

Fibromatosis plantar de ubicación atípica: presentación de un caso y revisión de la literatura.

Carcuro, Giovanni*; Vargas, Fernando**; Muñoz, Gerardo*; Somarriva, Marcelo*; Las Heras, Facundo***.

* Staff Departamento Ortopedia y Traumatología, Unidad Tobillo y Pie, Clínica Las Condes
 ** Fellow Cirugía Tobillo y Pie, Universidad de Chile – Clínica Las Condes.
 *** Anatómista Patólogo, Clínica Las Condes. Santiago, Chile

Fecha de Recepción: 14/08/2012
 Fecha de Aprobación: 27/09/2012

Los autores declaran no haber recibido financiamiento de ningún tipo en la realización de este trabajo.

Introducción

La fibromatosis plantar es una neoplasia benigna que compromete la aponeurosis o fascia plantar. Se conoce también como enfermedad de Ledderhose's. Se caracteriza por una proliferación miofibroblástica inusual, localmente agresiva. Esta patología también se presenta en la aponeurosis palmar recibiendo el nombre de enfermedad de Dupuytren siendo más frecuente su presentación en este último segmento.⁽¹⁾

En general, la edad de presentación varía entre 30 a 50 años de edad. Algunas publicaciones reportan una mayor incidencia en hombres que en mujeres.⁽²⁾ Puede presentarse de manera asintomática. Cuando se presentan síntomas, estos se caracterizan por dolor plantar, aumento de volumen, presencia de nódulos palpables, dolor al caminar e incluso dificultad de uso de calzado. Diversos tratamientos han sido reportados incluyendo el uso de órtesis, analgésicos antiinflamatorios, masoterapia entre otros⁽³⁾, así como también la escisión quirúrgica de la lesión. Presentamos el caso de una paciente con diagnóstico de fibromatosis plantar de localización atípica que requirió tratamiento quirúrgico y revisión bibliográfica del tema.

Presentación Caso

Mujer de 40 años de edad, sin antecedentes mórbidos previos. Historia de metatarsalgia derecha de 4 años de evolución

asociada a lesión plantar en relación a 2° y 3° metatarsianos interpretándose como posible verruga plantar. En noviembre del 2011 se realiza tratamiento quirúrgico reseccándose lesión plantar evolucionando de forma tórpida. Consulta por primera vez en nuestra institución en enero 2012 por aumento de sintomatología: claudicación, metatarsalgia, hiperqueratosis focalizada en relación a articulación metatarso falángica (MTTF) 2° orjejo mas Tinnel dudoso en relación a 2° espacio interortejos. Se interpreta como metatarsalgia y neuroma plantar. Se realiza tratamiento médico con uso de prednisona 5 mg. más pregabalina 75mg., ambos una vez al día por vía oral. En control posterior paciente persiste con sintomatología descrita decidiéndose realizar manejo quirúrgico de su patología. En febrero 2012 se realiza abordaje dorsal transversal sobre articulación MTF de 2° y 3° metatarsiano. Procedimiento de Weil modificado fijando osteotomías con tornillo autorroscante 2.0 (Tornillo SpinTM New Deal) de 11 mm. Por abordaje plantar longitudinal se realiza exploración de cicatriz previa extrayéndose tejido cicatricial en relación a fascia plantar distal mas tejido redundante con aspecto fibrocicatricial. La muestra se envía a estudio anatomopatológico. Paciente es dada de alta con indicaciones de uso de aines más bomba elastomérica de analgesia continua. Se solicita evaluación por equipo de medicina del dolor quienes diagnostican síndrome dolor regional complejo probable Tipo II indicándose el uso de pregabalina 75 mg. vía oral 2 veces al día, ibuprofeno 400mg al día. Paciente evoluciona favorablemente con disminución de su sintomatología observán-

