



Revista Andaluza de Medicina del
Deporte

ISSN: 1888-7546

ramd.ccd@juntadeandalucia.es

Centro Andaluz de Medicina del Deporte
España

Beas-Jiménez, JdD.; Centeno-Prada, R.A.; García-Antúnez, C.; Sánchez López, M.D.;
Yang Lai, R.

Fibromatosis plantar o enfermedad de Ledderhose, como causa de dolor plantar

Revista Andaluza de Medicina del Deporte, vol. 8, núm. 4, 2015, p. 178

Centro Andaluz de Medicina del Deporte
Sevilla, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323343413015>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Fibromatosis plantar o enfermedad de Ledderhose, como causa de dolor plantar

JdD. Beas-Jiménez^{a,*}, R.A. Centeno-Prada^a,
C. García-Antúnez^a, M.D. Sánchez López^b,
R. Yang Lai^c

^a Centro Andaluz de Medicina del Deporte. Sevilla

^b Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Cádiz

^c Escuela de Medicina de la Educación Física y el Deporte. Universidad de Cádiz

Introducción. El diagnóstico diferencial del dolor plantar en deportistas incluye diferentes entidades patológicas entre las cuales, la fibromatosis plantar, es infrecuente y poco conocida.

Objetivo. Presentar un caso de Fibromatosis Plantar en un deportista.

Caso Clínico. Deportista de élite, 35 años, Atletismo 3000 m obstáculos (63 kg, 178 cm).

Antecedentes: tendinopatía flexor primer dedo pie derecho, fractura estrés tibia derecha, tendinopatía tibial anterior izquierdo, tendinopatía isquiotibial izquierdo, protusión discal L4-L5, rotura fibras gemelo izquierdo.

Motivo de Consulta: dolor y tumefacción tercio medio arco plantar derecho, refiere contusiones repetidas a ese nivel en competición hacía tres semanas.

Exploración: formación fusiforme dolorosa, que no se desplaza, ni aumenta el dolor, con la contracción de la musculatura plantar.



Exploraciones Complementarias:

Ecografía: a nivel de la zona dolorosa se aprecia formación fusiforme hipocogénica adyacente a la fascia plantar de 6x32 mm de dimensiones máximas. Flexor primer dedo y fascia plantar conservan ecoestructura.



Huella Estática: sobrecarga de presiones en punto doloroso con plantillas de competición.

Tratamiento:

Médico: Traumeel® comprimidos (1/8 h x 21 días).

Recuperación Funcional: Masoterapia, electroterapia, estiramientos.

Infiltración local: Traumeel® y Lymphomyosot® iny. (1/sem x 4 sem).

Otros: modificación plantillas de competición.

Evolución: desaparición del dolor y de la induración tras seis semanas de tratamiento.

Discusión. Descrita en 1897 por Ledderhose (1855-1925), como engrosamiento de fascia plantar superficial (Proliferación fibrohistiocitaria con marcada vascularización). Frecuente asociación a Fibromatosis (Dupuytren, Peyronie, Knuckle Pads). Afecta con mayor frecuencia a varones (6-10 hombres por cada mujer), rara vez a niños o adolescentes. Incidencia de 1,2 casos/10000 habitantes (Holanda).

Etiología: genética, microtraumatismos, inmovilización, tensión mantenida fascia plantar, tabaco, diabetes, alcohol, insuficiencia hepática y anticonvulsivantes.

Clínica: nódulo plantar de localización en tercio medio del arco medial del pie (Patognomónico), doloroso con la marcha, no adherencias a estructuras adyacentes

Como tratamiento se ha propuesto: infiltración con glucocorticoides, ondas de choque, pero la cirugía es el de primera elección.

Conclusiones. La Enfermedad de Ledderhose debe considerarse en el diagnóstico diferencial del dolor plantar del deportista, tratamientos como la infiltración con medicamentos inmunomoduladores deben ser considerados en su tratamiento.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ram.2015.01.010>