

ENFERMEDAD DE AINHUM

PRESENTACION DE UN CASO Y REVISION DE LOS UNICOS CINCO CASOS CONOCIDOS POR NOSOTROS REPORTADOS EN LA LITERATURA MEDICA DOMINICANA.

- * Dr. Adalberto Liranzo
- * Dr. José de Js. Jiménez O.
- * Dr. Juan González Bueno
- * Dr. Víctor Silva.

ENFERMEDAD DE AINHUM (DACTILOLISIS ESPONTANEA)

A PROPOSITO DE UN CASO.

Esta curiosa enfermedad, que con rarísimas excepciones es exclusiva de la raza negra, consiste primariamente en la aparición de un plano-frontal a la dirección del dedo afectado de una depresión lineal y anular, y más tarde, de un surco profundo, a evolución crónica desde su comienzo, que ahonda constriñiendo los tejidos fatal y progresivamente de modo paulatino, en la base del quinto dedo del pie, el cual si no se interviene, termina por la amputación espontánea en el curso de los años.

Con menos frecuencia, se trata del cuarto dedo, y excepcionalmente del tercero o de alguno de los otros dedos del pie.

SINONIMIA

La palabra Ainhum, se deriva del vocablo Yoruba que significa ASERRAR o CORTAR, en la lengua de los Najos, quiere decir LIGADURA CONSTRICTORA. El nombre correcto sería Dactilolisis espontánea. En el Sudán, la afección es llamada BANKO KERENDE y FADDIDITE en Madagascar; en la India SUKHA PAKCA, que significa Supuración seca.

DATOS HISTORICOS

Se ha suscitado controversia en cuanto a la prioridad de quien fue el primero que descubrió la enfermedad. Unos se la atribuyen a Da Silva, médico brasileño que publicó

su primera relación en 1852, introduciendo al mismo tiempo el término indígena de Ainhum. Otros se la dan a Clarke quien en 1860 llamó la atención sobre una "gangrena seca" del quinto dedo del pie en los negros de Costa de Oro.

La verdad es que Da Silva, publicó dos relaciones sobre el mismo asunto, una en 1852 y la otra en 1867, relatando en este último una estadística de 50 casos.

Después de estas fechas, aparecieron numerosas observaciones de casos de la enfermedad, tanto en el Viejo como en el Nuevo Mundo. En 1939, Sprinzig de los Estados Unidos, relata 3 casos, y en 1941 Davis y Hower en Inglaterra reportaron otro caso.

En nuestro país, sólo se ha tenido noticias de algunos casos, 5 de los cuales fueron publicados en 1946 por el Doctor José de Jesús Jiménez Almonte.

DESCRIPCION Y SINTOMATOLOGIA DE LA ENFERMEDAD.

En general, escasas o ninguna sintomatología generalizada o localizada acompañan a la enfermedad. Sin embargo, en ciertos casos puede haber dolor local, el cual puede ser tan intenso que obligue a intervenir quirúrgicamente. Estos dolores, cuando existen, se han atribuido a lesiones neuríticas acompañadas a veces de abolición de los reflejos rotulianos y plantares. Se ha señalado en algunos pacientes una disminución de la sensibilidad en el dedo afectado lo que explicaría en esos casos la falta de sintomatología local. Algunos casos presentan como sintomatología inicial dolor en las caderas los cuales podrían llegar a ser tan intensos que le impiden la marcha a los pacientes, dormir y hasta comer.

La enfermedad comienza por una depresión lineal y circular en la parte interna del surco digito plantar del quin-

(*) Médicos en el ejercicio de la profesión. Santiago, R.D.

to dedo de uno o de ambos pies, extendiéndose progresivamente por sus caras laterales y superior, invadiendo primero, los tejidos superficiales y más tarde los profundos inclusive huesos, que de no intervenir se acaba por ser cortado espontáneamente en el curso de los años.

Hay quienes han podido sorprender la lesión inicial, aunque negada por otros, como una pequeña ulceración en el fondo del surco dígito plantar antes mencionado.

Hacia el final de la enfermedad, la que desde el comienzo sigue una marcha manifiestamente crónica y lenta, puede aparecer una ulceración en el fondo del surco, comúnmente muy dolorosa, producida por la exagerada movilidad del dedo que bambolea continuamente durante la marcha a pie del paciente.

Esta rara afección, abandonada a sí misma dura alrededor de 10 años, y aún más, si la caída del dedo no es apresurada por una ligadura apretada o si el paciente no cercena de un tajo el pedículo de unión al pie.

El surco aparece algunas veces al nivel de la articulación metatarso falángica; otras, un poco más abajo como es nuestro caso. La extremidad distal del dedo aumenta de volumen por infiltración edematosa y adiposa de los tejidos; se vuelve globuloso pareciéndose a una patata o a una oliva, como dijo Da Silva, a una cereza a una aceituna, a un cajuil, a un trompo, etc. Pueden afectarse simultáneamente ambos lados o varios dedos de un mismo pie; pero lo frecuente es que se trate solamente de uno, y en un 90% de los casos es el quinto dedo el preferido por la enfermedad.