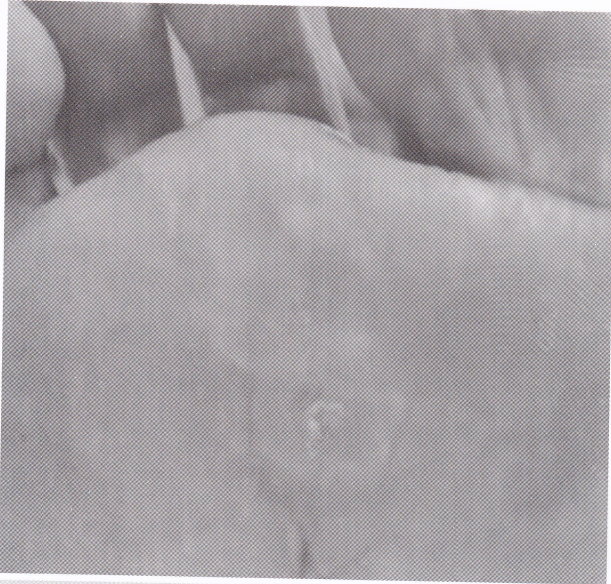


Fig. 1 | Se observa hiperqueratosis plantar de la paciente.

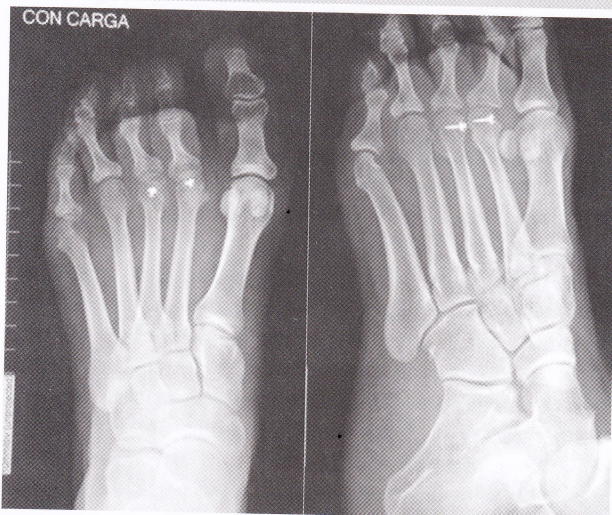


Fig. 2 | Radiografía AP de pie derecho con carga. Se observan osteotomías consolidadas.



Fig. 3 | Resonancia Magnética de pie derecho. Trayecto tornillos en 2º y 3º metatarsianos, asociado a cambios inflamatorios inespecíficos.

dose además consolidación de osteotomías a las 6 semanas de evolución. Informe de biopsia señala tejido compatible con fibromatosis plantar. Tres meses post cirugía, paciente consulta por recidiva de su sintomatología caracterizada por metatarsalgia, claudicación, hiperqueratosis plantar (FIGURA 1) e imposibilidad de uso de calzado habitual. Radiografía (FIGURA 2) muestra osteotomías consolidadas sin otros hallazgos relevantes. Resonancia magnética informa discreta sinovitis MTF de 2º y 3º orfejos con edema partes blandas asociadas. (FIGURA 2) Se intenta manejo médico con uso de aines el que resulta frustrado. Dada la evolución de su cuadro asociado a biopsia compatible con fibromatosis plantar, se decide nueva intervención quirúrgica planificando fasciectomía subtotal. Bajo anestesia espinal, decúbito dorsal con manguito de isquemia en muslo derecho, se realiza abordaje plantar longitudinal reseca cicatriz anterior. Se observa tejido fibroso de color amarillo pardo, aspecto nodular friable de 3 x 3 cms. aproximadamente (FIGURA 4), el que se reseca completamente. Además, se realiza resección de tejido de características sanas alrededor de dicha lesión sin visualizar compromiso de planos profundos (FIGURA 5-A). Todo el tejido se envía a estudio histopatológico. Se realiza aseo mas sutura de la piel (FIGURA 5-B) La paciente evoluciona favorablemente siendo dada de alta al día siguiente. El estudio anatomopatológico confirma el diagnóstico de fibromatosis plantar con bordes libres de lesión. Paciente evoluciona favorablemente con clara disminución de su sintomatología.

