

Fibromatosis plantar tratada con bleomicina

Plantar fibromatosis treated with bleomycin.

Elizabeth González-Palacios,¹ Miguel Ángel Cardona-Hernández²

ANTECEDENTES

La fibromatosis plantar, también conocida como síndrome de Ledderhose, es un trastorno raro benigno caracterizado por fibromas bien encapsulados de consistencia firme y dolorosos que ocasionan contracturas en estadios avanzados. En la actualidad se dispone de múltiples tratamientos médicos y quirúrgicos; sin embargo, la recurrencia es la regla.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 52 años, campesina, originaria de Villa Milpa Alta, Ciudad de México, que acudió a consulta en febrero de 2017 por padecer una “bola que había ido creciendo” muy dolorosa, que dificultaba severamente la deambulaci3n.

Tenía antecedente de fractura de tibia y peroné en la pierna derecha en 2005, con colocaci3n de un clavo y una placa externa durante tres meses con uso posterior de una bota ortopédica. Debido a la falta de fijaci3n adecuada, se le colocó un clavo intramedular en 2012. Un ańo después inici3 con crecimiento de una tumoraci3n en la planta ipsilateral que fue extirpada por Traumatología en 2015, realizando un injerto aut3logo abdominal. A los tres meses comenz3 nuevamente con aumento de tamańo e induraci3n donde se coloc3 el injerto, por lo que acudi3 a nueva valoraci3n.

Se identific3 una dermatosis que afectaba la extremidad inferior derecha en el arco plantar en su parte interna; constituida por una neoformaci3n

¹ Dermat3loga egresada

² Dermato-onc3logo adscrito.

Centro Dermatol3gico Dr. Ladislao de la Pascua, Ciudad de M3xico.

Recibido: febrero 2020

Aceptado: mayo 2020

Correspondencia

Elizabeth González Palacios
Elizabeth_liz_@hotmail.com

Este art3culo debe citarse como: González-Palacios E, Cardona-Hernández MA. Fibromatosis plantar tratada con bleomicina. Dermatol Rev Mex. 2021; 65 (1): 105-107.
<https://doi.org/10.24245/dermatolrev-mex.v65i1.5061>

exofítica hemisférica ligeramente eritematosa con áreas amarillentas de superficie queratósica y anfractuosa, de 6.5 x 3.5 cm de diámetro de consistencia dura, fija a planos profundos, dolorosa a la palpación con bordes bien definidos de evolución crónica. **Figuras 1 y 2**

Con la sospecha diagnóstica de fibromatosis plantar se le realizó una biopsia incisional que corroboró el diagnóstico. Con base en sus antecedentes se decidió dar tratamiento conservador con aplicación de esteroide intralesional.

Se inició tratamiento intralesional con sesiones mensuales de 6 mg de dexametasona de depósito más 37.5 mg de flurouracilo durante 5 meses. Se observó poca mejoría por lo que se decidió el cambio a bleomicina. Se optó por esquema de 6 mg de dexametasona de depósito más 4.5 UI de bleomicina mensual durante seis meses obteniendo buenos resultados y el aplanamiento casi total de la lesión, por lo que se continuó tratamiento tópico con urea a 40%. Además, se complementó el tratamiento con uso de plantillas ortopédicas para mejorar la deambulación.

DISCUSIÓN

La fibromatosis plantar también se conoce con el nombre de síndrome de Ledderhose o síndrome Morbus Ledderhose.^{1,2} George Ledderhose la describió en 1897; es un trastorno poco frecuente benigno, caracterizado por proliferación de fibroblastos en la aponeurosis plantar. Afecta a 1-1.75/100,000 habitantes con una relación H:M de 2:1. Tiende a ser bilateral en 25% de los casos y muestra un pico de incidencia entre 20 y 40 años de edad.³

En términos clínicos, son fibromas bien encapsulados de consistencia firme y dolorosos que ocasionan contracturas en estadios avanzados. La etiopatogenia no está bien establecida; se



Figura 1. A. Aspecto clínico de la lesión sin tratamiento. **B.** Disminución de la queratosis y aplanamiento de la lesión tras cuatro sesiones con bleomicina intralesional. **C.** Disminución considerable del grosor y dureza de la lesión al término de un año de tratamiento.

