

CASOS BREVES

Pápulas piezogénicas dolorosas de los pies

JESÚS VEGA GUTIÉRREZ, JOSÉ ANTONIO TEJERINA GARCÍA, ANA ISABEL BERNAL RUIZ, ANTONIO GONZÁLEZ RUIZ

* Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Resumen.—Presentamos el caso de una paciente obesa de 65 años con un cuadro clínico e histopatológico de pápulas piezogénicas dolorosas del pie derecho, haciendo especial énfasis en la confusión terminológica del proceso, así como en su etiopatogenia y las posibles soluciones terapéuticas. (*Actas Dermosifiliogr* 2000;91:525-526).

Palabras clave: Pápulas piezogénicas.

Como el mismo nombre indica, las «pápulas piezogénicas dolorosas de los pies» hacen referencia a una entidad que cursa con lesiones papulosas, dolorosas espontáneamente o con la deambulación, que aparecen al ejercer presión («piezo») sobre la superficie plantar de los talones (1).

Fue descrita por Shelly y cols. en 1968 (2) y desde entonces diversas publicaciones han ido añadiendo nuevos aspectos a esta entidad, como su aparición en otras zonas del cuerpo, su carácter no doloroso, sus posibles factores etiológicos y sus opciones de tratamiento.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer obesa de 65 años que acudió a nuestra consulta por presentar desde hacía 2 ó 3 meses «unos bultitos» muy dolorosos en el talón derecho. El dolor era espontáneo, aunque se exacerbaba en la bipedestación y con la marcha. En la exploración física apreciamos unas pápulas sin cambios de color, de 6-8 mm de diámetro, localizadas en la cara interna del talón derecho (Fig. 1); estas pápulas aumentaban de tamaño al ejercer presión sobre el talón.

Entre los antecedentes personales se encontraban una gran obesidad (117 kg de peso para 165 cm de altura), una operación de fístula anal y de apéndice y una hernia umbilical.

Con el diagnóstico clínico de pápulas piezogénicas dolorosas de los pies se practicó una biopsia de una de las lesiones, donde se constató una herniación de la gra-



FIG. 1.—Pápulas múltiples en cara interna del talón.

sa subcutánea en la dermis, junto a disminución de la trabeculación conjuntiva entre los adipocitos y compresión de las estructuras vasculares de la zona (Fig. 2).

Recomendamos un tratamiento higienicodietético que incluía evitar largos períodos en bipedestación, empleo de calzado adecuado, de suela almohadillada y envío al Servicio de Nutrición para intentar el control de su obesidad. La paciente refirió notable mejoría a los pocos meses de la instauración de estas medidas.

DISCUSIÓN

El primer aspecto que nos gustaría matizar es el de la precisión terminológica de esta entidad, ya que es

Correspondencia: JESÚS VEGA GUTIÉRREZ. Ferrari, 5, 1.º E. 47001 Valladolid.

Aceptado el 17 de julio de 2000.

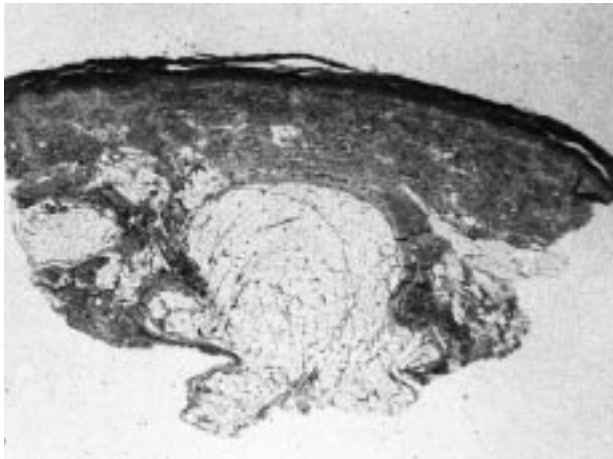


FIG. 2.—Panorámica de la biopsia donde se aprecia la herniación de la grasa subcutánea con disminución de la trabeculación del tejido adiposo y compresión de vasos dérmicos.

