



NOTA CLÍNICA

Artículo bilingüe español / inglés

Rev Esp Podol. 2025;36(1):54-58

DOI: <http://dx.doi.org/10.20986/revesppod.2025.1728/2025>

Molluscum pendulum en el pie. Caso clínico

Molluscum pendulum on the foot. Clinical case

Joao Miguel Costa Martiniano¹, Rafael Rayo Rosadom², Rafael Rayo Martín², Sandra Sánchez-Morilla², Raquel García de la Peña² y Ana M.^a Rayo Pérez²

¹Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa. Portugal. ²Departamento de Podología. Universidad de Sevilla, España

Palabras clave:

Molluscum pendulum, acrocordón, fibroma pediculado, cirugía dermatológica, lesión plantar.

Resumen

El *molluscum pendulum*, también conocido como acrocordón o fibroma pediculado, es un tumor fibroepitelial benigno que se desarrolla predominantemente en zonas de fricción, tales como el cuello, las axilas y la región genital. Su relación con trastornos metabólicos, incluyendo la obesidad y la resistencia a la insulina, ha sido ampliamente documentada. No obstante, su aparición en la superficie plantar es extremadamente infrecuente, lo que hace relevante la documentación de este tipo de casos. La escisión quirúrgica es el tratamiento de elección para lesiones de gran tamaño, mientras que opciones menos invasivas, como la crioterapia y la terapia con láser de CO², se emplean habitualmente en lesiones pequeñas. Se presenta un caso clínico de un paciente masculino de 56 años con un fibroma pediculado en la región plantar. La intervención consistió en la escisión quirúrgica con colgajo de avance bajo anestesia local, con el objetivo de lograr la eliminación completa de la lesión y minimizar las alteraciones biomecánicas en la marcha. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de *molluscum pendulum*, evidenciando acantosis epidérmica, hiperqueratosis y un incremento en la cantidad de fibroblastos y colágeno en la dermis. Se llevó a cabo un seguimiento postoperatorio durante 1 año para evaluar la evolución clínica del paciente y la posible recurrencia de la lesión.

Keywords:

Molluscum pendulum, acrochordon, pedunculated fibroma, dermatological surgery, plantar lesion.

Abstract

Molluscum pendulum, also known as acrochordon or pedunculated fibroma, is a benign fibroepithelial tumor that predominantly develops in areas of friction, such as the neck, armpits, and genital region. Its relationship with metabolic disorders, including obesity and insulin resistance, has been widely documented. However, its appearance on the plantar surface is extremely rare, which makes the documentation of this type of cases relevant. Surgical excision is the treatment of choice for large lesions, while less invasive options, such as cryotherapy and CO² laser therapy, are commonly used in small lesions. It is presented a clinical case of a 56-year-old male patient with a pedunculated fibroma in the plantar region. The intervention consisted of surgical excision with an advancement flap under local anesthesia, with the aim of achieving complete elimination of the lesion and minimizing biomechanical alterations in gait. The histopathological study confirmed the diagnosis of molluscum pendulum, showing epidermal acanthosis, hyperkeratosis and an increase in the amount of fibroblasts and collagen in the dermis. Postoperative follow-up was carried out for two years to evaluate the patient's clinical evolution and possible recurrence of the lesion.

Recibido: 02-03-2025

Aceptado: 05-05-2025



0210-1238 © Los autores. 2025.
Editorial: INSPIRA NETWORK GROUP S.L.
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC Reconocimiento 4.0 Internacional
(www.creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Correspondencia

Ana M.^a Rayo Pérez
anarayo43@gmail.com

Introducción

El *molluscum pendulum*, también conocido como acrocordón o fibroma pediculado, es una lesión cutánea benigna cuya prevalencia es mayor en mujeres que en hombres, especialmente en individuos mayores de 40 años. Estas lesiones suelen desarrollarse en áreas de pliegues cutáneos o regiones sujetas a fricción, como el cuello, las axilas, los párpados, la región submamaria y la región inguinal^{1,2}. Se estima que hasta el 46 % de los adultos pueden desarrollar acrocordones en algún momento de su vida, aunque las tasas de incidencia varían en función de la población estudiada y los métodos diagnósticos empleados.

Su aparición se ha relacionado con trastornos metabólicos, en particular la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2, así como con cambios hormonales y mecánicos característicos del embarazo. La posible conexión fisiopatológica entre estas condiciones y la formación de acrocordones podría deberse a la resistencia a la insulina y al aumento de factores de crecimiento epidérmico, como el factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1, los cuales han sido implicados en la proliferación celular y el desarrollo de lesiones cutáneas benignas^{1,3,4}.

