

Revista del
Centro Dermatológico Pascua

Volumen
Volume **14**

Número
Number **2**

Mayo-Agosto
May-August **2005**

Artículo:

**Fibromatosis plantar superficial,
presentación de un caso**

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Centro Dermatológico Pascua

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Fibromatosis plantar superficial, presentación de un caso

Virginia Martínez Estrada,* Gisela Navarrete,** Alberto Ramos,** Edda Bernal Ruiz***

RESUMEN

La fibromatosis plantar es un desorden en la proliferación del tejido fibroso caracterizado por un reemplazo de elementos de la aponeurosis plantar por un tejido fibroso anormal. El comportamiento de la FP tiende a ser benigno pero en algunas ocasiones puede ser localmente agresivo con invasión de la piel o estructuras profundas. La etiología de la fibromatosis plantar se desconoce pero ciertos factores han sido implicados en su etiología. Se comunica el caso de una mujer de 42 años y se hace una breve revisión de la literatura.

Palabras clave: Fibromatosis plantar.

ABSTRACT

Plantar fibromatosis is a disorder of fibrous-tissue proliferation, characterized by the replacement of elements of the plantar aponeurosis with abnormal fibrous tissue. It tends to have a benign clinical behavior with an insidious onset and slowly progressive course; eventually it is locally aggressive with invasion of the overlying skin or deep structure. The cause of plantar fibromatosis is unknown, but certain factors have been implicated in the etiology. We communicate the case of 42 years old woman and we make a brief review of the literature.

Key words: *Plantar fibromatosis.*

INTRODUCCIÓN

La fibromatosis plantar (FP) es un desorden en la proliferación del tejido fibroso caracterizado por un reemplazo de elementos de la aponeurosis plantar por un tejido fibroso anormal.¹ El comportamiento de la FP tiende a ser benigno pero en algunas ocasiones puede ser localmente agresivo con invasión de la piel o estructuras profundas.²

HISTORIA

En 1832 Dupuytren reportó la presencia de lesiones plantares y palmares en trabajadores; además identificó una tendencia familiar y notó una predilección por el desarrollo de lesiones en las manos y pies simultáneamente. Sin embargo, no fue hasta 1897 que Ledderhose

observó los mismos cambios en la fascia plantar que Dupuytren notó en la mano.¹

EPIDEMIOLOGÍA

Se presenta predominantemente durante la cuarta década de la vida, sin embargo, se puede presentar desde la niñez, principalmente en caucásicos con un predominio de hombres.³⁻⁵

ETIOLOGÍA

La causa de la fibromatosis plantar se desconoce, pero ciertos factores como: trauma, neuropatía, trastornos endocrinos, epilepsia y predisposición para desórdenes fibrosos (Contractura de Dupuytren, periartritis humeral, cicatrices queloides, cojinetes cutáneos) han sido implicados en la etiología.^{1,3,4}

La herencia es un factor claro en muchos pacientes.⁶ Los hallazgos citogenéticos más frecuentes en fibromatosis son la ganancia y la pérdida de todos los cromosomas y la deleción recurrente del 5q. Las deleciones recurrentes del 5q involucran la región 5q21-q22 que

* Dermatóloga Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Dermatopatólogos CDP.

**** Residente 3º año Dermatología del CDP.

incluye el locus del gen de la poliposis adenomatosa (APC), sugiriendo que esta región puede ser importante en la patogénesis de estos tumores.⁷

Breiner et al reportó trisomías de cromosoma 8 y 14.⁸ Sawyer et al reportó un caso de translocación recíproca clonal t(2;7)(p13;p13).⁷

CLASIFICACIÓN

Las fibromatosis se subdividen en 2 grupos mayores (Enzinger):

- I. Superficial (facial) fibromatosis:
 - a. Fibromatosis palmar (contractura de Dupuytren)
 - b. Fibromatosis plantar (enfermedad de Ledderhose)
 - c. Fibromatosis peniana (enfermedad de Peyronie)
 - d. Cojinetes cutáneos
- II. Profunda (musculoaponeuróticas) fibromatosis:
 - a. Fibromatosis extraabdominal (dermoide extraabdominal)
 - b. Fibromatosis abdominal (dermoide abdominal)
 - c. Fibromatosis intraabdominal (dermoide intraabdominal)
 - i. Fibromatosis pélvica
 - ii. Fibromatosis mesentérica
 - iii. Síndrome de Gardner (poliposis adenomatosa familiar)⁹

SISTEMA DE ESTADIFICACIÓN TUMORAL PARA FIBROMATOSIS PLANTAR¹⁰

- I Enfermedad focal aislada a una pequeña área
No adherencia a la piel
No extensión profunda a la vaina flexora
- II Enfermedad multifocal con o sin extensión proximal o distal.
No adherencia a la piel
No extensión profunda a la vaina flexora.
- III Enfermedad multifocal con o sin extensión proximal o distal.
Adherencia a la piel o extensión profunda a la vaina extensora .
- IV Enfermedad multifocal con o sin extensión proximal o distal
Adherencia a la piel y extensión profunda a la vaina flexora.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La fibromatosis plantar superficial aparece como uno o más lesiones de aspecto nodular de 0.5 a 3 cm de diá-

metro, planos, mal limitados, asintomático de consistencia fibrosa y tamaño variable, se localizan más frecuentemente en la porción anteromedial del talón⁶ y con una incidencia de bilateralidad del 10-50%.³⁻⁵

