



CALLOSIDAD TALAR: ENTIDAD COMÚN POCO RECONOCIDA.

M^o Isabel Alaejos Pérez, María Moreno Barrero, Teresa Fuente Yarnoz, Raquel Pérez Lázaro, Beatriz Bañares González, Ariadna Barceló Poch, Esther Martín Sáez, Blanca Esther Viñuela Rueda

Hospital General Río Carrión. Palencia.

1. OBJETIVO DOCENTE

- Dar a conocer esta patología y ayudar al radiólogo a reconocer los hallazgos radiológicos característicos de la misma, así como las entidades con las que se debe plantear el diagnóstico diferencial, entre ellas el granuloma anular.

2. REVISIÓN

- La callosidad talar es un tipo de callosidad nodular, entidad que se produce como consecuencia de una presión mantenida en determinadas zonas cutáneas, en nuestros casos la etiología fue un hábito postural anómalo, aunque se puede dar en otras circunstancias. Se presenta como una placa sobreelevada de color violáceo, generalmente asintomática e histológicamente se caracteriza por un aumento de colágeno que conlleva a la formación del nódulo. El tratamiento se basa en la eliminación del agente que lo produce.
- En nuestro servicio, se ha visto un incremento en el número de casos de callosidades talaras diagnosticados sobre todo en la población pediátrica, como consecuencia del confinamiento que tuvo lugar durante el año 2020, y el hábito postural de los niños durante el mismo.

- Las callosidades talares son lesiones producidas por **hábitos posturales**, o bien por una agresión mantenida por presión, contusión o fricción.
- Todos nuestros casos eran **niños** que se sentaban con las **piernas cruzadas**, aunque también se pueden observar en la práctica del yoga o incluso en determinadas culturas por la posición adquirida durante el rezo.
- Como consecuencia de la pandemia por el **SARS-CoV-2** y el confinamiento durante los primeros meses, los colegios cerraron sus puertas y los niños pasaron más tiempo en casa. Por este motivo, y aunque es difícil de demostrar, al permanecer más tiempo en casa, los niños disminuyeron su actividad física y aumentaron el sedentarismo, observando en nuestro servicio un **aumento** significativo del número de casos de callosidades nodulares localizadas en el dorso del pie por este hábito postural.

- El trauma mecánico crónico a la piel ocurre de una gran variedad de formas, produciendo **diferentes** tipos de **efectos** en la piel. Dependiendo de la acción, la piel responde de diferente modo, dando lugar a distintas entidades como la liquenificación, hiperqueratosis, etc.
- El mecanismo de producción es consecuencia del estímulo físico continuo que conlleva al aumento de producción de **colágeno** en dicha zona y por lo tanto a la formación de un nódulo.
- En su formación intervienen otras circunstancias como los **factores constitucionales**, ya que el mismo estímulo produce efectos distintos dependiendo de organismo.
- Incluso en algunos casos, su etiología no está en relación con acciones repetitivas, si no que son consecuencia de **prominencia ósea** de la zona, y actuarían como un estímulo interno.

- Estas lesiones tienden a localizarse en regiones donde la **capa córnea** presenta un **mayor grosor**.
- La localización más típica es en la **cara anterolateral del dorso del pie**, que en nuestros casos coincidía con la prominencia ósea lateral de la cara articular posterior del astrágalo.
- Se pueden ver también en el **maléolo lateral ipsilateral**, en la base o cabeza del **quinto metatarsiano** y en otras **prominencias óseas** del pie.

- A la exploración física se visualiza en el maléolo externo del tobillo una **placa** ligeramente **sobreelevada**, de bordes bien **definidos**, con aumento de la **pigmentación** adquiriendo un tono violáceo. (Figura 1 y 2)
- Presenta un tamaño generalmente de **2 a 2,5 cm** de diámetro y pueden ser **unilaterales** o **bilaterales**, siendo en este último caso asimétricas y más prominentes en un pie.
- Las callosidades nodulares consecuencia del hábito postural suelen ser **asintomáticas**, lo que conlleva su **largo tiempo** hasta que se consulta con el médico y se llega a un diagnóstico.



Figura 1: En ambas imágenes se visualiza una placa sobreelevada de bordes bien definidos y pigmentada en la cara anterolateral del dorso del pie. En el caso de la imagen B, es bilateral siendo más llamativa en el pie izquierdo.



Figura 2: En este caso visualizamos las callosidades en otras localizaciones como en la base del quinto metatarsiano y en el maléolo externo, aparte de la localización típica en la cara anterolateral dorsal del pie.