diferente hablar de pápulas piezogénicas sin más adjetivos que de pápulas piezogénicas dolorosas de los pies. El primer caso es considerado por muchos autores como una situación fisiológica, presente casi en el 100% de los individuos, siendo también muy frecuente su aparición en las muñecas tras ejercer cierta presión y en el que no se encontrarían datos patológicos en su histología (3-6). Por el contrario, la segunda situación es muy poco frecuente, las lesiones suelen ser de mayor tamaño y, además de cursar con dolor, a veces intenso e incluso incapacitante (7), se acompañan de una estructura histológica característica consistente en una dermis engrosada y densa en la que protuye un tejido subcutáneo con pérdida de la compartimentación por adelgazamiento de las trabéculas del tejido conectivo (4, 8, 9). Entre las hipótesis que tratan de explicar la aparición del dolor estarían la compresión vascular y nerviosa de la zona o el mismo daño tisular ocasionado (9).

Aunque su etiología permanece oscura, se han incluído diversos factores que contribuirían a la protrusión o herniación de la grasa subcutánea en la dermis, entre las que destacan el ejercicio intenso, la obesidad, factores familiares y defectos del tejido conectivo, entre los que destacaría el síndrome de Ehlers-Danlos (8, 9).

Para los casos sintomáticos están indicados diversos tratamientos como: a) medidas posturales (evitar la bipedestación por largos períodos o los ejercicios vigorosos) y empleo de calzado de suela de goma o almo-

hadillado, reforzado en la zona de los talones y de medias compresivas; b) pérdida de peso si se precisa, y c) para los casos rebeldes puede ser útil la cirugía, con excisión profunda de la lesión y también se ha empleado con éxito la electroacupuntura (10-12).

Abstract.—We present the case of a 67-year-old obese patient with a clinical and histopathologic status of painful piezogenic pedal papules, emphasizing the terminological confusion of the process as well as its etiopathogenesis and the possible therapeutic solutions.

Vega Gutiérrez J, Tejerina García JA, Bernal Ruiz AI, González Ruiz A. Painful piezogenic pedal papules. *Actas Dermosifiliogr* 2000;91:525-526.

Key words: Piezogenic papules.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dreno B, Renault JJ, Bureau B, y cols. Painful piezogenic pedal papules. *Ann Dermatol Venereol* 1984;111:571-3.
2. Shelley WB, Rawnsley HM. Painful feet due to herniation of fat. *Arch Dermatol* 1968;05:110-1.
3. Gounod N. Papules pièzogèniques douloureuses du talon: entité nosologique? *Ann Dermatol Venereol* 1985; 112:185.
4. Rudolph RI. Piaozogenic pedal papules. *British Journal of Dermatology* 1975;92:113.
5. Vittori F, Brocard-Delalande E, Colomb D. Les papules pièzogèniques des pieds. *Ann Dermatol Venereol* 1985; 112:181-2.
6. Laing VB, Fleischer AB. Piezogenic wrist papules: a common and asymptomatic finding. *J Am Acad Dermatol* 1991;25:415-7.
7. Gómez Roa J. Pápulas piezogénicas dolorosas de los pies. *Actas Dermosifiliogr* 1990;81(9):621-2.
8. Gibney D, Glaser DA. Piezogenic pedal papules in two family members. *Cutis* 1996;57:260-2.
9. Kahana M, Feinstein, y cols. Painful piezogenic pedal papules in patients with Ehler-Danlos syndrome. *J Am Acad Dermatol* 1987;17:205-9.
10. Wooldrow SL, Brereton-Smith G, Handfield-Jones S. Painful piezogenic pedal papules: response to local electro-acupuntura. *British Journal of Dermatology* 1997;136:628-30.
11. Böni R, Dummer R. Compresion therapy in painful piezogenic pedal papules. *Arch Dermatol* 1996;132.
12. Burkhart CG. Piezogenic pedal papules. *Cutis* 1984;34(1): 70.