Muchos autores han reportado una asociación entre fibromatosis plantar y la contractura de Dupuytren de la mano con una frecuencia de enfermedad concomitante del 10 al 50%.¹

HISTOPATOLOGÍA

La historia natural de la fibromatosis plantar ha sido descrita en 3 fases histológicas.³

1. Proliferativa
2. Involutiva
3. Residual

Los hallazgos histológicos son relativamente constantes en las 3 etapas de los fibromas: Grandes cantidades de colágena madura y relativamente acelular con fibrocitos maduros ocasionales. La necrosis y la invasión vascular son poco comunes. El diagnóstico diferencial en un estadio I incluye fibrosarcoma, el cual puede ser distinguido por la presencia de actividad mitótica incrementada, pleomorfismo nuclear y focos de necrosis.¹

El ultrasonido, tomografía axial computarizada y resonancia magnética son útiles para visualizar: tamaño, forma, grado de invasión y localización exacta, sin embargo, actualmente se considera a la resonancia magnética nuclear como la modalidad de elección para evaluar a la FP.^{1,6,11}

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial se debe realizar con granuloma anular, calcinosis, quiste mucinoso, dermatofibrosarcoma de Darier-Ferrand, schwannoma, neurofibroma, lipoma, melanoma amelanico.^{5,6}

TRATAMIENTO

No existe tratamiento médico efectivo para la fibromatosis plantar superficial, los casos reportados como exitosos probablemente se deban a la involución espontánea. Los tratamientos tempranos han incluido medidas ortostáticas, terapia física, antiinflamatorios, corticoesteroides intralesionales. Otras modalidades han incluido metotrexate para el tratamiento de lesiones más agresivas.^{1,6}

La indicación principal para la intervención quirúrgica es el dolor. Cuando los nódulos son grandes y dolo-



Figura 1. Se observa la lesión de aspecto "nodular".



Figura 2. A mayor aumento se observa neoformación, de aspecto infiltrado, de superficie eritematosa, rugosa, brillante.

rosos suficientemente para incapacitar al paciente para caminar o pararse.

La fasciectomía plantar subtotal parece disminuir el riesgo de recurrencia en tumores primarios y recurrentes.¹⁰

La radioterapia adyuvante puede disminuir el riesgo de recurrencia, sin embargo, se ha asociado con una frecuencia alta de efectos adversos.^{11,12}

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente del sexo femenino de 42 años de edad, dedicada al hogar, originaria y residente de México, Distrito Federal. Acude al Centro Dermatológico Pascua por presentar una dermatosis localizada a extremidad inferior izquierda, de la cual afecta pie y de

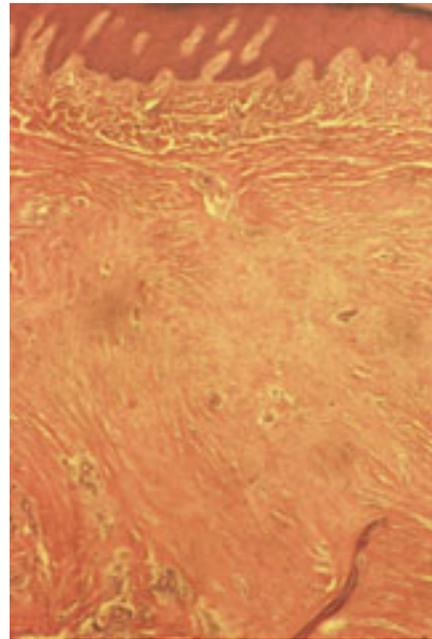


Figura 3. Imagen histológica. La epidermis no muestra alteraciones. Toda la dermis media y profunda tiene un marcado engrosamiento de las fibras de colágena. (H-E 4x).

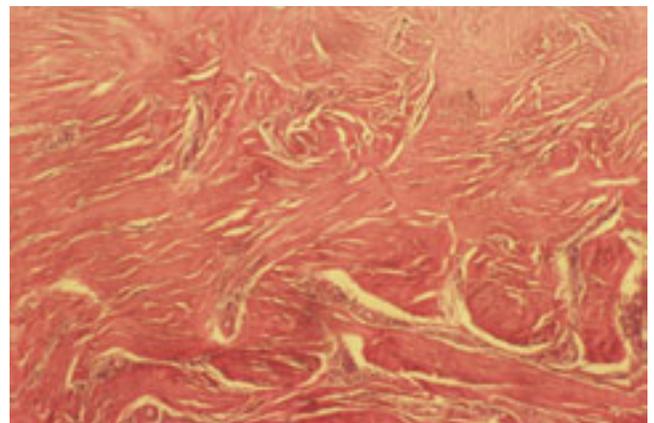


Figura 4. Imagen histológica. A mayor aumento muestra los haces de colágena engrosados y un tanto rectilíneos. (H-E 10x).

