

Pie musgoso

por el doctor JULIAN ARCE (de Lima)

Trabajo presentado al VI Congreso Médico Panamericano de Lima.

Con el nombre de pie musgoso (*mossy foot*) de la región amazónica del Brasil, describe el doctor H. Wolfers-tan Thomas (Expedición al Amazonas. 1905-1906. Del laboratorio de investigaciones de Manaus, Estado del Amazonas, norte del Brasil) (1) una afección verrugosa e infecciosa, que ataca la piel de los miembros superiores e inferiores, y cuyas lesiones presentan tal semejanza con las que he observado en dos enfermos asistidos en mi servicio del hospital *Dos de Mayo*, que juzgo de interés dar a conocer la historia clínica de esos enfermos, precedida, para mejor ilustración, de un extracto del trabajo del doctor Thomas:

«El paciente observado por el doctor Thomas es un jornalero amazonense, de veintitrés años de edad, que asegura haberse lesionado el pie derecho diez y nueve meses antes, quedando desde entonces hinchado y sensible dicho pie; recuerda haber tenido fiebres tercianas, y que un año más tarde notó la aparición de pequeñas vesículas en el pie, sobre la parte externa del talón; dos semanas después se trasformaron las vesículas en pequeñas excrescencias verrugosas, secas, que se extendieron gradualmente a los dedos, contorno del talón y lado interno del pie. Las fotografías fueron tomadas a los siete meses de haber comenzado la enfermedad. Toda la pierna derecha, a partir de la rodilla, está hinchada y dura; la presión fuerte de la piel deja marcas deprimidas; la

(1) *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*—Serie T. M., volumen IV, número 1º, 1910, página 95. University of Liverpool.

superficie cutánea está tensa, lisa y lustrosa, dejando ver los linfáticos y los vasos superficiales pequeños, a través de la piel. Debajo de la rodilla, en el lado externo, hay un nódulo fibroso, pequeño y duro, del tamaño de una arveja grande. El pie está muy aumentado de volumen y presenta un surco profundo, formado por un pliegue, en la parte posterior de la articulación del tobillo. A lo largo de la parte interna del pie hay una producción verrugosa, que cubre la superficie dorsal de los dedos y parte del pie, destacándose sobre la superficie de la piel. El tumor se extiende alrededor del pie, pero sin envolver la planta; avanza más en el lado externo que en el interno, alcanzando mayor altura en el primero. El aspecto que presenta el pie es como si estuviese cubierto de musgo viejo desecado.

«En la superficie dorsal de los dedos del pie el tumor tiene la apariencia de una colección de papilas pequeñas, bien definidas y apiñadas, imitando un bosque o monte en miniatura, de puntos gruesos, que nacen de un lecho de tejido engrosado, que sobresale de la superficie de la piel. La neoplasia cubre la superficie dorsal de los dedos, se extiende y rebasa o rodea las uñas, pero no las cubre por completo; la piel de las caras laterales de los dedos está completamente libre. La neoplasia se extiende un poco más, en el segundo, tercero y quinto dedos, pero no invade la superficie plantar; el dedo grueso presenta cicatrices antiguas, debidas a tumores cauterizados. La producción o neoformación de verrugas en forma de bosque, se extiende casi ocho centímetros hacia la parte posterior del pie y cruza en seguida, formando un contorno ondulado. En el lado externo del pie, el relieve de la neoplasia es más irregular, variando de 4 a 7 centímetros, y en la parte posterior del talón, de 3 a 4 centímetros de profundidad; el surco profundo de la cara posterior del calcáneo está libre. En el lado interno del pie, el contorno neoplásico es más irregular, variando de 2, 5 a 6 centímetros de ancho.

«El carácter de la neoplasia se altera en los bordes del pie y en el talón, pues en lugar de presentar el aspecto de musgo, los grupos de papilas hipertrofiadas forman placas elevadas, cubiertas de epidermis gruesa y córnea; las papilas están mal definidas y las placas están divididas por grietas y fisuras profundas. En la cara interna del pie, la neoplasia afecta la forma de masas verrugosas redondeadas, nodulares, que se destacan 4 a 11 milímetros sobre la piel. En la cara anterior hay una o dos cicatrices pequeñas, de carácter queloide. La neoplasia papilomatosa tiene en los dedos un espesor que varía de 3 a 9 milímetros.

«El aspecto de la neoplasia es verdaderamente extraordinario, pues imita el musgo viejo y seco que cubre las rocas que reciben muy poca humedad y cuyo color varía del amarillo al gris pizarra.