Fibroma blando de pezón y aréola

JOSÉ IGNACIO ESQUIVIAS GÓMEZ*, ANTONIO GONZÁLEZ LÓPEZ*, TOMÁS POZO ROMÁN*, ENCARNACIÓN VELASCO VAQUERO*, CARLOS SANZ SANTACRUZ**

* Unidad de Dermatología. ** Servicio de Anatomía Patológica.
Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Resumen.—El fibroma blando es un tumor conectivo benigno muy frecuente. Se localiza habitualmente en párpados, cuello y axilas. Su localización en el pezón o en la aréola es inusual, habiéndose comunicado pocos casos. Presentamos el caso de una mujer de 47 años con un fibroma blando sobre el pezón y el de otra mujer de 19 años que lo presentaba en la aréola. (*Actas Dermosifiliogr* 2000;91:527-528).

Palabras clave: Fibroma blando. Pezón. Aréola.

El fibroma blando es un tumor benigno derivado del tejido conectivo. Es muy frecuente, siendo sus localizaciones habituales los párpados, el cuello y las axilas. Cuando aparecen en tronco e ingles pueden alcanzar gran tamaño. Son de consistencia blanda, con superficie lisa o arrugada y pueden ser papulosos, filiformes o pediculados. Generalmente son asintomáticos, pudiendo producir dolor cuando el pedículo se torsiona, lo cual puede llegar a producir la necrosis del fibroma.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Caso 1

Paciente de 47 años, entre cuyos antecedentes personales destaca una miocardiopatía dilatada que fue tratada mediante un trasplante de corazón 5 años atrás, estando en la actualidad en tratamiento inmunosupresor con ciclosporina, azatioprina y prednisona por vía oral. Además presentaba dispepsia en tratamiento con antiácidos y ranitidina oral por molestias dispépticas, hipertensión arterial en tratamiento con enalapril y diltiazem oral, así como hipercolesterolemia en tratamiento con pravastatina.

La paciente refiere desde hace unos 30 años la aparición de una lesión en pezón derecho que ha crecido muy lentamente.

En la exploración clínica se podía observar una tumoración exofítica que nacía del mismo centro del pezón y triplicaba su tamaño, bien delimitada, blanda al tacto y color similar a la piel circundante (Fig. 1).

Caso 2

Paciente de 19 años que padece escoliosis importante que ha sido tratada desde los 11 a los 19 años

Correspondencia: JOSÉ IGNACIO ESQUIVIAS GÓMEZ. Paseo de la Castellana, 206, 1.º D. 28046 Madrid.

Aceptado el 1 de septiembre de 2000.

con un corsé ortopédico tipo Boston y que consulta por presentar en la aréola mamaria derecha, sobre el pezón, una lesión exofítica, pediculada, blanda al tacto, que apareció a los 12 años y que había ido creciendo lentamente hasta la actualidad (Fig. 2).

Ambas lesiones fueron extirpadas, mostrando en el examen histopatológico un aspecto similar, consistente en la presencia de una tumoración bien delimitada, rodeada por epidermis sin alteraciones, formada por la proliferación de colágeno maduro, de aspecto laxo, y con la presencia de algunos vasos sanguíneos en el centro.

DISCUSIÓN

Los fibromas blandos son tumores muy frecuentes, la mayoría de las veces son lesiones de pocos milíme-



FIG. 1.—Caso 1, Lesión exofítica en pezón derecho.



FIG. 2.—Caso 2, lesión pediculada en areola mamaria.

tros, aunque en ocasiones alcanzan tamaños mayores, incluso mayores de 1 ó 2 cm de diámetro.

La etiología es desconocida. Suelen aparecer en la edad adulta y son más frecuentes en mujeres obesas. En ocasiones aparecen de forma brusca y por decenas durante el embarazo, denominándose *molluscum fibrosum gravidarum*. También pueden formar parte de la esclerosis tuberosa o enfermedad de Pringle-Bourneville. Se ha sugerido una asociación entre la presencia de fibromas blandos y una diabetes subyacente, pólipos colónicos o acromegalia, si bien no ha sido confirmado (1).

El diagnóstico es clínico, si bien una vez extirpado el estudio histopatológico nos confirmará aquél. En la anatomía patológica se observa una proliferación de bandas colágenas maduras y un eje vascular central. La epidermis puede no mostrar cambios o ser ligeramente acantósica o atrófica.

El diagnóstico diferencial debe incluir entidades como los nevus melanocíticos intradérmicos, neurofibromas, queratosis seborreicas, nevus colágeno y fibroepitelioma de Pinkus.

