

Ainhum. Informe de un caso.

Ainhum. Report of a case.

Autores: Dr. Arturo Pérez Chambers, Especialista de II Grado en Angiología y Cirugía vascular. Profesor Asistente.

Dr. Arturo Blet Sánchez, Especialista de I Grado en MGI. Residente de cirugía vascular.

Dra. Nancy Esther Mora Castillo, Especialista de II Grado en Dermatología. Profesor auxiliar. Master en Enfermedades Infecciosas.

Dr. Juan Valiente Pérez, Máster en Enfermedades Infecciosas, Especialista de primer Grado en Urología, Profesor Asistente. John@infosol.gtm.sld.cu

Resumen.

Se muestran los resultados de un caso diagnosticado como Ainhum en una paciente de 65 años de edad, que evoluciona durante aproximadamente 10 años. Se diagnostica el Ainhum a través del interrogatorio, el examen físico y el estudio histológico, se sigue al paciente mejorado por consulta. Se hace una breve revisión del tema.

Palabras clave: Ainhum /diagnóstico; tratamiento.

Abstract.

The results of a case are shown, diagnosed as Ainhum in a 65 year-old patient that evolves during 10 years approximately. The Ainhum is diagnosed through the questioning, the physical exam and the histological study. The patient's development is followed by appointments. A brief revision of the topic is made.

Key Words: Ainhum / diagnostic; treatment.

Introducción.

Ainhum afecta predominante a las personas negras, viviendo en las Áfricas occidentales, Suramérica y la India. En el Nigeria es una enfermedad común con una incidencia de 2. Daccarett registró retrospectivo un índice de 1.7% en principalmente una población del afroamericano en Chicago. Hasta ahora solamente algunos casos habían sido divulgados en Europa. Ainhum afecta generalmente a gente entre 20 y 50 años. La edad media es cerca de treinta y ocho. El paciente registrado más joven era siete años. No hay cociente predominante.

Síntomas

El dolor está presente en el cerca de 78% de casos. El dolor leve está presente en el primero tiempo del ainhum, causado por la presión sobre los nervios subyacentes. La fractura de la falange o de la sepsia crónica se acompaña con dolor severo.

Metodología

Paciente de sexo masculino, de 62 años de edad, raza negra. Refiere que su enfermedad se inicia hace diez años, comenzó a presentar a nivel del 5to artejo del pie derecho una banda constrictiva en forma de anillo en la base de la articulación. Con punto de dolor intenso que evoluciona con exacerbaciones y remisiones y lo conduce hacia el estrangulamiento progresivo con pérdida final del dedo, por autoamputación por parte del paciente.

En el quinto dedo del pie izquierdo se observa el mismo cuadro pero llegando sólo al estrangulamiento parcial y torsión del dedo. No existía historia previa de traumatismos, ni deambulaba descalzo, en su familia, existía antecedentes de enfermedades similares, específicamente el padre, ya fallecido.

Examen físico

En el examen físico general t por aparatos no se constatan datos de interés, solo los que a continuación señalaremos.

A nivel del quinto artejo del pie izquierdo se observa un anillo constrictivo hacia su base, con aumento de volumen e isquemia distal del mismo. En el pie derecho se observa la ausencia del quinto artejo.

En el examen físico vascular se constatan pulsos periféricos presentes y normales bilaterales, y ausencia de alteraciones a nivel del sistema venoso y linfático.

Estudios Complementarios:

En los exámenes de laboratorio practicados no se encontraron anomalías de interés.

HB 132 gr/litro

Conteo de eosinófilos: 0.1

Creatinina: 87 mmol/L

T.G.O: 12 unidades

T.G.P: 10 unidades

Glicemia: ayuna: 4.2 mmol/L

2 horas: 6.7 mmol/L

Eritro: 10 mm/1hora

Baciloscopía: negativa 14/7/2010

Serología: no reactiva 23/7/2010

Rx del pie: reabsorción ósea a nivel del quinto artejo del pie izquierdo.

En los exámenes de laboratorio practicados no se encontraron anomalías de interés

Estudio histopatológico

Previo consentimiento del paciente, procedimos a realizarle la foto que se anexa.

Resultados y discusión.

Proceso descrito por primera vez por Messun en 1821, posteriormente Clarke lo describe como una gangrena seca del dedo pequeño del pie y definitivamente Da Silva Lima en 1877 la señaló como enfermedad del quinto dedo del pie observada en la tribu de Nagos de Bahía, en Brasil.

Fue denominada "ainhum" por el Nagos que significa "vio", que en el dialecto brasileño yoruba significa limar, aserrar (1). Se define como una enfermedad que origina una constricción dolorosa de la base del quinto dedo del pie seguido de la pérdida del mismo por amputación espontánea.

La enfermedad ocurre predominante en africanos negros y sus descendientes. La etiología exacta es todavía confusa.