«En la pierna izquierda hay dos placas verrugosas duras que miden 1,3 por 1,7 centímetros y 1,8 por 2,7 centímetros y que comienzan a ulcerarse. En el tercio inferior hay una úlcera grande de 4,3 por 4 centímetros, con bordes indurados y el centro ligeramente excavado. Las tres úlceras están cubiertas de exudación acuosa, que contiene células de pus, restos granulosos, numerosos estafilococos *aureus* y *citreus*, y muchos bacilos de diversos tamaños, unos negativos y otros positivos al gram.

«El enfermo afirma que las úlceras principiaron como tumores nodulares, pequeños, semejantes al que existe en la pierna derecha, debajo de la rodilla, y que el traumatismo había tumefactado dichos nódulos, produciendo poco después vesículas, de las que resultaron las úlceras. Calcula que los nódulos aparecieron tres meses, más o menos, antes de su visita al hospital.»

El doctor Thomas inoculó un conejo, insertando, con las precauciones del caso, debajo de la piel de la nariz, una pequeña porción del neoplasma verrugoso. «La herida cicatrizó, dice el doctor Thomas, y seis semanas después apareció una pequeña erupción vesicular; las ve-

sículas se rompieron, exudando un fluido acuoso y claro.

De la parte media del grupo de vesículas nacieron nódulos pequeños y duros; el tejido, alrededor de los nódulos, se infiltró gradualmente. Diez días después los nódulos comenzaron a tomar el aspecto de verrugas pequeñas y sin duda pruriginosas, porque el conejo se rascaba continuamente el sitio enfermo hasta hacerlo sangrar. Las papilas se cubrieron de costras formadas por el exudado desecado, alcanzando la placa 1,3 por 2 centímetros sobre la superficie de la piel. Las patas posteriores se infectaron por el rascado de las superficies enfermas, y, finalmente, se notó una producción verrugosa húmeda en las orejas.

«Microscópicamente, el neoplasma de la nariz del conejo se asemeja al tumor verrugoso del pie derecho y a los nódulos ulcerados de la pierna izquierda; la lesión parece ser una queratosis infecciosa.

«En la elefantiasis es común ver producciones verrugosas, pero no he podido encontrar ninguna referencia acerca de la transmisión experimental de los neoplasmas.

«No publico esta observación como un caso de elefantiasis complicado con queratosis. Sólo dos de mis enfermos han tenido hinchazón del miembro enfermo; algunos de los casos tenían tumores verrugosos en ambos miembros. En Pará se me mostró un caso en que la neoplasia envolvía el pie y la pierna derechos, hasta la parte media del muslo; la rodilla izquierda estaba cubierta de grandes placas verrugosas, con extensa ulceración algunas de ellas.

«El doctor Stephens me ha permitido reproducir una fotografía que fue enviada por el doctor J. H. H. Harrison de Belize, Honduras británica. El aspecto de la neoplasia es igual al de mis casos.»

Los casos que he observado en el hospital *Dos de Mayo* y que tienen gran semejanza con el que describe el doctor Thomas, son los siguientes :

1º F. A., negro, de treinta años de edad, natural de Lima y de oficio jornalero, ingresó el 17 de agosto de 1911.

Ha padecido de escrófulas a los diez años; de sarampión a los diez y seis; entre los diez y nueve y veintitrés sufrió de tres incordios, acompañados, los últimos, de blenorragia, que duró dos meses y que se repitió dos años más tarde. A los veinticinco años sufrió dos veces de «costado y pulmonía,» arrojando sangre por la boca en ambas ocasiones. Sufrió después de paludismo y de chancros duros, según aseveración del enfermo, que duraron tres meses y de los que se curó en el Callao. Un año después, a los veintisiete, comenzó a sentir dolores en la garganta y en los huesos; afirma además que se le ha caído el pelo.

Un año antes de su ingreso en el hospital se hallaba trabajando en las sangraderas de la hacienda *Naranjal*, cuando le salieron granos en las piernas a la vez que sentía cansancio y dolor, más acentuado en la pierna derecha, que empezó a hincharse poco a poco, lo que no le impidió, sin embargo, continuar trabajando en las mismas sangraderas.