Desde una perspectiva clínica, los acrocordones se presentan inicialmente como pápulas blandas de entre 1 y 5 mm de diámetro, que pueden aumentar de tamaño hasta alcanzar varios centímetros en etapas avanzadas. Su coloración varía desde tonos similares a la piel hasta tonalidades más oscuras, dependiendo del aporte vascular y de posibles traumatismos previos. Su movilidad pendulosa característica se debe a la presencia de un pedículo estrecho que los conecta con la piel subyacente. Aunque generalmente son asintomáticos, pueden volverse dolorosos si sufren torsión, inflamación o ulceración secundaria³⁻⁵.

El diagnóstico de los acrocordones es fundamentalmente clínico y se basa en la inspección visual y la palpación. Su presentación típica incluye lesiones blandas, móviles y pediculadas, que en la mayoría de los casos son asintomáticas. Sin embargo, en casos de presentación atípica, morfología inusual o un número excesivo de lesiones, se recomienda realizar una biopsia para descartar diagnósticos diferenciales, tales como nevos intradérmicos, papilomas escamosos, queratosis seborreica pediculada y lesiones malignas como el carcinoma basocelular pediculado o el melanoma amelanótico^{6,7}.

Dado su carácter benigno y la ausencia de síntomas en la mayoría de los casos, el tratamiento suele solicitarse por razones estéticas o debido a molestias derivadas de la fricción e irritación mecánica. Las opciones terapéuticas incluyen crioterapia con nitrógeno líquido, ablación con láser de CO₂, electrocauterización y escisión con tijeras o bisturí. La elección del tratamiento depende de factores como el tamaño y la localización de la lesión, las preferencias del paciente y la experiencia del clínico^{8,9}. Adicionalmente, estudios recientes sugieren la posibilidad de asociación entre los acrocordones y la resistencia a la insulina, lo que podría justificar un abordaje integral en pacientes con factores de riesgo metabólico, incluyendo la evaluación de perfiles glucémicos y lípidos en individuos con alta carga lesional¹⁰. El objetivo principal de este trabajo es describir un caso clínico de *molluscum pendulum* localizado en la región plantar, haciendo énfasis en su presentación atípica y los desafíos diagnósticos y terapéuticos asociados. Como objetivos secundarios, se pretende revisar las estrategias terapéuticas disponibles y evaluar su eficacia en el tratamiento de lesiones de gran tamaño.

Caso clínico

En septiembre de 2023, un paciente masculino de 56 años acudió a consulta debido a la presencia de una lesión dérmica de gran tamaño en la superficie plantar del pie derecho. El paciente refirió que la lesión había estado presente durante aproximadamente 3 años, con un inicio posterior a una laceración sufrida mientras se bañaba en un lago. La herida inicial, de aproximadamente 2 cm de diámetro, cicatrizó espontáneamente sin intervención médica, evolucionando mediante cicatrización por segunda intención.

El paciente no tenía antecedentes médicos relevantes. Negaba enfermedades crónicas, diabetes, dislipidemias, ni antecedentes familiares de enfermedades dermatológicas. No presentaba alergias conocidas ni estaba en tratamiento con medicamentos de forma crónica.

Durante la evaluación clínica, se observó una masa nodular bien delimitada de 4 × 4,5 cm en la región metatarsiana, conectada al segundo espacio intermetatarsiano a través de un pedículo. La lesión no presentaba sensibilidad a la palpación ni signos inflamatorios evidentes. Ante sus dimensiones y características morfológicas, se decidió realizar una escisión quirúrgica programada para diciembre de 2023 bajo anestesia local.

Se realizó una ecografía preoperatoria, que evidenció una masa dérmica bien delimitada, hiperecónica, sin compromiso de estructuras profundas. Además, se solicitó analítica preoperatoria con perfil metabólico (glucosa en ayunas, HbA1c, perfil lipídico), cuyos resultados fueron normales. No se realizó biopsia previa dada la morfología típica de la lesión y la ausencia de signos de alarma clínicos o ecográficos.

El procedimiento quirúrgico consistió en la resección completa de la lesión, seguida del cierre mediante un colgajo de avance, diseñado considerando el tamaño de la lesión, la tensión cutánea local y las implicaciones biomecánicas en la zona de apoyo, con el objetivo de minimizar complicaciones postoperatorias.