- En cuanto al estudio **histopatológico** se observa una **aumento** de las **fibras de colágeno** dérmico tanto en densidad como en el grosor de las mismas, adquiriendo una disposición vertical en dermis papilar. Asocia una epidermis acantopapilomatosa e **hiperqueratosis compacta** con un **escaso infiltrado inflamatorio**.
- Las fibras de **colágeno** presentaban características de **tinción normales**, en contraposición con las elásticas que presentan una disposición irregular, mostrándose disminuidas y adelgazadas.
- El **diagnóstico** es **clínico**, y la biopsia generalmente no es necesaria para establecer el diagnóstico. Las pruebas de **imagen** son útiles para **descartar otras etiologías** más agresivas, y que presentan un peor pronóstico.
- El **diagnóstico diferencial** se debe realizar con el granuloma anular y con otras lesiones como psoriasis, liquen crónico simple, etc.

- **ECOGRAFÍA:** Mediante ecografía se identifica en la región anterior y lateral dorsal del pie, un área de **engrosamiento y disminución** de la **ecogenicidad** en el tejido celular subcutáneo sin lesiones nodulares ni quísticas adyacentes. Dicha lesión no presentaba vascularización interna.
(Figura 3, 4 y 5)
- **RM:** Se visualiza como un área de engrosamiento y **disminución de la intensidad** de los planos subcutáneos, sin evidencia de colecciones.
(Figura 6 y 7)
- En todos nuestros casos estaban localizadas **superficiales al tendón extensor largo de los dedos**. Este tendón mantiene unas características normales y es simétrico respecto al lado contralateral, sin visualizar signos de tenosinovitis.