Discusión

La fibromatosis plantar es una patología infrecuente que consiste en una proliferación celular benigna de comportamiento local agresivo. El dolor y la claudicación a la marcha son los síntomas mas frecuentes. Histológicamente se caracteriza por la presencia de abundantes miofibroblastos que pueden organizarse en fascículos y/o nódulos (FIGURA 6A). Clásicamente se describen 3 etapas histológicas: proliferativa, activa y maduración⁽⁴⁾. Los diagnósticos diferenciales incluyen tumores benignos tales como lipoma, neurofibroma, neurilemoma, tu-

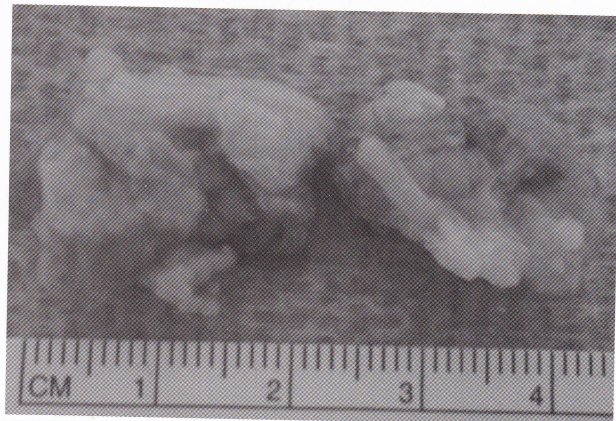


Fig. 4 | Imagen macroscópica tejido reseca.

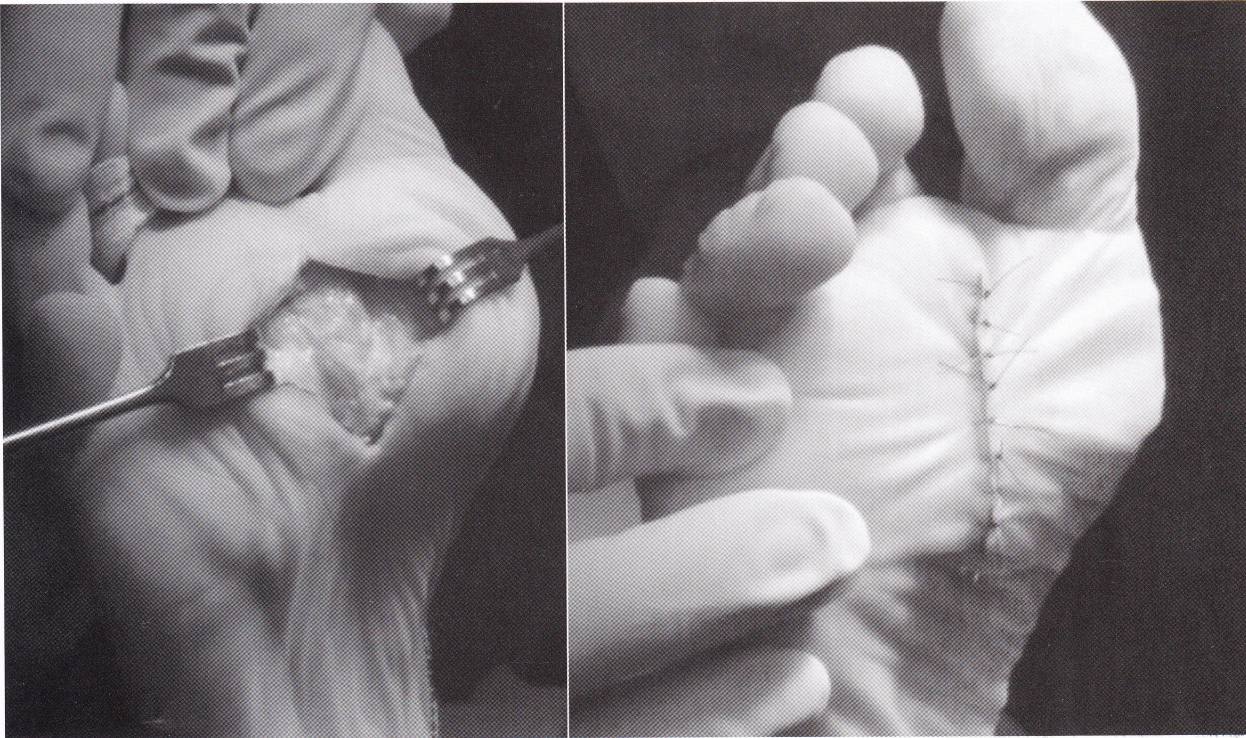


Fig.5 |

A.-Aspecto post resección. B.- Aspecto final

mor células gigantes y nódulos reumatoides, así como también neoplasias malignas como fibrosarcoma, entre otras⁽¹¹⁾. Sin embargo, la fibromatosis posee una alteración molecular en la vía Wnt/beta-catenina, lo que favorece la proliferación celular de miofibroblastos. Marcadores inmunohistoquímicos para detección de tinción nuclear del marcador beta-catenina permite realizar el diagnóstico histológico de certeza (FIGURA 6B).