éste cara lateral de talón, unilateral, constituida por una neoformación de 4 x 3 cm semicircular, de bordes bien definidos, no móvil, de superficie eritematosa, rugosa y brillante, de aspecto infiltrado de evolución crónica, dolorosa (Figuras 1 y 2).

Resto de piel y anexos sin alteraciones. Los antecedentes heredofamiliares y personales patológicos sin importancia para el padecimiento actual.

Inició hace 2 años con una "bolita" a decir de la paciente, localizada en el talón izquierdo, el cual fue incrementando de tamaño siendo cada vez más dolorosa

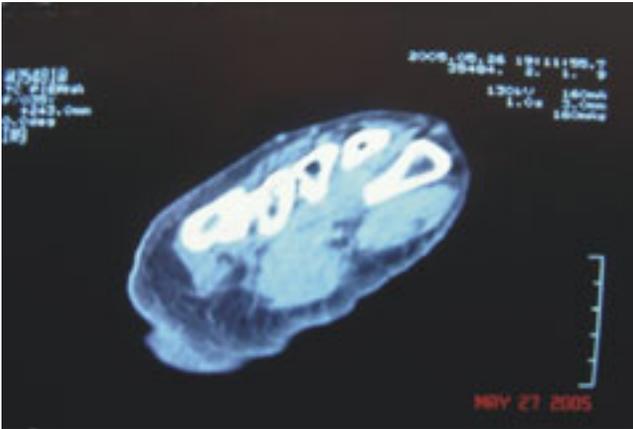


Figura 5. TAC pie izquierdo se observa sólo engrosamiento de plano superficial de tejidos blandos.

por lo que decidió acudir al Centro Dermatológico Pascua donde se le realizó una biopsia incisional con el diagnóstico presuntivo de granuloma anular.

En el estudio histopatológico se observó la epidermis sin cambios, toda la dermis media y profunda con un marcado engrosamiento de las fibras de colágena (Figuras 3 y 4).

Se realizó tomografía axial computarizada de pie izquierdo, la cual reportó engrosamiento de plano superficial de tejidos blandos a nivel plantar localizado lateralmente y posterior (Figura 5).

Con estos datos se realizó el diagnóstico definitivo de fibromatosis plantar superficial, realizándose extirpación parcial de la lesión.

COMENTARIO:

La fibromatosis plantar es un desorden de etiología desconocida caracterizado por la proliferación local de tejido fibroso anormal en la fascia plantar.

El presente caso nos sirve para ilustrar una variante superficial y benigna de la fibromatosis plantar y de la

cual es necesario realizar el estudio histopatológico para poder realizar el diagnóstico diferencial, sobre todo con lesiones malignas como fibrosarcoma, así como melanoa amelanico ya que de esto dependerá nuestro tratamiento y pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lee HT, Wapner LK, Hecht JP. Current concepts review. Plantar fibromatosis. *J Bone Joint Surg* 1993; 75-A: 1080-1084.
2. Sawyer RJ, Sammartino G, Gokden N, Nicholas WR. A clonal reciprocal t(2;7)(p13;p13) in plantar fibromatosis. *Cancer Genet Cytogenet* 2005; 158: 67-69.
3. De Palma L, Santucci A, Gigante A, Di Giulio A, Carloni S. Plantar fibromatosis: An immunohistochemical and ultrastructural study. *Foot Ankle Int* 1999; 20: 253-257.
4. Aluisio VF, Mair SD, Hall RL. Plantar fibromatosis: Treatment of primary and recurrent lesions and factors associated with recurrence. *Foot Ankle Int* 1996; 17: 672-678.
5. Montgomery E, Lee JH, Abraham SC, Wu TT. Superficial fibromatosis are genetically distinct from deep fibromatoses. *Mod Pathol* 2001; 14: 695-701.
6. Hougeir GF, Mascaro JM. Plantar fibromatosis. www.emedicine.com
7. Jacob LC, Kumm CR. Benign anteromedial plantar nodules of childhood: A distinct form of plantar fibromatosis. *Pediatric Dermatology* 2000; 17: 472-474.
8. Breiner JA, Nelson M, Bredthauer BD, Neff JR, Bridge JA. Trisomy 8 and trisomy 14 in plantar fibromatosis. *Cancer Genet Cytogenet* 1999; 108: 176-7.
9. Weiss SW, Goldblum JR. *Enzinger and Weiss's soft tissue tumors*. 4th ed. St Louis: Mosby, 2001.
10. Samarco JG, Mangone PG. Classification and treatment of plantar fibromatosis. *Foot Ankle Int* 2000; 21: 563-569.
11. Bree E, Zoetmulder NF, Keus BR, Peterse LH, Coevorden VF. Incidence and treatment of recurrent plantar fibromatosis by surgery and postoperative radiotherapy. *The American Journal of Surgery* 2004; 187: 33-38.
12. Attasi M, Seegenschmiedt MH. *Radiotherapy is effective in the treatment of progressive plantar fibromatosis*. 43rd Annual AS-TRO Meeting.