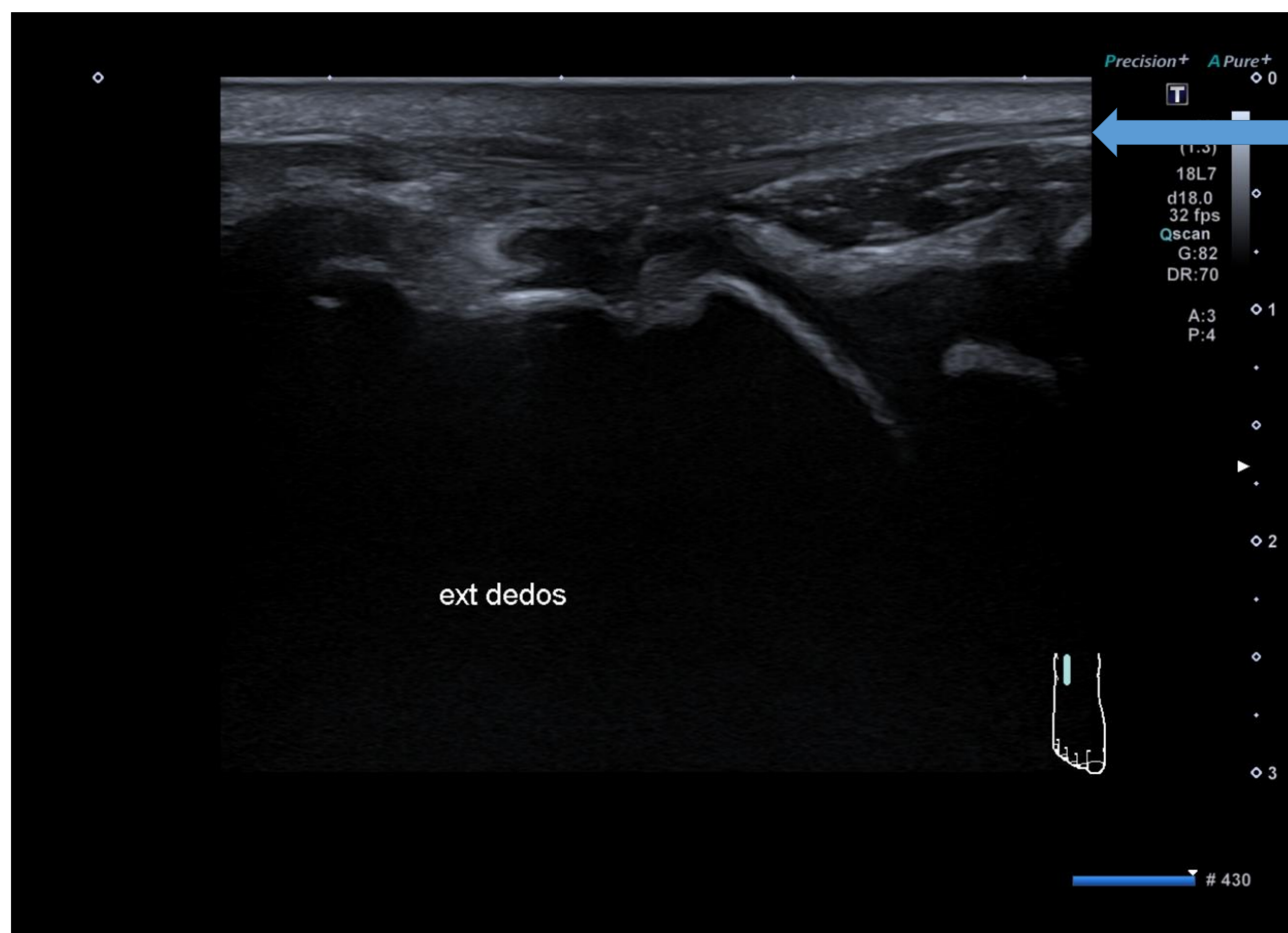
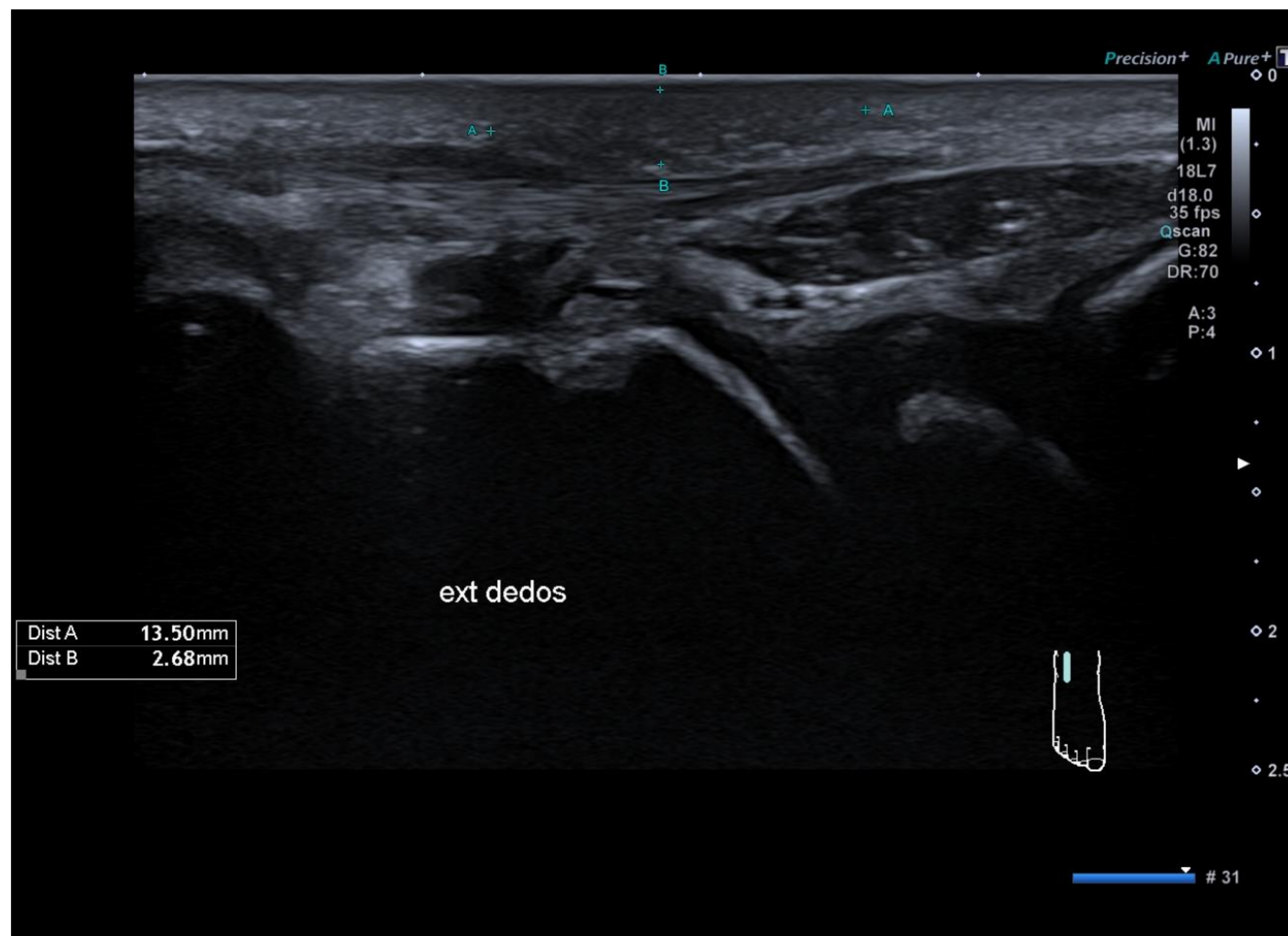