El dedo deforme e hipertrofiado puede conservar su dirección normal; pero cuando el surco constrictor asienta a nivel de su cara interna y ha seccionado el hueso, los tendones que se insertan en su cara externa tiran del dedo hacia afuera, aumentando con este motivo las molestias cuando los pacientes marchan a pie.

En los últimos períodos de la dolencia, cuando ya los tejidos han sido seccionados casi completamente, el dedo cuelga de un fino pedículo fibroso que lo conecta al pie. Es interesante hacer notar que a pesar de la escasa irrigación sanguínea en los casos avanzados, en muy raras ocasiones se ha notado la gangrena del segmento del dedo afectado.

DESCRIPCION CLINICA DE NUESTRO CASO:

Pte. sexo masculino de 68 años de edad, raza negra, agricultor, procedente de Rancho Viejo, La Vega, el cual fue ingresado vía Emergencia del H.R.U.J.M.C.B. Es robusto, de 5'9" de estatura y de 156 libras de peso.

Entre sus antecedentes es importante señalar la extirpación de quiste de grasa del cuarto dedo; paludismo en varias ocasiones, tratado; blenorragia en una ocasión, tratada. Fuma 10 cigarrillos/día por más de 40 años; café 3 tazas por día/más de 40 años. Antecedentes familiares sin importancia, aclarando que ninguno de sus familiares ha padecido la enfermedad.

Refirió el paciente que hace aproximadamente 25 años se le inició la enfermedad con un pequeño surco bilateral

con aparición posterior de dolor intenso en ocasiones, no irradiado y sin ninguna otra sintomatología acompañante.

La afección fue progresando, así como se fue intensificando el dolor en ambos pies, el cual era tan fuerte en ocasiones que le impedía caminar, calzarse y a veces dormir, irradiándose el dolor a todo el pie.

Hace aproximadamente 10 años, empezó a notar el crecimiento de pequeñas costras sobre el anillo constrictor interfalángico del quinto dedo de ambos pies, dolorosas, no pruriginosas, las cuales se descamaban por sí solas o cuando el paciente se las desprendía, quedando al descubierto lesiones ulceradas no exudativas, las cuales se iban haciendo cada vez más profundas, a la vez que se acentuaba el dolor y notaba que la porción distal al surco estrangulador se iba abombando cada vez más a medida que avanzaba el tiempo.

En las últimas 6 semanas el dolor se acentuó más por lo que no podía calzarse y además casi no podía caminar por lo que acudió a este centro donde se decidió su ingreso.

EXAMEN FISICO:

TA - 125/80mm.Hg

FC - 74/m.

FR - 16/m

Temp. - 37°C



Figura No. 1



Figura No. 2

Consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, en buen estado general y no luce enfermo.

—Cabeza: ojos con arco lipoideo bilateral - prótesis dentaria total.

—Cuello: pulsos carotídeos presentes; no adenopatías.

—Tórax: simétrico, buena expansión. Corazón normorítmico no soplos; pulmones con frémito vocal y murmullo vesicular normal.

—Abdomen: ligeramente globoso a expensa de tejido adiposo, peristalsis presente, no visceromegalia ni dolor.

—Extremidades Superiores: sin alteraciones.

—Extremidades Inferiores: buen desarrollo osteomuscular. A nivel del quinto dedo de ambos pies, existe un surco circular que casi separa la segunda de la tercera falange, con engrosamiento marcado de la piel a nivel del arco estrangulador e hiperpigmentación del mismo en relación con la piel circundante; en el dedo derecho el surco es menos profundo; en ambos pies, el dedo permanecía en su dirección normal. Ambos surcos son hiperqueratósicos, duros y no dolorosos a la presión; la porción distal al anillo estrangulador había aumentado de volúmen y se parecía bastante a una aceituna, teniendo forma globulosa; las uñas no estaban alteradas en los dedos afectados. La planta de los pies estaban recubiertas por una gruesa capa córnea; la sensibilidad y los reflejos estaban conservados.

—Neurológico: no rigidez de nuca; pares craneales no alterados; sensibilidad conservada; reflejos osteotendinosos 2/5 fuerza muscular 5/5; reflejo cutáneo plantar presente; fondo de ojo con retinopatía grado 1.

—Laboratorio: las pruebas de laboratorio, incluyendo el EKG y la radiografía de tórax P-A, estaban dentro de límites normales. La radiografía de ambos pies, reveló anillo compresivo sobre los tejidos blandos los cuales estaban totalmente estrangulados, con deformidad ósea por osteoporosis del quinto dedo del pie izquierdo con erosión del hueso en casi toda su circunferencia. El quinto dedo del pie derecho, no estaba afectado el hueso, aunque sí había estrangulación de los tejidos blandos con abombamiento de la porción distal al anillo fibroso.