El tratamiento es la resección de la lesión incluyendo el tallo, la cual puede realizarse también mediante cirugía convencional, bisturí eléctrico o crioterapia.

La localización en el pezón o en la areola está muy poco documentada en la literatura. En una búsqueda en la base de datos médica Medline sólo hemos encontrado dos casos, uno en la areola (2) y otro en el pezón (3). En el caso de Nakayama y Mihara, además de la localización, tenían en común con nuestro primer caso el gran tamaño de la lesión. En relación al tamaño, los autores apuntan la posibilidad de que al ser la piel de la areola más extensible que la de otros lugares el peso del tumor aumentará la longitud del pedículo (2).

En el caso de Higaki y Yoshinaga el fibroma se acompañaba de la formación de una ampolla. Los autores creen que podría deberse a la torsión del pedículo, lo que causaría isquemia del fibroma con formación de dicha ampolla (3).

En relación a la baja comunicación de fibromas blandos en este lugar anatómico se ha postulado que la timidez o vergüenza pueden ser factores que retraigan a las pacientes a acudir a la consulta, y por otra parte es posible que colegas que hayan visto casos similares se hayan abstenido de comunicarlos por considerarlos de escaso interés. Nos parece interesante aportar dos nuevos casos que nosotros hemos tenido ocasión de observar en el espacio del último año, lo cual nos lleva a pensar que quizá estos casos no sean tan infrecuentes.

Abstract.—Soft fibroma is a very common benign connective tissue tumor. The most frequent sites of involvement are eyelids, neck and axillae. The locations on the nipple and on the areola are infrequent, and have been rarely reported. We report a case of soft fibroma on the nipple of a 47-year-old female and on the areola of a 19-year-old female.

Esquivias Gómez JI, González López A, Pozo Román T, Velasco Vaquero E, Sanz Santacruz C. Soft fibroma of the nipple and areola. Actas Dermosifiliogr 2000;91:527-528.

Key words: Soft fibroma. Nipple. Areola.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weedon D, Strutton G. Skin pathology. Churchill Livingstone; 1997. p. 762-3.
2. Nakayama H, Mihara M. Giant pendulous fibroma arising on the areola. Acta Derm Venereol (Stockh) 78:152.
3. Higaki Y, Yoshinaga Y, Kawashima M. Blister formation over a soft fibroma of the nipple. J Dermatol 1993;20:447-8.

Pilomatricoma múltiple

FERNANDO JOSÉ FERNÁNDEZ-ARIAS*, RICARDO MARTÍN MARCO*, JOSÉ ANTONIO HERAS TABERNERO*, DOLORES MUÑOZ MARCOS*, LUIS BARBA DÍAZ**, PEDRO MARTÍNEZ MURILLO**, FERNANDO JIMÉNEZ ARROSAGARAY**

Servicios de *Dermatología y **Anatomía Patológica. Hospital Militar. Zaragoza.

Resumen.—El pilomatricoma se presenta generalmente como un nódulo único, asintomático, dérmico o subcutáneo. Las formas múltiples son raras. Se presenta el caso de un varón de 19 años de edad con pilomatricomas múltiples no asociados a otras anomalías. (*Actas Dermosifiliogr* 2000;91:529-530).

Palabras clave: Pilomatricoma múltiple.

El pilomatricoma eruptivo multifocal constituye una variante del pilomatricoma descrita por Wong, Somburanasin y Wood en 1972 (1). Se caracteriza por la aparición de varias lesiones que presentan características clínicas y microscópicas semejantes al epiteloma calcificante clásico. En algunos casos se presenta con carácter familiar, asociado a distrofia muscular miotónica (2-7); en estos pacientes las lesiones múltiples son más frecuentes que en la población general (4). Se han observado cambios semejantes a pilomatricomas en quistes epidermoides de pacientes con síndrome de Gardner (8, 9), y en un caso de síndrome de Rubinstein-Taybi ha sido descrita la presencia de pilomatricomas múltiples (10).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un paciente varón de 19 años de edad, sin antecedentes de interés, que presentó lesiones diagnosticadas previamente de «quistes» de aparición progresiva desde el período peripuberal hasta el momento de la consulta.