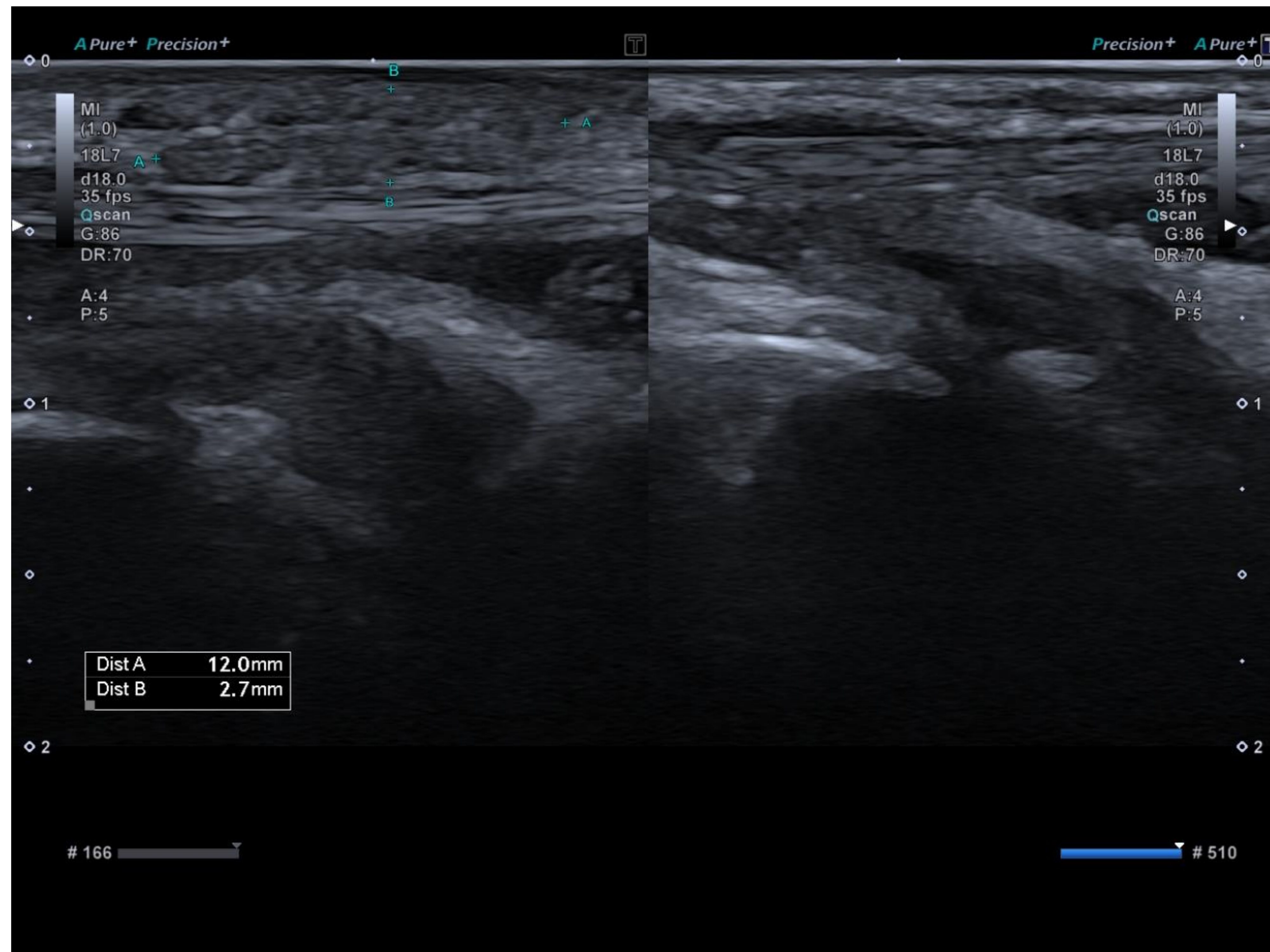