Se llevó a cabo un bloqueo regional del nervio tibial posterior y peroneo superficial con mepivacaína al 2 % (10 ml). Se administró sedación consciente con midazolam 2 mg por vía intravenosa. Se realizó isquemia con manguito neumático a nivel de tercio distal de la pierna, con presión de 250 mmHg.

Se llevó a cabo escisión completa de la lesión a nivel del pedículo, con ligadura de la vascularización mediante sutura reabsorbible 4/0. La hemostasia se reforzó con electrobisturí monopolar de baja intensidad (Figura 1).

Se realizó una disección por planos con especial precaución para evitar daños a estructuras adyacentes. La lesión fue escindida a nivel del pedículo, asegurando la ligadura del aporte vascular para prevenir sangrado y recidivas. Posteriormente, se llevó a cabo el cierre primario de la zona mediante suturas por planos (cierre por planos con Vycril 3/0 para dermis profunda y nailon 4/0 para piel.), optimizando la estabilidad tisular y favoreciendo una cicatrización adecuada (Figura 2).

La muestra escisionada fue enviada para estudio histopatológico. El estudio macroscópico reportó una lesión nodular pediculada de 4,5 × 4 cm, superficie lisa, coloración marrón clara, consistente al corte, sin necrosis ni hemorragias. Los hallazgos microscópicos incluyeron acantosis epidérmica, hiperqueratosis, papilomatosis leve y proliferación de fibroblastos dérmicos con



Figura 1. Imágenes intraoperatorias.



Figura 2. Imágenes intraoperatorias.

fibras colágenas compactas. La masa presentaba infiltrado linfocitario perivascular moderado compatible con la evolución crónica de la lesión.

El manejo postoperatorio incluyó analgesia con paracetamol 1 g cada 8 h durante 7 días y profilaxis antibiótica con azitromicina 500 mg cada 24 h durante 3 días. Se realizaron curas cada 72 h durante los primeros 10 días, con clorhexidina acuosa, apósito hidrocólicoide y vendaje de protección. La retirada de las suturas se realizó al día 15, y se prescribió el uso de una férula rígida de descarga tipo Darco durante 30 días para facilitar la cicatrización completa de la zona. Tras la retirada de la férula, se recomendó el uso de calzado ortopédico acolchado para minimizar la presión sobre el área intervenida y favorecer la integridad cutánea.

El paciente fue dado de alta definitiva 6 meses después de la cirugía, sin signos de recidiva ni complicaciones postoperatorias. Se realizaron controles periódicos durante un año, concluyendo el seguimiento en enero de 2025. Estos controles incluyeron evaluaciones clínicas de la integridad cutánea y la funcionalidad del pie, asegurando una recuperación óptima y sin secuelas.

Discusión

Los acrocordones, también conocidos como fibromas blandos o *molluscum pendulum*, representan una de las formas más frecuentes de tumores cutáneos benignos, especialmente en individuos de mediana y avanzada edad. Aunque suelen localizarse en áreas de fricción como cuello, axilas o párpados, su presentación en regiones anatómicamente complejas, como la planta del pie —como en el caso descrito—, es extremadamente inusual y representa un desafío clínico tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

En el presente caso, la localización plantar condicionó la elección de una estrategia quirúrgica que tomara en cuenta factores biomecánicos relevantes como la presión y la tensión cutánea en la zona de carga del pie. El uso de un colgajo de avance permitió una cobertura adecuada del defecto, reduciendo la posibilidad de dehiscencias, ulceraciones y trastornos funcionales postoperatorios. La literatura respalda la elección de técnicas quirúrgicas adaptadas a la localización anatómica, especialmente en áreas de alta movilidad o soporte, como se observa en estudios sobre cirugía reconstructiva

va en abdomen péndulo o grandes lesiones cutáneas de miembros inferiores^{10,11}.

Desde el punto de vista etiopatogénico, los acrocordones se han relacionado de manera significativa con trastornos metabólicos, principalmente la obesidad y la resistencia a la insulina. Esta relación está respaldada por evidencia reciente que señala un papel destacado del factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 en la proliferación de fibroblastos dérmicos, proceso clave en la formación de estas lesiones¹². En este caso, la aparición de la lesión posterior a un traumatismo menor podría interpretarse como un fenómeno de “Koebnerización”, donde un estímulo mecánico actúa como detonante en un terreno predispuesto metabólicamente, fenómeno también observado en otras dermatosis.

