

# Fibromatosis Plantar: reporte de caso

## *Plantar Fibromatosis : A case report*

Patricia Güere <sup>1,2</sup>, Carlos Galarza <sup>2,3</sup>, Martín Huamán <sup>1,2</sup>

### RESUMEN

La fibromatosis plantar o enfermedad de Ledderhose, es un desorden benigno crónico caracterizado por la proliferación de tejido fibroso que compromete la aponeurosis plantar, con invasión lenta de estructuras vecinas, pero sin metástasis. Esta enfermedad es parte de la fibromatosis superficial junto con la fibromatosis palmar, fibromatosis peneana y los cojinetes cutáneos. Afecta con mayor frecuencia a pacientes adultos en edad promedio de 40 años, pero también se reportan casos en niños. El tratamiento de esta enfermedad es quirúrgico, pero con gran tendencia a la recidiva. Se presenta el caso de una paciente mujer adulta con compromiso progresivo de región plantar desde hace 20 años.

**PALABRAS CLAVE:** Fibromatosis plantar, Enfermedad de Ledderhose, Fibromatosis superficial.

Dermatol Perú 2010; 20(1) 39-42

### ABSTRACT

Plantar fibromatosis or Ledderhose disease is a chronic benign disorder characterized by proliferation of fibrous tissue that compromises the plantar fascia, with a slow invasion of neighboring structures, but without metastases. This disease is part of superficial fibromatosis as well as fibromatosis palmar, fibromatosis penile and knuckle pads bearings. It occurs more frequently in adult patients with mean age 40 years, but also reported cases in children. The treatment of this disease is surgery, but with great tendency to relapse. We present a case of

adult female patient with progressive engagement of plantar aspect of the left foot since 20 years.

**KEY WORDS:** Plantar fibromatosis, Ledderhose disease, superficial fibromatosis.

### INTRODUCCIÓN

La fibromatosis plantar (FP) fue descrita en los reportes más antiguos como parte de la Enfermedad de Dupuytren. Ledderhose en 1897 describe la enfermedad como una entidad distinta de la afección palmar por lo cual la FP también es conocida como enfermedad de Ledderhose <sup>(1)</sup>

La FP es un desorden de la proliferación del tejido fibroso, caracterizado por el remplazo de la aponeurosis plantar con tejido fibroso anormal el cual lentamente invade la piel y estructuras profundas <sup>(2)</sup>. Afecta con mayor

<sup>1</sup> Médico Residente de Dermatología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima Perú

<sup>3</sup> Instituto de Investigaciones Clínicas. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Recibido: 14-12-09

Aceptado: 09-01-10

frecuencia a pacientes adultos en edad promedio de 40 años, pero también se han visto casos en niños <sup>(3)</sup>. Algunos reportes muestran mayor incidencia en varones, sobre todo en caucásicos. Se caracteriza por lesiones nodulares que inician siendo asintomáticas, únicas o múltiples, unilaterales o bilaterales, que luego se extienden lentamente, tornándose dolorosas <sup>(4)</sup>.

## CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 40 años, natural de Ayacucho, procedente del distrito de San Juan de Lurigancho, ama de casa, sin antecedentes patológicos; quien consulta por lesión en región plantar izquierdo que aparece hace 20 años como un «callo» apareciendo progresivamente lesiones similares alrededor de la lesión inicial. Refiere que desde hace 2 años la lesión se torna dolorosa, lo que dificulta la deambulaci3n.

Examen Físico: Paciente en buen estado general; al examen preferencial muestra lesi3n tumoral indurada, que abarca borde interno y regi3n plantar izquierda a predominio posterior, forma ovalada de aproximadamente 8 cm de diámetro, con bordes elevados eritematosos, bien definidos con algunas telangiectasias y centro con piel engrosada y dura (Fig. 1 y 2); resto del examen físico sin alteraciones.



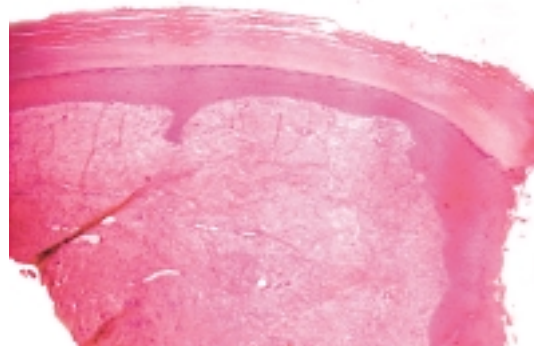
**FIGURA 1:** Vista panorámica de lesi3n tumoral en regi3n plantar izquierda.



**FIGURA 2:** Lesi3n a mayor aumento que muestra, bordes elevados eritematosos con telangiectasias.

En los exámenes auxiliares presentaba hemograma, glucosa, urea, creatinina y perfil hepático sin alteraciones, velocidad de sedimentaci3n en 20 mm/h, ecografía de partes blandas la cual fue descrita como placas hipertróficas dérmicas en regi3n plantar izquierda,.

Biopsia de piel: epidermis conservada y la dermis compuesta de colágeno maduro relativamente acelular, sin atipicidad ni mitosis. (Fig. 3)



**FIGURA 3:** Biopsia de piel acral, con epidermis conservada y dermis compuesta por fibras colágenas sin atipia, ni mitosis H-E, 20X.