En cuanto al estudio imagenológico, la sonografía y la resonancia magnética son los métodos que aportan mayor y mejor calidad de información^(5, 6, 7, 8, 9, 10). La localización más frecuente

es en el aspecto medial y proximal de la fascia plantar. El tratamiento médico consiste en el uso de plantillas, antiinflamatorios no esteroideos, cambio actividad, kinesioterapia e infiltración local con corticoides^(12,16). El tratamiento quirúrgico se reserva en aquellos pacientes que no responden al tratamiento médico así como también aquellos con sintomatología más severa. Consiste en la resección de la fascia plantar la que puede ser local o amplia. Altas tasas de recidiva se registran cuando la escisión es local variando entre 20% a 40%. Actualmente, se preconiza la escisión amplia de la fascia con bordes libres de lesión con lo que las tasas disminuyen significativamente⁽²⁾.

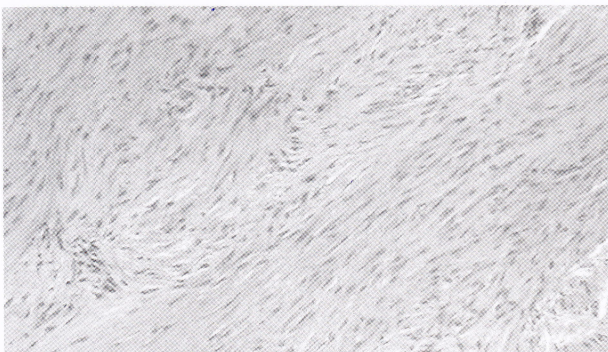


Fig.6a |

Imagen microscópica con H/E 200x. Se observa extensa infiltración de miofibroblastos sin atipia morfológica significativa .

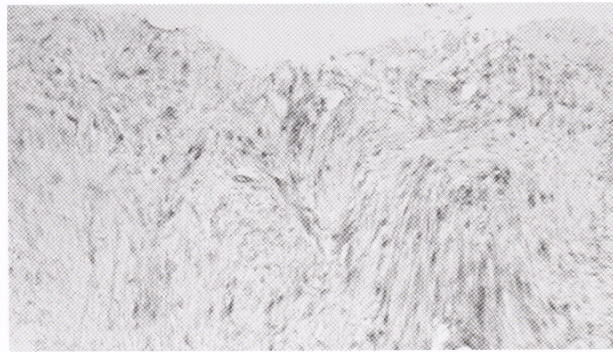


Fig.6b |

Tinción nuclear con b-catenina, 200x. Marcador inmunohistoquímico de certeza.

4, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20). En aquellos casos de recidiva aunque se haya realizado una escisión amplia o subtotal de la fascia, se recomienda la fasciectomía total⁽²¹⁾. El uso de radioterapia como tratamiento coadyuvante ha sido reportado en la literatura. Se plantea que ayudaría en disminuir las tasas de recidiva y el dolor asociado. Sin embargo, se asocia a efectos secundarios como linfedema e incluso riesgo de malignización.^(22, 23, 24)

Presentamos el caso de una mujer con diagnóstico de fibromatosis plantar de ubicación atípica en la que el tratamiento médico fue frustrado por lo que requirió resección quirúrgica de fascia plantar anterior con lo cual la paciente ha evolucionado favorablemente.