El trabajo de Hirt y cols.¹³ subraya cómo los cambios cutáneos en pacientes con obesidad van más allá de la simple acumulación de tejido adiposo, involucrando modificaciones en la función barrera, la microcirculación y la proliferación epidérmica. Este marco fisiopatológico ofrece una base comprensiva para entender por qué ciertas personas desarrollan acrocordones múltiples o de gran tamaño. La relevancia de una anamnesis completa y una evaluación metabólica en estos casos es, por tanto, incuestionable. Lamentablemente, en muchos reportes de caso —incluido inicialmente el presente— no se exploran de forma exhaustiva estos antecedentes, lo cual puede limitar una visión integral del paciente.

El estudio histopatológico del tejido resecaado, que reveló acantosis, hiperqueratosis y proliferación fibroblástica, coincide con los hallazgos descritos por Saritas y cols.¹⁴ en su revisión sobre tumores cutáneos benignos, y por Higgins y cols.¹⁵, quienes destacan que la histología de los acrocordones refleja cambios típicos asociados a lesiones de evolución crónica sometidas a fricción constante. A pesar de que el diagnóstico clínico suele ser evidente, en casos atípicos como este —por su localización y tamaño— la biopsia es crucial para descartar otras entidades como el neurofibroma o incluso lesiones malignas con morfología pediculada.

Otro aspecto de interés es el manejo postoperatorio. El uso de férulas para evitar la presión directa sobre la zona intervenida, así como un protocolo de curas cada 48 h con soluciones antisépticas y apósitos hidrocoloides, fue eficaz para garantizar una cicatrización adecuada. La necesidad de protocolos estandarizados en cirugía menor dermatológica ha sido destacada por autores como Graells y cols.¹⁶, quienes observaron que una correcta planificación postoperatoria puede reducir drásticamente complicaciones como infecciones, necrosis parcial o dehiscencia de sutura, especialmente en ambientes extrahospitalarios.

Respecto a la técnica quirúrgica, es relevante señalar que se empleó ligadura directa del pedículo vascular en lugar de electrocoagulación, con el objetivo de preservar la mayor viabilidad tisular periférica. Aunque ambas técnicas son válidas, la elección debe considerar el entorno anatómico, la vascularización y la presencia de estructuras nerviosas adyacentes. Bahce y cols.¹⁷ reportaron un caso similar de acrocordón gigante en el muslo tratado exitosamente con escisión y ligadura, destacando la importancia de un control hemostático efectivo para evitar recurrencias.

En términos de literatura comparada, existe una carencia notable de casos documentados de acrocordones plantares, lo cual limita la posibilidad de establecer patrones clínicos consistentes o protocolos terapéuticos específicos. Sin embargo, estudios como los de Luba y

cols.¹⁸ y Triwatcharikorn y cols.¹⁹ muestran que los cambios en el estado metabólico del paciente —por ejemplo, tras cirugía bariátrica— pueden conducir a la regresión o desaparición espontánea de lesiones cutáneas benignas, incluyendo acrocordones. Esto subraya la necesidad de abordar estas lesiones no solo desde un enfoque quirúrgico, sino también desde una perspectiva sistémica, considerando tratamientos que modifiquen el entorno hormonal y metabólico del paciente.

Finalmente, una limitación en la presentación inicial de este caso fue la escasa documentación fotográfica del seguimiento a largo plazo. La inclusión de imágenes preoperatorias, intraoperatorias y del proceso de cicatrización aportaría un valor didáctico y científico añadido al caso, permitiendo una mejor comprensión de los resultados obtenidos y su evolución temporal. La medicina basada en imágenes constituye una herramienta fundamental en dermatología quirúrgica, tanto para la enseñanza como para la investigación clínica.

En conclusión, este caso clínico destaca una manifestación atípica de *molluscum pendulum* en la región plantar, una localización infrecuente para este tipo de lesiones benignas. La evolución prolongada de la lesión sin síntomas significativos resalta la importancia del diagnóstico diferencial, especialmente en áreas de carga donde las características biomecánicas pueden influir en la presentación clínica y en las opciones terapéuticas. La escisión quirúrgica con cierre mediante colgajo de avance demostró ser una estrategia efectiva para la eliminación completa de la lesión, minimizando el riesgo de recidiva y optimizando la cicatrización. Este enfoque resalta la relevancia de adaptar las técnicas quirúrgicas en función de la localización y las características individuales del paciente.

Contribución de los autores

Concepción y diseño del estudio: JMCM.