Figura 3: Se visualiza área de bordes mal definidos hipoecogénica en el tejido celular subcutáneo. En profundidad se encuentra el tendón del extensor largo de los dedos, con una ecoestructura conservada.

A



B

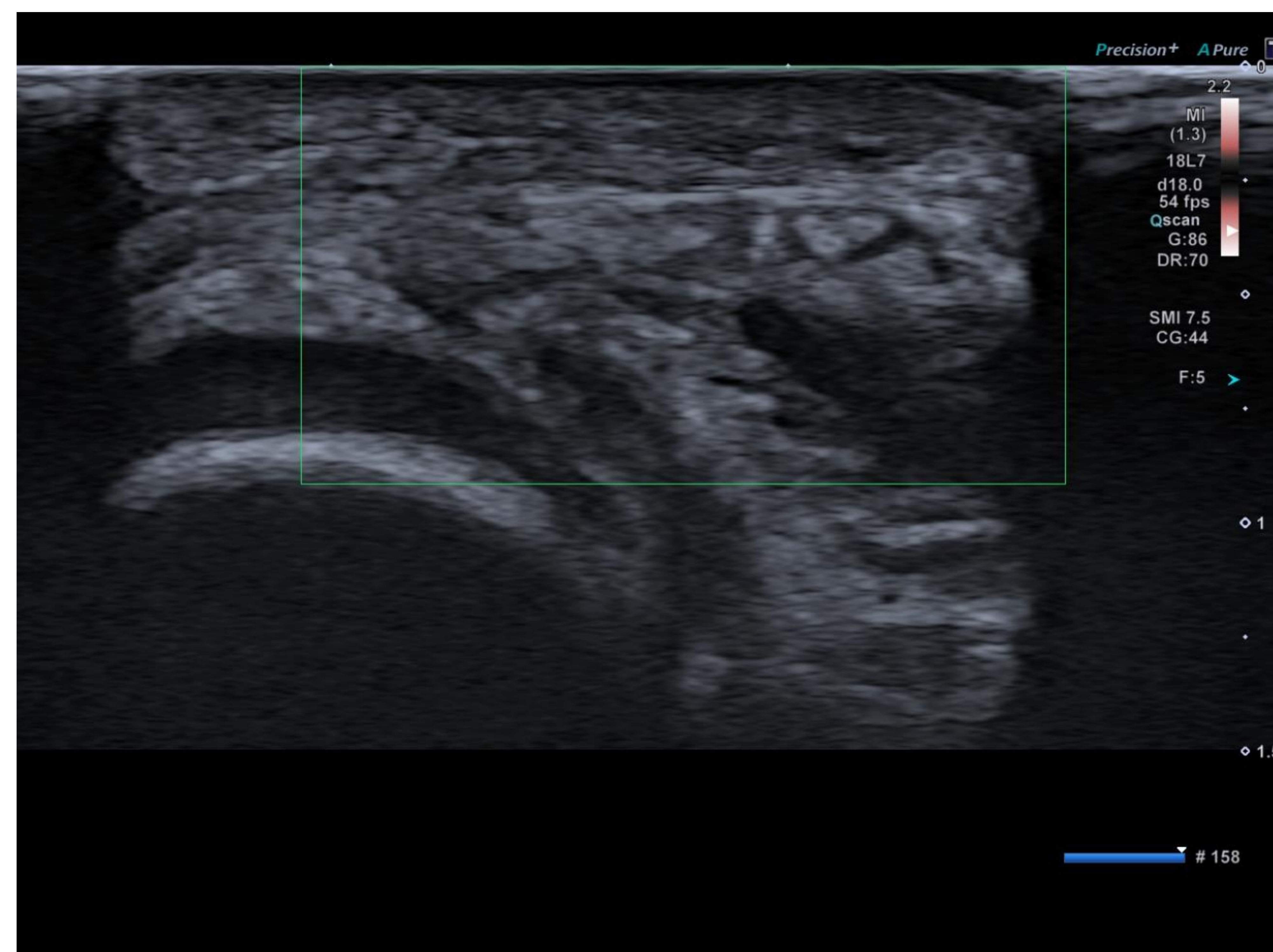


Figura 4: En la imagen A visualizamos la callosidad talar como un área de engrosamiento hipoecogénico en el tejido celular subcutáneo comparativamente con el lado contralateral sano. En la imagen B (ecografía Doppler) no se observa un aumento de la vascularización en la lesión.