## DISCUSI3N

La FP está comprendida según la clasificaci3n de Enzinger de los tumores fibromatosos dentro de las de tipo superficiales junto con la fibromatosis palmar

o Enfermedad de Dupuytren, la fibromatosis peneana o Enfermedad de Peyronie y los cojinetes cutáneos; entidades que pueden presentarse asociados en un mismo paciente. <sup>(4)</sup> Tal como lo reporta Pickren en 1951 quien describe 104 pacientes con esta enfermedad de los cuales 51 fueron varones y 53 mujeres, con edades que variaban desde los 12 a 63 años, 21 de ellos presentaban compromiso bilateral, 49 presentaban compromiso en palmas y plantas, y solo uno presentó contractura en pene. <sup>(1)</sup>

La etiología de esta enfermedad es desconocida, se ha propuesto múltiples factores precipitantes como trauma, disturbios en la cicatrización, diabetes, enfermedad hepática secundaria a alcoholismo, tabaquismo, neuropatía, y el factor genético <sup>(1)</sup>. Sobre este último factor se registran casos de enfermedad entre hermanos con afectación de palmas y plantas siendo la transmisión de tipo autosómica dominante. Chen en 1985 reporta el caso de tres hermanos dos de ellos gemelos afectados por la enfermedad. <sup>(5)</sup>

Otro factor relacionado al desarrollo de fibromatosis superficiales son los barbitúricos, así, Schmidt en 1983 atribuye la contractura de Dupuytren, la enfermedad de Ledderhose y el «hombro congelado» al uso de fenobarbital, señalando que estas entidades se desarrollarían con un tiempo de exposición variable al Fenobarbital desde 3 meses hasta 20 años y sería dosis dependiente. <sup>(6)</sup>

Sobre la clínica, esta enfermedad se presenta como nódulos únicos o múltiples de 0,5 a 3 cm, planos, mal delimitados, de consistencia fibrosa y tamaño variable, se localizan más frecuentemente en la parte anteromedial del talón <sup>(4)</sup>. Luck en 1959 describe la historia natural de la enfermedad que tiene 3 fases:

proliferativa con incremento de la actividad fibroblástica y proliferación celular; la etapa involucional con formación de nódulos y la etapa residual donde la actividad fibroblástica disminuye y hay maduración del colágeno y contracción del tejido <sup>(1)</sup>.

El diagnóstico está basado en la clínica y los hallazgos histológicos principales son grandes cantidades de colágeno maduro y relativamente acelular con fibrocitos maduros ocasionales <sup>(2)</sup>. Otros métodos auxiliares importantes son los de imagen como: la radiografía que revela una masa no específica, sin delimitación precisa de la extensión; La ecografía muestra una masa hipoecoica sólida la cual nos puede servir para conocer la extensión de la lesión y como guía para biopsia en caso de lesión profunda <sup>(7)</sup>. La resonancia magnética permite la evaluación de múltiples planos de la lesión con excelente resolución lo cual provee de información sobre el grado de infiltración y brinda información preoperatoria importante por lo cual es hoy en día la principal herramienta de evaluación para fibromatosis plantar <sup>(8)</sup>.

En cuanto al tratamiento de la FP; en lesiones asintomáticas se puede iniciar tratamiento con zapatos ortopédicos para transferir el peso fuera de los nódulos. Cuando las lesiones se acompañan de dolor la FP tiene indicación quirúrgica. La resección simple ha demostrado recurrencia muy frecuente, por lo que la indicación es escisión amplia de la lesión; la recurrencia es del 57%; en este caso está indicada la radioterapia post cirugía disminuyendo la incidencia de recurrencias hasta un 17% según lo reportado por Mc Collough en 1991 con un seguimiento de hasta 68 meses post-cirugía <sup>(9)</sup>. También se registra la administración de Metotrexate como alternativa post cirugía.

Así nuestra paciente muestra lesión unilateral, sin compromiso de palmas, y sin antecedentes que pudiera ser factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad, como ingesta de barbitúricos; fue diagnosticada como una fibromatosis plantar por lo cual sería tributaria de resección quirúrgica amplia, por el dolor de la lesión que limita su actividad diaria; asociada con radioterapia para disminuir el riesgo de recidiva.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lee T, Wapner K, Hecht P. Current Concepts Review: Plantar Fibromatosis, *J Bone Joint Surg Am* 1993;75:1080-4
2. Banerje S, Muhammad M, Chinmoy N, Dilip K, Plantar Fibromatosis : a case report, *The Foot and Ankle Journal* 2009;12: 3-6
3. Jacob C, Kumm R, Benign Anteromedial Plantar Nodules of Childhood: A Distinct Form of Plantar Fibromatosis. *Pediatr Dermatol* 2000; 17 : 472-4
4. Martinez V, Navarrete G, Ramos A, Bernal E, Fibromatosis plantar superficial, presentación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2005: 14:104-7
5. Chen K, Van Dyne T, Familial Plantar Fibromatosis. *J Surg Oncol* 1985;29:240-1.
6. Strzelczyk A, Vogt H, Hajo H, Krämer G. Continuous Phenobarbital treatment leads to recurrent plantar fibromatosis. *Epilepsia* 2008;49 :1965-8
7. Wang Y, Tang J, Luo Y. Sonographic Diagnosis of Fibromatosis. *J Clin Ultrasound* 2008;36: 330-4
8. Morrison W, Schweitzer M, Wapner K, Lackman R. Plantar Fibromatosis: A Benign Aggressive Neoplasm with a Characteristic Appearance on MR Images. *Radiology* 1994; 193:841-5
9. McCollough M, Parsons J, Van Der Griend R, Enneking W, Heare T. Radiation Therapy for Aggressive Fibromatosis: The Experienced at the University of Florida. *J Bone Joint Surg* 1991; 73:717-25.

### Correspondencia para el autor:

Dra. Patricia Güere Salas  
E-mail: pattygueres@yahoo.es