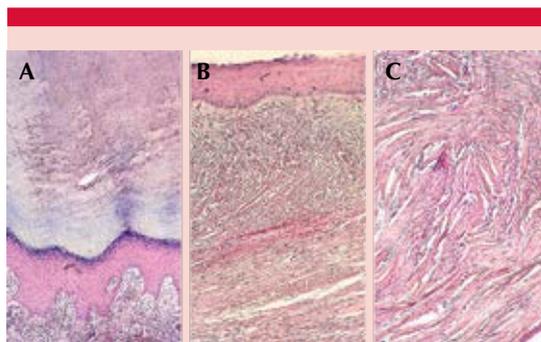


Figura 2. A. Epidermis con hiperqueratosis ortoqueratósica acentuada. **B.** Fibras de colágena superficiales, perpendiculares a la epidermis en la profundidad dispuestas horizontalmente. **C.** Incremento considerable del número de fibroblastos.

cree que se debe al aumento de factores de crecimiento, principalmente insulina, fibroblastos y plaquetas. Otros proponen un factor hereditario o traumatismo repetido.^{1,4}

Se ha intentado tratamiento con diversos métodos conservadores, como el uso de plantillas, ondas de choque extracorpóreas, administración de verapamilo, esteroide intralesional, colagenasa intralesional, colchicina e, incluso, radioterapia, así como tratamientos quirúrgicos

o una combinación de ambos. A pesar de la variedad terapéutica la recurrencia es la regla.¹⁻⁴

La bleomicina es un antibiótico citotóxico derivado de *Streptomyces verticellus*. En dermatología se ha prescrito en verrugas plantares, neurofibromas cutáneos, queratoacantomas y cicatrices queloides.^{5,6} El mecanismo exacto en queloides se desconoce. En cultivos de fibroblastos disminuye la síntesis de colágeno además de reducir la enzima lisil-oxidasa (maduración colágena), así como la apoptosis celular.⁷

La dosis prescrita en cicatrices queloides se ha reportado de 2 mL/cm² a 1.5 UI/mL con un máximo de 6 mL por sesión; no se ha reportado su administración en fibromatosis plantar. Su efecto secundario principal es la hiperpigmentación, seguida de ulceración, atrofia, prurito, dolor y ardor.^{7,8,9}

CONCLUSIONES

Toda la bibliografía consultada respecto a la terapéutica de la fibromatosis plantar se refiere como un reto, ya que en más de 60% de los casos existe recurrencia a largo plazo. La administración de bleomicina de manera intralesional puede considerarse una alternativa segura. Sin embargo, hacen falta estudios que respalden su efectividad.

No se encontró algún otro reporte de caso donde se haya administrado bleomicina como trata-

miento de esta dermatosis y nuestra paciente, a un año de seguimiento, no ha tenido recurrencia.

REFERENCIAS

1. Ocampo-Garza J, Azevedo-Cunha R, Silva-Pereira C, Sanderson A, et al. Plantar fibromatosis: Surgical approach of a giant bilateral case. *Int J Dermatol* 2018; 57 (3): 365-7. doi. 10.1111/ijd.13840.
2. Akdag O, Yildiran G, Karamese M, Tosun Z. Dupuytren-like contracture of the foot: Ledderhose disease. *Surg J (NY)* 2016; 02 (03): e102-4. doi. 10.1055/s-0036-1593355.
3. Carroll P, Henshaw RM, Garwood C, Raspovic K, et al. Plantar fibromatosis: Pathophysiology, surgical and nonsurgical therapies: An evidence-based review. *Foot Ankle Spec* 2018; 11 (2): 168-76. doi. 10.1177/1938640017751184.
4. Espert M, Anderson MR, Baumhauer JF. Current concepts review: Plantar fibromatosis. *Foot Ankle Int* 2018; 39 (6): 751-7. doi. 10.1177/1071100718768051.
5. Meier K, Nanney LB. Emerging new drugs for scar reduction. *Expert Opin Emerg Drugs* 2006; 11 (1): 39-47. doi. 10.1517/14728214.11.1.39.
6. Trislina-Perdanasari A, Torresetti M, Grasseti L, Nicoli F, et al. Intralesional injection treatment of hypertrophic scars and keloids: a systematic review regarding outcomes. *Burn Trauma* 2015; 3 (1): 14. doi. 10.1186/s41038-015-0015-7.
7. Payapvipapong K, Niumpradit N, Piriyanand C, Buranaphalin S, et al. The treatment of keloids and hypertrophic scars with intralesional bleomycin in skin of color. *J Cosmet Dermatol* 2015; 14 (1): 83-90. doi. 10.1111/jocd.12132.
8. Camacho-Martínez FM, Rey ERR, Serrano FC, Wagner A, et al. Results of a combination of bleomycin and triamcinolone acetonide in the treatment of keloids and hypertrophic scars. *An Bras Dermatol* 2013; 88 (3): 387-94. doi. 10.1590/abd1806-4841.20131802.
9. Jones CD, Guiot L, Samy M, Gorman M, et al. The use of chemotherapeutics for the treatment of keloid scars. *Dermatology Reports* 2015; 7 (2): 15-9. doi. 10.4081/dr.2015.5880.