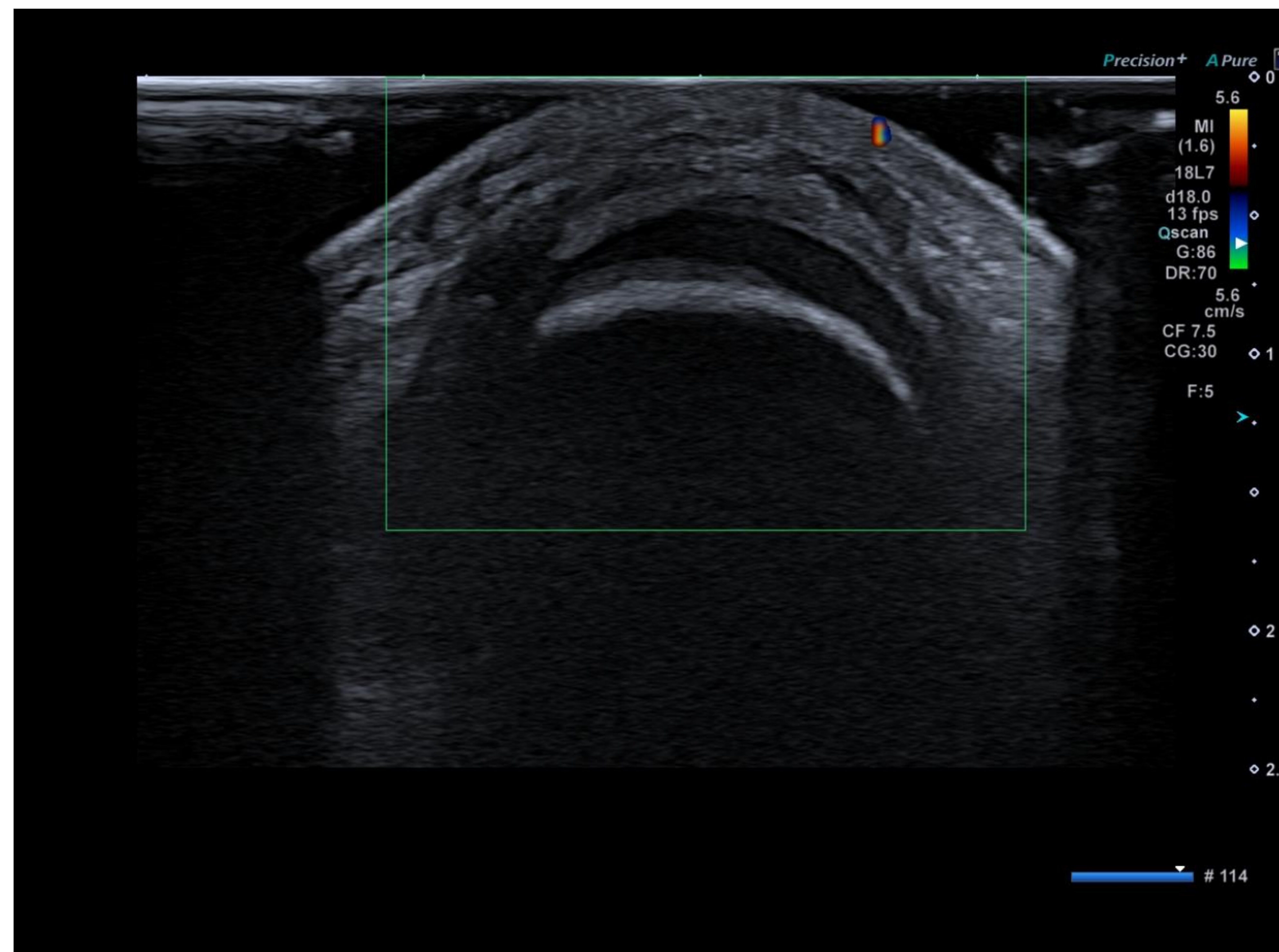