A la exploración clínica presentaba siete nódulos asintomáticos, entre 0,3 a 1 cm de diámetro, de consistencia pétreo, multilobulados, no adheridos a planos profundos, localizados en región preauricular, escapular, brazos, antebrazos y muslo.

Los análisis practicados de sangre y orina con investigación de enzimas musculares se encontraban dentro de los límites normales.

Se realizó extirpación de las lesiones (Fig. 1) y el estudio anatomopatológico mostró un patrón compuesto por islotes irregulares de células basófilas junto a las características células fantasma o en sombra (Fig. 2).

Correspondencia: FERNANDO JOSÉ FERNÁNDEZ ARIAS. Servicio de Dermatología. Hospital Militar. Vía Ibérica, 1-15. 50009 Zaragoza.

Aceptado el 17 de julio de 2000.

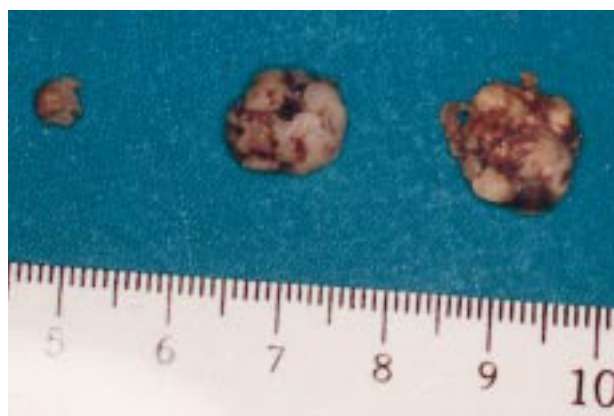


FIG. 1.—Piezas quirúrgicas.

DISCUSIÓN

Los pilomatricomas son tumores cutáneos benignos derivados de células primitivas procedentes de la matriz pilosa. La forma múltiple (11-13) y la forma perforante (14) son raras. En una revisión de 209 pilomatricomas había cinco casos múltiples, asociándose en uno de ellos a distrofia miotónica (15). En los pa-

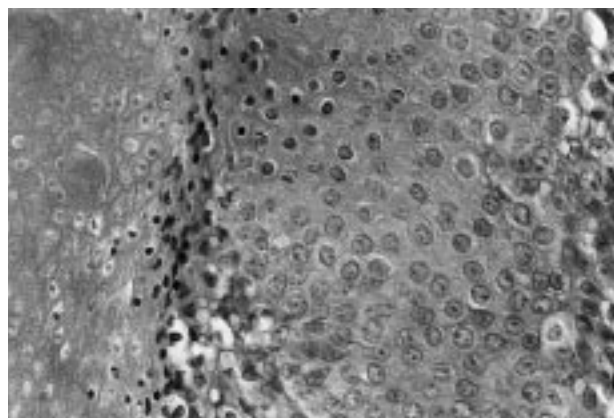


FIG. 2.—Aspecto histológico: transición graduar de las células basófilas a las células en sombra o fantasma.

cientes con formas eruptivas no se presenta ningún hallazgo clínico o histológico especial que permita diferenciarlos de los casos aislados (4).

La mayoría de los tumores aparecen clínicamente como un nódulo recubierto de epidermis semitransparente. Ocasionalmente, el tumor tiene una apariencia queratósica, vascular, anetodérmica o pigmentada, esta última debida a la pigmentación por depósitos de hemosiderina secundarios a sangrados en el seno del tumor (15). Los pilomatricomas pueden ser confundidos con quistes, adenopatías calcificadas, hematomas y hemangiomas calcificados o tumores de glándula parótida. La realización de una sialografía puede ser de ayuda en diagnóstico diferencial de tumores preauriculares (13).

En la literatura existen abundantes referencias a la asociación entre distrofia miotónica y pilomatricomas múltiples. La distrofia miotónica es una entidad clínica de origen genético, transmitida con herencia autosómica dominante y con penetrancia casi completa, pero variable en cuanto a intensidad y al momento de expresión. Aunque los rasgos clínicos más característicos (debilidad, atrofia y miotonía) son de tipo neuromuscular, existe una verdadera afección multisistémica. La expresividad de la distrofia miotónica es muy variable, no siendo infrecuente encontrar casos con formas abortivas oligosintomáticas y de evolución clínica muy lenta o totalmente estacionaria (16).

