantar.

crita por primera vez por el cirujano alemán Georg Ledderhose en 1894[1].

No se conoce la incidencia real de este proceso, pero parece ser más frecuente en varones entre 30 y 50 años de edad. Su etiología es desconocida[2] aunque se han identificado ciertos factores predisponentes como la diabetes, el tabaco, la epilepsia, el alcohol o los traumatismos. También parece existir un posible componente genético con un patrón de herencia autonómico dominante de penetrancia incompleta[3].

Clinicamente cursa con nódulos o tumores de localización subcutánea firmemente adheridos a planos profundos en la región plantar. Suelen localizarse en el tercio medio plantar[2]. Pueden llegar a ser bilaterales hasta en un 50%-60% de los casos, como sucedió con nuestro paciente y en algunos casos múltiples[2, 3]. El lento crecimiento de estas lesiones da lugar a que inicialmente sean asintomáticas pero pueden llegar a producir molestias al caminar. Existe la posibilidad que las lesiones se resuelvan con el paso del tiempo.

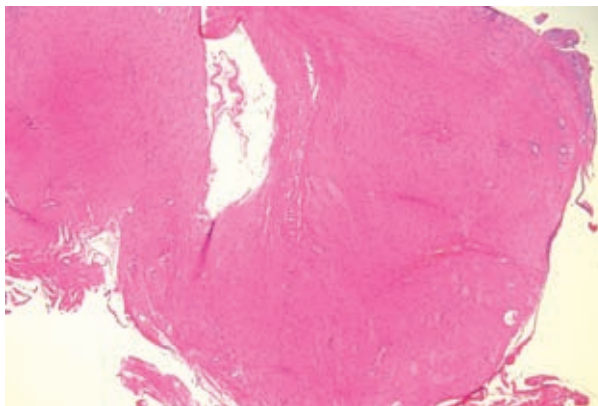


Figura 2. Nódulos profundos de células fibroblásticas rodeadas de denso estroma.

Las contracturas son muy poco frecuentes en comparación con otras fibromatosis como la enfermedad de Dupuytren debido a la anatomía de la fascia plantar[4]. Puede asociarse a otras fibromatosis como la enfermedad de Dupuytren en el 10-65% de los casos[3] o la enfermedad de Peyronie. El diagnóstico diferencial debe de establecerse con cuadros de fascitis plantar, principalmente en los estadios iniciales de FP, ruptura de la fascia plantar, neurofibromas, schwannomas, lipomas, quistes epidérmicos, gangliones, nódulos reumatoides o con fibrosarcomas.

Para su diagnóstico se ha empleado la RMN que algunos autores consideran la técnica *gold standard*[3, 5]. Es muy útil para establecer el diagnóstico diferencial con otras entidades así como la localización y delimitación de las lesiones[2, 6]. Da lugar a imágenes heterogéneas con una intensidad de señal igual o ligeramente superior al músculo adyacente. Una señal de mayor intensidad en T2 parece revelar un mayor componente celular[6]. La RMN puede ser un procedimiento diagnóstico muy importante que puede también ser empleada a la hora de determinar el pronóstico pues la presencia de lesiones hipocelulares parecen conllevar menor riesgo de recidivas que las imágenes que sugieran hiper celularidad. El diagnóstico definitivo se realiza mediante el estudio anatomopatológico con nódulos de células fusiformes formados por proliferación de fibroblastos embebidos en un denso estroma. Las lesiones iniciales muestran un importante componente fibroblástico que va siendo substituido por un mayor componente de fibras colágenas[6].

El tratamiento no está bien establecido y puede ser muy discutible dado que muchos casos son asintomáticos y no siempre progresan causando contracturas o molestias de relevancia. También es preciso recordar la posibilidad de recidivas frecuentes tras el tratamiento[3]. El tratamiento

médico se realiza con analgésicos y antiinflamatorios, ortesis o el uso de plantillas ortopédicas todo ello con una utilidad limitada[2]. Los corticoides intralesionales tampoco parecen ser eficaces[2]. El tratamiento definitivo es quirúrgico en el caso de aparecer síntomas por invasión de estructuras musculares, vasculares o nerviosas[2]. Consiste en la resección de los nódulos o fasciectomías parciales. Se ha sugerido dar unos márgenes de 1 cm de aponeurosis de aspecto normal para evitar las recidivas. También es necesaria la exéresis de la piel suprayacente con reconstrucción mediante injertos cutáneos, si los nódulos están firmemente adheridos a la misma. En caso de recurrencia local o afectación multifocal estaría indicada la realización de una fasciectomía total[2]. La radioterapia parece disminuir la frecuencia de recidivas,

pero debe de seleccionarse muy bien el paciente por los efectos secundarios de la misma[7]. Para otros autores constituye un tratamiento muy efectivo que puede evitar intervenciones quirúrgicas.

Conclusiones

Creemos, para concluir, que el conocimiento por parte de los dermatólogos de este proceso es muy interesante dado el diagnóstico diferencial que comporta. Asimismo, un diagnóstico de sospecha precoz de esta enfermedad puede redundar en beneficios para el paciente, evitando procedimientos terapéuticos agresivos que muchas veces son inevitables en estadios avanzados de esta dolencia.

Bibliografía

1. Ledderhose G. Über Zerreißen der Plantar-fascie. *Arch Klin Chir* 1894; 48: 853-6.
2. Zgonis T, Jolly GP, Polyzois V, Kanuck DM, Stamatis ED. Plantar fibromatosis. *Clin Podiatr Med Surg* 2005; 22: 11-8.
3. Cabeza-Martínez R, Leis V, Silvente C, Mauleón C, Suárez R, Lázaro P. Fibromatosis palmo-plantar. *Med Cutan Iber Lat Am* 2007; 35: 298-301.
4. Barnes DE, Adedapo A, Allison K. The treatment of severe flexion contracture of the great toe in a patient with Ledderhose's disease. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2009; 62: 102-4.
5. Robbin MR, Murphey MD, Temple HT, Kransdorf MJ, Choi JJ. Imaging of musculoskeletal fibromatosis. *Radiographics* 2001; 21: 585-600.
6. Morrison WB, Schweitzer ME, Wapner KL, Lackman RD. Plantar fibromatosis: a benign aggressive neoplasm with a characteristic appearance on MR images. *Radiology* 1994; 193: 841-5.
7. De Bree E, Zoetmulder FA, Keus RB, Peterse HL, van Coevorden F. Incidence and treatment of recurrent plantar fibromatosis by surgery and postoperative radiotherapy. *Am J Surg* 2004; 187: 33-8.