

HOSPITAL PEDIATRICO DOCENTE
"GENERAL PEDRO AGUSTIN PEREZ"
GUANTANAMO

**DACTILOSIS ESPONTANEA (AINHUM).
INFORME DE UN CASO**

Dra. Ana Luisa Rojas Labitte¹, Dra. Nancy Esther Mora Castillo², Dra. Selmary Hernández Del Pino.³

RESUMEN

Se muestran los resultados de un estudio de caso diagnosticado como dactilosis espontánea (ainhum) en paciente joven, que evoluciona hace alrededor de 10 años. Se diagnostica la enfermedad en el paciente a través de resultados de interrogatorio, examen físico y estudios anatomopatológicos. Se realiza tratamiento quirúrgico de lesión y se realiza seguimiento del paciente mejorado por consulta dermatológica.

Palabras clave: AINHUM/diagnóstico; AINHUM/cirugía.

INTRODUCCION

La dactilosis espontánea es descrita por primera vez por Messun en 1821, luego Clarke lo describió entre indígenas de la Costa de Oro africana como una gangrena seca del dedo pequeño del pie y, finalmente, Da Silva Lima (1877) lo bautizó con el nombre de (ainhum) que en el dialecto brasileño yoruba significa limar, aserrar.¹

Se define al ainhum como una banda constrictiva que rodea, por lo común, al quinto dedo del pie, determinando la pérdida espontánea del mismo, a diferencia del pseudoainhum; proceso similar pero secundario a una enfermedad primaria como la lepra, esclerodermia y otras.

¹ *Master en Enfermedades Infecciosas. Especialista de I Grado en Dermatología. Instructor.*

² *Master en Enfermedades Infecciosas. Especialista de II Grado en Dermatología. Profesor Auxiliar.*

³ *Master en Enfermedades Infecciosas. Especialista de I Grado en Dermatología. Asistente.*

PRESENTACION DEL CASO

Escolar R.E.R. de 14 años, de procedencia rural, que a los 5 años ingresa por dolor a nivel del grueso artejo de pie derecho acompañado de aumento de volumen y coloración pardo negruzca, refiere el padre que fue producto a un trauma; se decide en esa ocasión llevarlo al salón y realizar biopsia (B-94-9, 24/1/94), se informa osteomielitis crónica. Posteriormente, ingresa a los tres meses (16/6/1994) por lesiones simétricas en ambos pies con úlcera del grueso artejo izquierdo en región plantar, además, aumento del quinto artejo (pie izquierdo con deformidad y secreciones). A finales del mismo año (26/12/94) vuelve a ingresar por afección en ambos pies.

Se decide el ingreso al no haber mejoría clínica, además de: grueso artejo del pie derecho, aumento de volumen y quinto artejo acortado con secreciones en pie izquierdo, primer artejo con uña infectada, amarillenta y fétida. Desde el año 1999 presenta úlceras plantales que a pesar del tratamiento médico impuesto no mejoraba.

En diciembre de 2002 ingresa nuevamente en el servicio de ortopedia por presentar aumento de volumen de ambos pies, deformidad, abundantes secreciones con marcada fetidez, que impresiona gangrena. La madre refiere que el niño ha mejorado después que lo llevaron al salón (28/1/2003) ya se le sanó la úlcera en pie izquierdo y que el niño camina sin aquejar dolor con marcha en puntilla de pie. Refiere sentirse bien, no tiene calambres, dolores articulares ni malestar general, y que solo se siente los pies si los aprieta intensamente. No otra sintomatología

Examen físico

Piel: Presenta a nivel de codos y rodillas lesiones liquenificadas o hiperpigmentadas (aterciopeladas). A nivel del dorso de ambas manos y cara anterior de ambas piernas presenta en la piel xerodermia, escamosa y con áreas hiperpigmentadas, cicatrices y trastornos de sensibilidad.

Pies: Deformados, con fisuras (Figura 1).

Pie derecho: Deformidad y acortamiento, desorganización de artejos (2, 4 y 5), mutilación del primero y tercero. Úlcera plantar en tercio medio con tejido de granulación útil, limpia. Lesiones tróficas cicatrizadas (Figura 2).

Pie izquierdo: Deformidad y acortamiento, mutilación (1, 2 y 5 artejo), cuarto artejo deformado con lesión en su tercio medio en forma de anillo fibroso que rodea todo el artejo, tercer artejo de características normales (Figura 3).

Examen neurológico:

Trastornos sensitivos: Se considera que a pesar de que el niño no coopera, presenta trastorno de sensibilidad, fundamentalmente, hipoestesia en cara anterior de ambas piernas, manos y pies.

Trastornos motores: No parálisis muscular, amiotrofia de región tenar e hipotenar de ambas manos y piernas, más en su tercio inferior en la cual se observa trama vascular en caras posteriores.