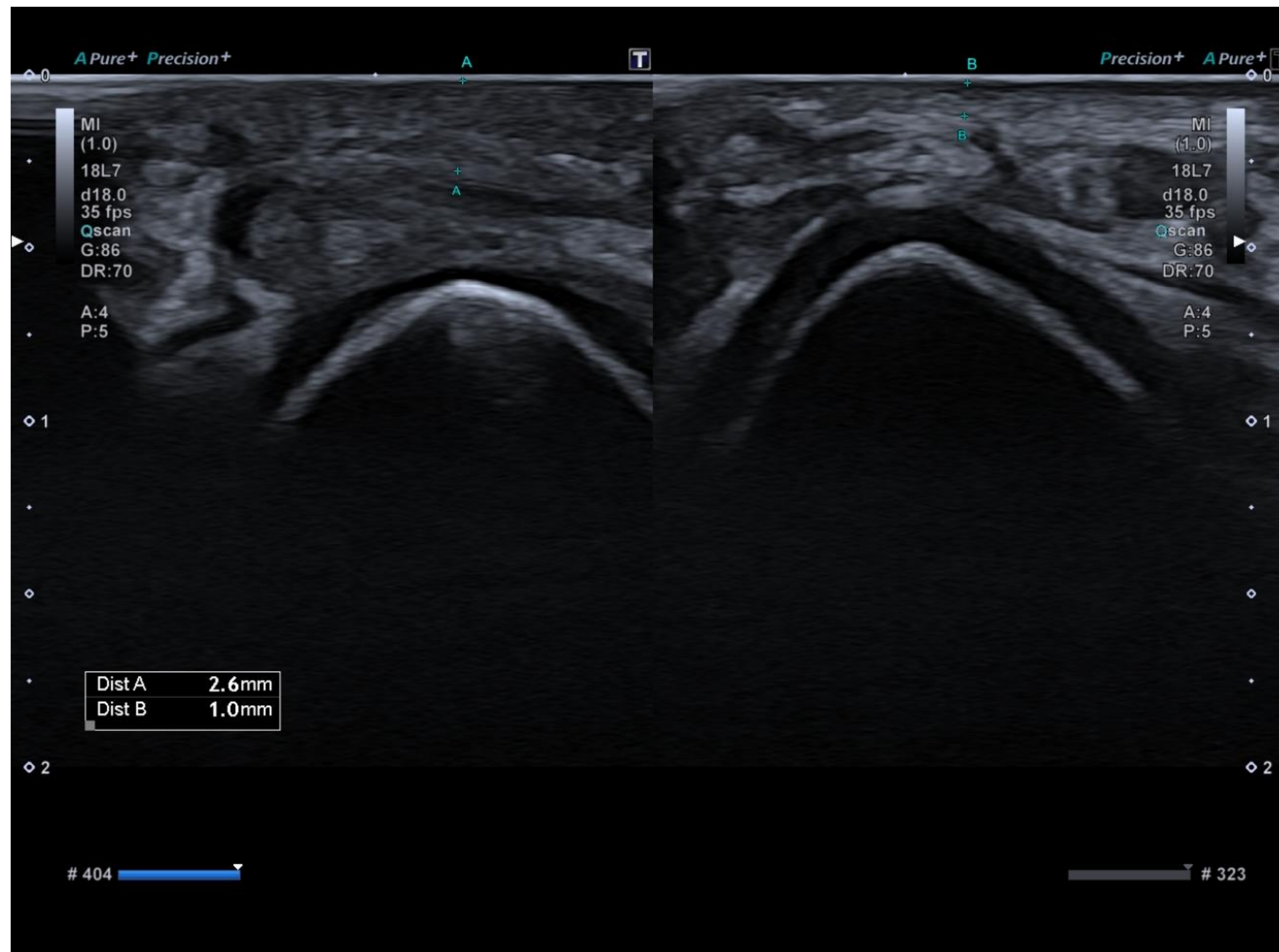