Recogida de datos: RRR, SSM.

Creación, redacción y preparación del boceto: RRM, AMRP.

Revisión final: JMCM, RGP.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Fuentes de financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. Ben Hassouna W, Ben Bachouche W, Bouzaïene H, Chargui R, Khomsi F, Habib Mtaalah M, et al. Molluscum pendulum géant du sein. *Ann Dermatol Venerol*. 2007;134:72-8. DOI: 10.1016/S0151-9638(07)88997-6.
2. Choudhary ST. Treatment of unusually large acrochordon by shave excision and electrodesiccation. *J Cutan Aesthet Surg*. 2008;1(1):21-2. DOI: 10.4103/0974-2077.41153.
3. Weedon D. 34 - Tumors and tumor-like proliferations of fibrous and related tissues. En: Weedon D (editor). *Weedon's Skin Pathology*. 3.^a ed. Churchill Livingstone; 2010. p. 809-844.e29. DOI: 10.1016/B978-0-7020-3485-5.00035-8.
4. Banik R, Lubach D. Skin tags: Localization and frequencies according to sex and age. *Dermatologica*. 1987;174(4):180-3. DOI: 10.1159/000249169.
5. Akpınar F, Dervis E. Association between acrochordons and the components of metabolic syndrome. *Eur J Dermatol*. 2012;22(1):106-10. DOI: 10.1684/ejd.2011.1572.
6. Rasi A, Soltani-Arabshahi R, Shahbazi N. Skin tag as a cutaneous marker for impaired carbohydrate metabolism: A case-control study. *Int J Dermatol*. 2007;46(11):1155-9. DOI: 10.1111/j.1365-4632.2007.03287.x.

7. Dharmapuri G, Francis GB, Sivaraman AP. Giant acrochordon of labia majora: An uncommon manifestation of a common disease. *J. Evolution Med. Dent. Sci.* 2016;5(87):6521-2.
8. Al-Dhalimi MA, Al-Janabi MH. Carbon dioxide laser treatment of skin tags. *J Dermatol Treat.* 2007;18(2):94-6.
9. Al-Mutairi N. Associated cutaneous diseases in obese adult patients: A prospective study from a skin referral care center. *Med Princ Pract.* 2011;20(3):248-52. DOI: 10.1159/000323597.
10. Barraya L, Nakpane E. Abdomen molluscum; pendulous abdomen; repair; new umbilicus. *Presse Med (1893).* 1968;76(48):2287-9.
11. Chachava MK, Gotsiridze TI. Plastic surgery in pendulous abdomen. *Vestn Khir Im I I Grek.* 1972;107(1):89-93.
12. Köseoğlu HG, Bozca BC, Başsorgun Cİ, Sarı R, Akbaş SH, Karakaş AA. The role of insulin-like growth factor in acrochordon etiopathology. *BMC Dermatol.* 2020;20(1):14. DOI: 10.1186/s12895-020-00111-0.
13. Hirt PA, Castillo DE, Yosipovitch G, Keri JE. Skin changes in the obese patient. *J Am Acad Dermatol.* 2019;81(5):1037-57. DOI: 10.1016/j.jaad.2018.12.070.
14. Saritas S, Tekin HG, Høgsberg T, Hölmich LR, Juel J. Benign skin tumours. *Ugeskr Laeger.* 2022;184(29):V10210786.
15. Higgins JC, Maher MH, Douglas MS. Diagnosing common benign skin tumors. *Am Fam Physician.* 2015;92(7):601-7.
16. Graells J, Espinola A, Barrio C, Muñoz MD, Román A, Parellada N. Cirugía menor ambulatoria dermatológica y crioterapia. Estudio comparativo entre un dermatólogo y médicos de familia. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98(3):171-7. DOI: 10.1016/S0001-7310(07)70041-8.
17. Bahce ZS, Akbulut S, Sogutcu N, Oztas T. Giant acrochordon arising from the thigh. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2015;25(11):839-40.
18. Luba MC, Bangs SA, Mohler AM, Stulberg DL. Common benign skin tumors. *Am Fam Physician.* 2003;67(4):729-38.
19. Triwatcharikorn J, Itthipanichpong Y, Washrawirul C, Chuenboonngarm N, Chongpison Y, Udomsawaengsup S, et al. Skin manifestations and biophysical changes following weight reduction induced by bariatric surgery: A 2-year prospective study. *J Dermatol.* 2023;50(12):1635-9. DOI: 10.1111/1346-8138.16951.