Trastornos tróficos: Mal perforante plantar en ambos pies, ya curado en el pie izquierdo. Se mantiene en el pie derecho de más o menos 4 o 5 cm con tejido de granulación útil, no panadizo, anillo fibroso en cuarto artejo en pie derecho.

Estudios de laboratorio:

Hemoglobina: 120 g/l

Conteo de eosinófilos: 1.5

Creatinina: 74

Transaminasa glutámico-oxalacética (TGO): 3 unidades.

Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP): 6 unidades

Glicemia: Ayuna 3.76 mmol/l

24 horas: 6.2 mmol/l

Eritrosedimentación: 67 mm

Baciloscopia: Negativa (14/1/2003)

Serologia: No reactiva (23/1/2003)

Estudio de gram: Bacilo grampositivo esporulado (19/12/2002)

Exudado bacteriológico: *Proteus mirabilis*

Biopsia: B-03-31

Diagnostico histológico: Osteomielitis crónica agudizada. Vasculitis.

Estudio de conducción eléctrica

Resultados: Se exploran nervios cubitales sin respuesta. Reflejos del nervio tibiar posterior sin respuesta.

Miembro superior: Nervio mediano y cubital (sensitivo y motor) respuesta motora dentro de la normalidad, sensitivo en segmento distal con registro en carpo sin respuesta a pesar de estímulo intenso. Registro en codo sin respuesta presente, algo demorada.

DISCUSION DEL CASO

En la mayoría de los casos esta enfermedad afecta a sujetos de raza negra y sexo masculino, especialmente entre 25 y 45 años de edad, bilaterales en el 75 % de los casos. Se registran casos familiares. Son excepcionales los casos en raza blanca y mujeres, incluso cuando son de raza negra. Se encuentra por lo general en regiones tropicales y paratropicales.²

El ainhum ataca los dedos del pie cuarto y quinto, excepcionalmente el anular y meñique de las manos, aunque puede afectar otros dedos.³

Su etiología es desconocida aunque se relaciona con traumatismos crónicos, infecciones, hiperqueratosis, aporte vascular disminuido y sensibilidad alterada, las cuales pueden producir en forma aislada o en combinación una fibroplasia excesiva en huésped susceptible.⁴

El diagnóstico se basa en la clínica y en los estudios radiológicos e histopatológicos.

El examen histológico muestra hiperqueratosis intensa cerca de la depresión, acantosis y a nivel de la dermis se observa infiltrado inflamatorio crónico, los anexos se encuentran reemplazados por tejidos conectivo y hay aumento en la densidad de las fibras colágenas.⁵

Los hallazgos radiológicos demuestran una banda constrictiva radiolúcida alrededor del dedo con edema distal y osteoporosis del hueso que va aumentando hasta reabsorberse. Se puede observar imágenes en reloj de arena en la primera falange.⁶

El tratamiento más eficaz se basa en una plastia en Z resecaando la banda.

CONSIDERACIONES FINALES

El caso que se presenta resultó interesante al colectivo de Dermatología por ser poco frecuente en esa edad y por afectar otros dedos además del cuarto y quinto que son los más frecuentes, ya que como se expresó con anterioridad afecta a sujetos de entre los 25 y 45 años de edad.

La dactilosis espontánea del paciente de referencia está relacionada etiológicamente con insuficiencia circulatoria y traumatismo crónico, clínicamente manifestado por mal perforante plantar rebelde al tratamiento y piel seca, xerodérmica, e hiperpigmentada en la región de las piernas (Ver Figura 4), hipoestesia y cicatrices resultantes de úlceras por traumatismos antiguos.

Después de la intervención quirúrgica por la especialidad de ortopedia para la cura de las lesiones, se siguió hasta su mejoría clínica en un período de un año por Dermatología.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Fitzpatrick AT, Eisen K, Wolff I, Freedberg KA. *Dermatología en Medicina General*. 4ªed. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1993.
2. Rodríguez E, Villegas C, López Brau E, Jiménez BE, Valle E. *Dactilosis Espontánea Actas Dermosilográficas Hospital Universitario "San Carlos", Madrid - España*. 1994.
3. Andrews. *Dermatología Clínica*. VII.9ªed. España: Marban Libros; 2004.
4. Beers MH. *El Manual Merck de diagnóstico y tratamiento: Enfermedades Infecciosas*.tVI. 11ªed: Madrid: EL SERVIER; 2007
5. Arenas R. *Dermatología. Atlas de diagnóstico y tratamiento*. México: Mc Graw-Hill; 2004.
6. Iglesias Díaz L, Guerra Tapia A, Ortiz Romero PL, editores. *Tratado de Dermatología*. 2ªed. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 2004.



Figura 1. Deformidad y acortamiento de dedos en ambos pies,



Figura 2.. Ulcera plantar en tercio medio de pie derecho con tejido de granulación útil, limpia. Lesiones tróficas cicatrizadas.



Figura 3. Desorganización de artejos y mutilación de dedos en pie derecho.



Figura 4. Presencia de piel seca, xerodérmica, e hiperpigmentada en región de las piernas,