Está comprobado que no es originada por procesos infecciosos ya sean parásitos, hongos, bacterias virus, y no se relaciona con lesión. El caminar descalzo en la infancia se señalaba causa de este proceso, pero el hallazgo del ainhum en personas que no acostumbraban a andar descalzo descarta esta teoría. Por presentarse en individuos de raza negra constituye factor predisponente. Se ha visto en angiografía del miembro afecto que la arteria tibial posterior se afina a nivel del tobillo, y el arco plantar y sus ramas están ausentes. La arteria pedia constituye la única fuente de irrigación del pie.

Clínicamente se describe

Se inicia con un surco por el lado más bajo e interno de la base del quinto dedo del pie, el cual se hace más profundo y más circular en forma progresiva. La enfermedad progresa formando un círculo completo en varios meses. Pueden afectarse ambos pies en un 75 por ciento, en diferente grado. Siempre se afecta el quinto dedo, en la literatura no se han encontrado casos reportados de otros dedos afectados, se señalan la presencia de surco en el cuarto o tercer dedo del pie. Se produce un edema linfático distal a la constricción originando aumento de volumen distal del dedo del pie semejante a una pequeña patata. El edema posteriormente forma una costra y suele aparecer signos y síntomas de infección generalmente producida por el estafilococo. A medida que el surco se profundiza los tendones y nervios se comprimen originando el dolor intenso que el paciente manifiesta. Las alteraciones óseas se presentan tardíamente. En la evolución de la enfermedad, la zona de constricción se reduce a una cuerda avascular, de forma tal que la conexión del dedo con el pie llega a ser cada vez más delgada, y de no amputarse, cae espontáneamente.

Este proceso de autoamputación puede durar entre cuatro a cinco años. Cole describe cuatro etapas de ainhum:

Grado I: Solo existe el surco.

Grado II: El piso del surco esta ulcerado.

Grado III: Existen lesiones óseas.

Grado IV: La autoamputación del dedo ya ha ocurrido.

El examen histológico muestra:

Histológicamente se observa un cambio en la capa de la célula de prickle, y ésta es responsable de la fijación de la queratina condensada que induce al surco, hiperaqueratosis intensa cerca de la depresión, acantosis y a nivel de la dermis se observa un infiltrado inflamatorio crónico, los anexos se encuentran reemplazados por tejidos conectivo y hay un aumento en la densidad de las fibras colágenas El tejido junctional se reduce a un hilo de rosca fibroso delgado, casi avascular, y todos los tejidos más allá de la venda constrictiva son reprimidos por una masa fibro-grasa cubierta por el integumento hiperqueratósica.

Como diagnóstico diferencial se pueden enumerar:

1. Lepra.
2. Escleroderma.
3. Gangrena isquémica aterosclerótica.
4. Enfermedad de Buerger.
5. Pie Diabético Isquémico.
6. Constricción anular congénita. .
7. Siringomielia.
8. Síndrome de Vohwinkel

Radiológicamente puede observarse: Aumento de volumen distal del dedo del pie manifestación propia de la enfermedad. En pacientes con grado III es vista la osteolisis de las lesiones se ve en la región del empalme interfalangica. La dispersión de la cabeza del falange próximo se considera con frecuencia, además es visible las imágenes de arena. Posteriormente, después de la autoamputación, se mantiene la base de la falange próxima.

El examen radiológico permite el diagnostico temprano y el tratamiento oportuno. El diagnostico precoz previene la amputación.

El tratamiento siempre es quirúrgico se realiza la supresión del surco seguido por plastia en z resecaando la banda, puede aliviar el dolor y prevenir la auto amputación en pacientes con lesiones del grado I y II. Cuando el proceso se encuentra en el grado III se realiza desarticulación metatarso-falange desaparece el dolor, y los pacientes tienen un pie útil y mayor calidad de vida. Las incisiones a través del surco son ineficaces.

Conclusiones.

El tratamiento siempre es quirúrgico se realiza la supresión del surco seguido por plastia en z resecaando la banda, puede aliviar el dolor y prevenir la auto amputación en pacientes con

lesiones del grado I y II. Cuando el proceso se encuentra en el grado III se realiza desarticulación metatarso-falange desaparece el dolor, y los pacientes tienen un pie útil y mayor calidad de vida. Las incisiones a través del surco son ineficaces.

Bibliografías.

- Torres Cortijo, S. Pons (1973). Constricturas anulares. Ainhum y pseudoainhum. Medicina cutánea. Editorial científico – médica.
- Pauissant G. Audebeert. (1972) Aihum. Editorial Científico Médica. Barcelona. Medicina Cutánea.
- Ruad Muvdi Ch (1972). Dactilosis Espontánea (ainhum) Medicina Cutánea. Editorial Científico – Médica Barcelona.
- T. Fitzpatrick, A. Eisen K. Wolff I. Freedberg, K. Austen. (1993) Dermatología en Medicina General 4ta. Edición.
- E. Rodríguez, C. Villegas, E. López Brau, E. Jiménez B. P (1994). Valle et al Ainhum. Dactilosis Espontánea Actas Dermosilográficas Hospital Universitario “San Carlos”, Madrid – España.
- James, William Berger, Timothy; Elston, Dirk (2005). Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. (10th ed.)

Fecha de recibido: 13 may. 2011
Fecha de aprobado: 20 jul. 2011