Figura No. 3

TRATAMIENTO QUIRURGICO:

Bajo anestesia regional se realizó amputación bilateral del quinto dedo a nivel de la articulación metatarso falángica.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

El aspecto de la lesión es tan característico que generalmente no da lugar a confusión con cualquier otra enfermedad semejante. El surco, la consistencia lipomatoso del dedo, su existencia en el quinto dedo, la marcha crónica del proceso y el hecho de aparecer en un representante de la raza negra no dejaron lugar a dudas sobre la verdadera entidad de la afección.

La lepra mutilante en algunos casos se ha prestado ha confusión con el verdadero Ainhum. Aquella es fácil de descartar buscando sus estigmas y localizando el bacilo de Hansen en las lesiones el cual nunca aparecen en el Ainhum. Además, de esto, los signos radiológicos entre una y otra son característicos y diferentes: en la lepra los contronos óseos están esfumados y las lesiones de osteítis son generalizadas, mientras que en el Ainhum sucede todo lo contrario, donde los contornos óseos son precisos y la osteítis localizada.

PRONOSTICO:

Nunca se han visto complicaciones desde el punto de vista general. Los enfermos una vez librados de la dolencia espontánea o quirúrgicamente no suelen acusar ningún trastorno adicional como ha sucedido con nuestro caso.

TRATAMIENTO:

Desarticulación metatarso-falángica del dedo o de los dedos enfermos.

CONCLUSIONES:

- 1.- Esta enfermedad, rara en la República Dominicana, es más frecuente en hombres, como es el caso actual.
- 2.- Como en este caso, la enfermedad es exclusiva de la raza de color.
- 3.- A pesar de existir anillo constrictor que comprometía bilateralmente tejidos blandos, sólo en el pie izquierdo había compromiso óseo.
- 4.- La afección ósea presentada, consistía solamente en osteoporosis en el pie izquierdo confirmada por Rx.
- 5.- A pesar de la escasa irrigación, no se presentó necrobiosis en ningún momento.
- 6.- El síntoma característico y clásico en nuestro caso fue el dolor, como en todos los casos de Ainhum.
- 7.- El tratamiento medicamentoso no logró ninguna mejoría en este caso.
- 8.- El tratamiento empleado fue quirúrgico, consistente en la desarticulación metatarsofalángica de los dedos afectados.
- 9.- No ocurrieron complicaciones posteriores a la cirugía.
- 10.- La afección se presentó bilateralmente aunque con mayor intensidad en el pie izquierdo.

Vamos ahora a revisar someramente los únicos cinco casos conocidos por nosotros reportados en la literatura Médica Dominicana, trabajo publicado por el Dr. José de Jesús Jiménez Almonte en el Boletín de la Asociación Médica de Santiago, Volumen 4 - Junio 1946 - No. 2.

A continuación dichos casos:

Caso No. 1. R. G. de 60 años de edad, sexo femenino, de pura raza negra, sin hijos, procedente de Monte Adentro, Santiago. Examinada el 11 de diciembre de 1944. Refirió que hacía cinco años que había notado la aparición de un fino surco a nivel de la primera falange del quinto dedo del pie derecho el cual muy lentamente se fue acentuando hasta alcanzar el hueso. Todo esto acompañado de dolor en la zona. Como tratamiento fue amputado el dedo. La radiografía del quinto dedo del pie izquierdo, en apariencia sano, mostró cambios incipientes de osteoporosis.

Caso No. 2. L. P. de 45 años de edad, masculino, de Palmarito, sección de Salcedo. Ingresado al Hospital José María Cabral y Báez de Santiago el 19 de febrero de 1946 por una afección dolorosa del quinto dedo del pie izquierdo. Delgado, de color indio, hijo de madre blanca y padre negro. A los pocos meses de nacido un hacha le cayó sobre el quinto dedo del pie izquierdo cercenándose por la mitad. El dedo cicatrizó perfectamente dejando un muñón desprovisto de uña. Nunca experimentó molestia hasta 1936 mas o menos cuando apareció muy lentamente un surco circular en la base de dicho muñón el cual se acompañó de dolor a medida que se instalaba el proceso.

En radiografía que se le practicó pudo verse la falange y la falangina atacadas de osteoporosis típico. El tratamiento consistió en desarticulación metatarso-falángica del dedo afecto.

Caso No. 3. J. S. negro de 30 años procedente de nuestra capital. Agricultor, masculino. Dedo pequeño del pie derecho extrangulado con dolor. Hay que señalar que tanto en este paciente como en los demás, todos los exámenes de laboratorio han sido normales con reacción de Kahn negativa.

Caso No. 4. Diciembre de 1944. L. L. G. negro, masculino, 45 años, agricultor, haitiano, diagnóstico: Ainhum en dedo pequeño del pie derecho, reacción de Kahn negativa.

Caso No. 5. Septiembre 1940. M. P. negro, masculino, agricultor, 45 años, reacción de Kahn negativa. Ainhum en dedo pequeño del pie derecho.