Figura 5: En ecografía (imagen A) se visualiza engrosamiento del tejido celular subcutáneo comparativamente con el lado contralateral. En la imagen B con ecografía Doppler no se visualiza un incremento de la vascularización.

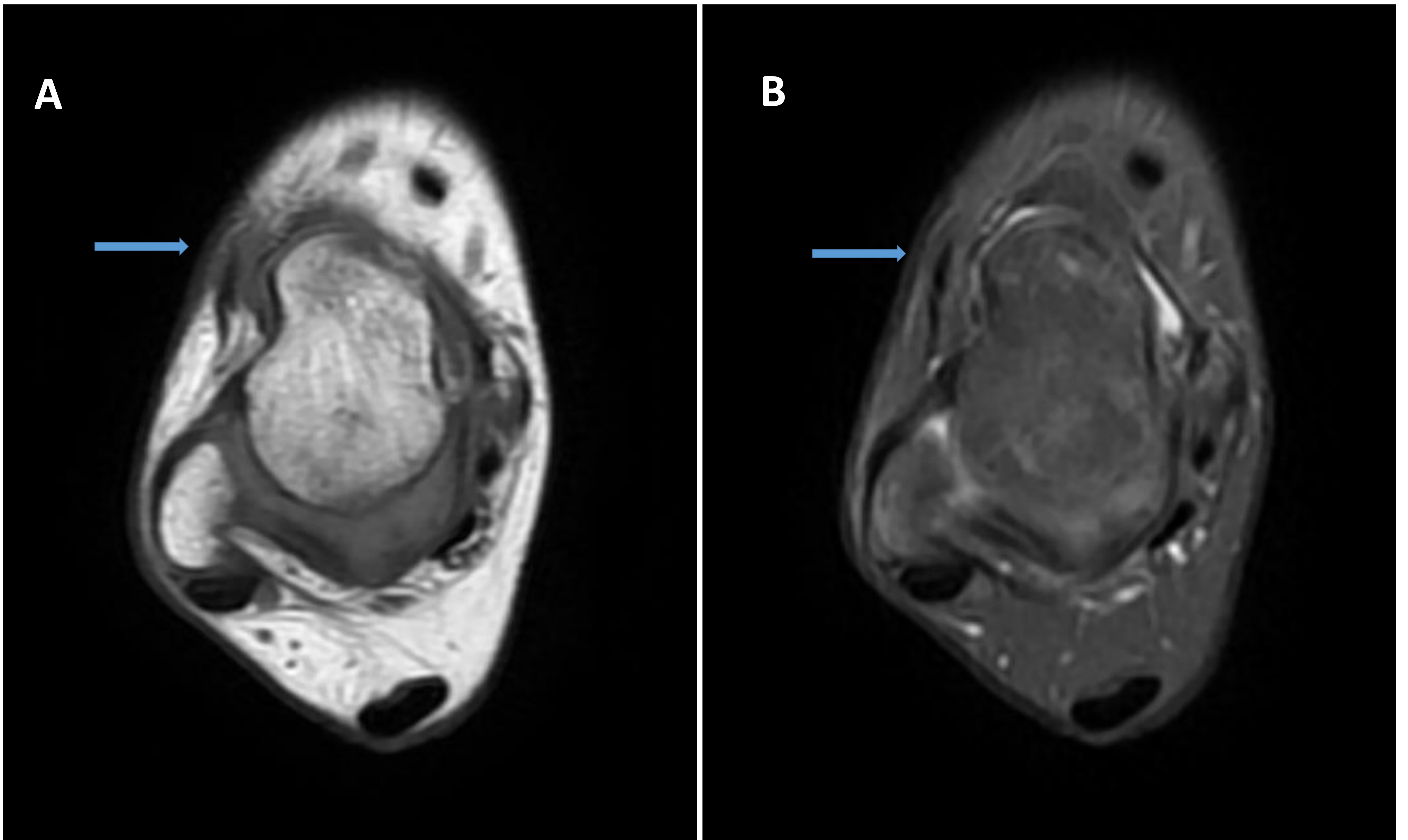


Figura 6: Cortes axiales de RM potenciada en T1 (imagen A) y con saturación grasa (B): En la región anterolateral del dorso del retropie derecho se visualiza un área de engrosamiento y disminución de la intensidad, sin evidencia de lesiones sólidas o quísticas subyacentes ni colecciones de partes blandas. En profundidad a estos hallazgos se visualiza el trayecto del tendón extensor largo de los dedos, el cual mantiene unas características normales.



Figura 7: Corte coronal de RM potenciada en T1. Callosidad talar visualizada como un área mal definida hipointensa en el tejido celular subcutáneo.

- El **tratamiento es higiénico-postural**, eliminando aquellos hábitos que han originado la lesión.
- La **resección no está indicada** en un inicio por la alta tasa de recidiva y por la respuesta favorable cuando se elimina el hábito postural.
- Otras opciones de tratamiento son el uso de **agentes queratolíticos** como el ácido salicílico o la urea.

3. CONCLUSIONES

- La importancia de las técnicas radiológicas, especialmente la ecografía y la resonancia, para el correcto diagnóstico, y para descartar otras entidades que requieren otro tipo de tratamiento

4. REFERENCIAS

- Verbov JL, Monk CJ. Talar callosity—a little recognized common entity. Clin Exp Dermatol 1991;16:118-20.
- Luna-Bastante, L., López Negrete, E., Alonso Naranjo, L. et al. Sonography of a case series of talar callosities. J Ultrasound (2022). Journal of Ultrasound (2022)
- Samitz MH. Repetead mechanical trauma to the skin: occupational aspects. Am J Ind Med 1985; 8:265-71.
- De Gálvez Aranda MV, Sánchez Sánchez P, Bosch García RJ, Cabra de Luna B, Herrera Ceballos E. Callosidades nodulares en dorso de pie por hábito postural. Med Cutan Iber Lat Am 2003; 31(4): 263-265)
- Verma SB, Wollina U (2008) Callosities of cross legged sitting: “yoga sign”—an under-recognized cultural cutaneous presentation. Int J Dermatol 47:1212–1214