Referencias Bibliográficas

1. Yost J, Winters T, Fett HC Sr. Dupuytren's contracture: a statistical study. *Am J Surg*. 90: 568-571, 1995.
2. Murphey M, Ruble Ch, Tyszko S, Zbojnowicz A, Potter B, Miettinen M. Musculoskeletal Fibromatoses: Radiologic-Pathologic Correlation. *RadioGraphics*. 29:2143-2176, 2009.
3. Sammarco G, Mangone P. Classification and treatment of plantar fibromatosis. *Foot Ankle Int*. 21(7): 563-9, 2000.
4. Lee, T.H., Wapner, K.L., Hecht, P.J.: Plantar fibromatosis. *J. Bone Joint Surg*. 75:1080-1084, 1993.
5. Reed, M., Gooding, G.A., Kerley, S.M., Himebaugh Reed, M.S., Griswold, V.J. Sonography of plantar fibromatosis. *J. Clin. Ultrasound*. 19:578-582, 1991.
- 6.- Kirby, E.J., Shereff, M.J., and Lewis, M.M.: Soft-tissue tumors and tumor-like lesions of the foot. An analysis of eightythree cases. *J. Bone Joint Surg*. 71k621-626, 1989.
7. Morrison, W.B., Schweitzer, M.E., Wapner, K.L., Lackman, R.D.: Plantar fibromatosis: a benign aggressive neoplasm with a characteristic appearance on MR images. *Radiology*. 193:841-845, 1994.
8. Wetzel, L.H., and Levine, E.: Soft-tissue tumors of the foot: value of MR imaging for specific diagnosis. *Am. J. Roentgenol*. 155:1025-1030, 1990.
- 9.- Bedi DG, Davidson DM. Plantar fibromatosis: most common sonographic appearance and variations. *J Clin Ultrasound*. 29:499-505, 2001.
10. Robbin MR, Murphey MD, Temple HT, et al. Imaging of musculoskeletal fibromatosis. *RadioGraphics*. 21:585-600, 2001.
11. Wu KK. Plantar fibromatosis of the foot. *J Foot Ankle Surg*. 33:98-101, 1994.
12. Aluisio FV, Mair SD, Hall RL. Plantar fibromatosis: treatment of primary and recurrent lesions and factors associated with recurrence. *Foot Ankle Int*. 17:672-678, 1996.
13. Landers PA, Yu GV, White JM, Farrer AK. Recurrent plantar fibromatosis. *J Foot Ankle Surg*. 32:85-93, 1993.
- 14.- Wapner KL, Ververeli PA, Moore JH, et al. Plantar fibromatosis: a review of primary and recurrent surgical treatment. *Foot Ankle Int*. 16:548-51, 1995.
15. Durr HR, Krodol A, Trouillier H, et al. Fibromatosis of the plantar fascia: diagnosis and indication for surgical treatment. *Foot Ankle Int*. 20:13-7, 1999.
16. Pentland AP, Anderson TF. Plantar fibromatosis responds to intralesional steroids. *J Am Acad Dermatol*. 12:212-4, 1985.
17. Godette GA, O'Sullivan M, Menelaus MB. Plantar fibromatosis of the heel in children: a report of 14 cases. *J Pediatr Orthop*. 17: 16-7, 1997.
18. Delgadillo, L.A., Arenson, D. J.: Plantar fibromatosis: surgical considerations with case histories. *J Foot Surg*, 24: 258-265, 1985.
19. Oster, J.A., and Miller, A.E.: Resection of plantar fibromatosis with interposition of Marlex surgical mesh. *J Foot Surg*. 2521 7-225, 1986.
20. Wiseman, G.G.: Multiple recurring plantar fibromatosis and its surgical excision. *J Foot Surg*, 22121-125, 1983.
21. Westerkamp, M.: A case history of recurrent plantar fibromatosis (Dupuytren's contracture). *J Foot Surg*, 17:73-74, 1978.
22. Spear MA, Jennings LC, Mankin HJ, et al. Individualizing management of aggressive fibromatosis. *Int J Radiat Biol Phys*. 40:637-45, 1998.
23. Miralbell R, Suit H, Mankin HJ, et al. Fibromatoses: from postsurgical surveillance to combined surgery and radiation therapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 18:535-40, 1990.
- 24.- Bree, E; Zoetmulder, F; Keus, R; Peterse, H; van Coevorden, F. Incidence and treatment of recurrent plantar fibromatosis by surgery and postoperative radiotherapy. *Am Journal of Surg*. 187:33-38, 2004.