Aunque nuestro paciente no presentó otra sintomatología, todos los pacientes con pilomatricomas múltiples deben ser investigados e interrogados sobre sus antecedentes familiares para descartar posibles asociaciones.

Abstract.—Pilomatricoma is usually a single, asymptomatic, dermal or subcutaneous nodule. Cases of multiple pilomatricoma are rare in the literature. A case of a 19-year-old man with multiple pilomatricoma non associated to any other disorders is presented.

Fernández-Arias FI, Martín Marco R, Heras Tabernero JA, Muñoz Marcos D, Barba Díaz L, Martínez Murillo P, Jiménez Arrosagaray F. Multiple pilomatricoma. Actas Dermosifiliogr 2000;91:529-530.

Key words: Multiple pilomatricoma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wong WK, Somburanasin R, Wood MG. Eruptive, multicentric pilomatricoma (calcifying epithelioma). Roentgenographic detection of fine tumor calcification. *Arch Dermatol* 1972;106:76-8.
2. Cantwell AR, Reed WB. Myotonia atrophica and multiple calcifying epithelioma of Malherbe. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1965;45:387-90.
3. Berberian BJ, Colonna TM, Battaglia M. Multiple pilomatricomas in association with myotonic dystrophy and family history of melanoma. *J Am Acad Dermatol* 1997;37:268-9.
4. Graells J, Servitje O, Badell A, Notario J, Peyri J. Multiple familial pilomatricomas associated with myotonic dystrophy. *Int J Dermatol* 1996;35:732-3.
5. Ribera M, Caldron P, Barranco O, Ferrándiz C. Pilomatricomas múltiples asociados a distrofia miotónica y a carcinoma medular de tiroides. *Med Cutan Ibero Lat Am* 1989;17:395-8.
6. Calderón MJ, Manrique P, González R, García-Monco JC, Zabalza I. Múltiple pilomatricomas asociated with myotonic dystrophy. *Eur J Dermatol* 1995;5:51-3.
7. Betlloch I, Morell A, Silvestre JF, Sevilla A, Bañuls J, Alfonso R. Pilomatricomas y distrofia miotónica. *Rev Neurol* 1997;25:306-7.
8. Cooper PH, Fechner RE. Pilomatricoma-like changes in the epidermal cysts of Gardner's syndrome. *J Am Acad Dermatol* 1983;8:639-44.
9. Pujol RM, Casanova JM, Egido R, Pujol J, De Moragas JM. Multiple familiar pilomatricomas: a cutaneous marker for Gardner syndrome? *Pediatr Dermatol* 1995;12:331-5.
10. Cambiaghi S, Ermacora E, Brusasco A, Canzi L, Caputo R. Multiple pilomatricomas in Rubinstein-Taby syndrome: a case report. *Pediatr-Dermatol* 1994;11:21-5.
11. Urvoy M, Legall F, Troulemont PJ. Multiple pilomatricoma. A case report. *J Fr Ophtalmol* 1996;19:464-6.
12. Aslan G, Erdogan B, Akoz T, Görgü M, Seçkin S, Terzioğlu A. Multiple occurrence of pilomatricoma. *Plast Reconstr Surg* 1996;98:510-3.
13. López Barea F, Casado M, García Ribero D, Contreras Rubio F, Soto Melo J. Pilomatricoma multicéntrico. Epitelioma calcificado. *Actas Dermosifiliogr* 1977;68:437-44.
14. Alli N, Gungor E. Perforating pilomatricoma. *J Am Acad Dermatol* 1996;36:116-8.
15. Julián CG, Bowers PW. A clinical review of 209 pilomatricomas. *J Am Acad Dermatol* 1998;39:191-5.
16. López de Munain A, Empananza JI, Blanco A, y cols. Manifestaciones clínicas de la distrofia miotónica: encuesta epidemiológica. *Med Clí* 1993;101:161-4.