La lesión se radicaba en la pierna y pie derechos, que presentaban un edema duro y tan considerable, que, a primera vista, parecía elefantíasis; en el tercio medio de la cara externa de la pierna había una ulceración pequeña, y en el tercio inferior y en el pie, tanto en la cara externa como interna, la piel presentaba pequeñas excrecencias papilomatosas, duras, ásperas, secas y apiñadas, formando una área extensa y perfectamente limitada de la piel sana, por el relieve saliente de la neoplasia, que se continuaba por los bordes del pie, sobre todo el externo, hasta alcanzar la superficie dorsal de los dedos; la neoplasia papilomatosa, que dejaba libre la planta del pie, alcanzaba mayor altura en el lado externo que en el interno, y mayor todavía en el talón, donde su relieve marcaba un surco profundo en el límite de la piel sana. La producción neoplásica tenía toda el aspecto de musgo

viejo desecado, descrito por el doctor Thomas; era más o menos uniforme y no causaba gran molestia al enfermo, que se quejaba más bien de la hinchazón de la pierna. Con el reposo disminuyó, considerablemente, el edema de la pierna y el pie, quedando siempre un engrosamiento de los tejidos, apreciable a la vista y al tacto.

El aspecto de la lesión fue para nosotros completamente extraordinario e insólito, y a no ser por la feliz coincidencia de haber visto poco tiempo antes las fotografías que acompañan el trabajo del doctor Thomas y que parecían tomadas de mi enfermo, tal era la semejanza, yo no habría podido formarme opinión, ni aun aproximada, de la naturaleza y diagnóstico de la enfermedad.

El enfermo se retiró del hospital casi en el mismo estado, el 30 de septiembre de 1911.

2º J. V., zambo, natural de Carabayllo (Provincia de Lima), de treinta años, jornalero, ingresó en mi servicio el 15 de julio del presente año. Ha padecido de tercianas y de *píques* en los pies casi siempre; es alcohólico, como fue su padre; bebe mucho ron. Tiene aspecto semi-idiota; contesta con lentitud las preguntas que se le dirigen, y la memoria es muy deficiente. Hace quince años, más o menos, que comenzó su enfermedad por la pierna y el pie izquierdos, que se hincharon primero, formándose después los bultitos, como él los llama; algunos años después ocurrió lo mismo con el miembro inferior derecho. La lesión ha sido casi indolente hasta hace poco tiempo y no ha repercutido sobre la salud general, pues el enfermo ha continuado andando y trabajando sin gran molestia. Asegura que nunca ha tenido ulceración, y que sólo cuando se golpeaba le salía sangre de los *bultos*. Su ingreso en el hospital ha sido debido más bien a las tercianas que sufre y al dolor que le ha sobrevenido en el muslo izquierdo, que a las lesiones de las piernas y pies, que vamos a describir en seguida.

Miembro inferior izquierdo. La lesión que es más antigua, extensa y avanzada que la del miembro inferior derecho, enmarca el pie en su extremidad anterior, for-

mando una línea transversal casi recta que limita el tercio anterior de ese órgano, extendiéndose hasta la extremidad de los dedos; la cara dorsal, así como los bordes del primero, segundo y tercer dedos, están casi enteramente invadidos por la neoplasia, que deforma por completo la superficie dorsal del dedo grueso, formando en su parte media un surco profundo entre dos engrosamientos nodulares y salientes de la piel; la lesión se continúa hasta el dorso del pie, formando gruesos nódulos, algunos de los cuales tienen su superficie erizada de asperezas córneas. La hipertrofia papilomatosa o verrugosa de la piel que cubre los dedos es más grande que la que presenta el otro pie, formando nódulos hasta del tamaño de un garbanzo, uno de los cuales es de color rojo subido, tiene superficie lisa y pulida y se destaca de los demás por su mayor tamaño. El aspecto general de la lesión recuerda el del lecho pedregoso de un río seco.

Las uñas, así como la piel de los espacios interdigitales, han sido respetadas por la lesión, que también deja libres los dos tercios externos de la cara dorsal del cuarto dedo y la mitad anterior del quinto. Al nivel del pliegue del pie hay una placa transversal de 6 a 7 centímetros de longitud por 3 centímetros más o menos de ancho, dividida en dos partes por un surco profundo, cuyos bordes ásperos y duros se elevan algunos milímetros sobre la piel; esta placa se extiende por la cara externa del pie hasta el talón, ocupando el espacio comprendido entre el maleolo y el borde del pie, formando una placa surcada de grietas, que contornea el maleolo externo e invade el talón hasta la línea media, subiendo hasta más de 3 centímetros sobre el nivel del maleolo y formando una área triangular de base inferior. La lesión tiene ahí el aspecto del musgo viejo desecado, y la superficie está erizada de puntos ásperos y córneos; la piel de la mitad interna de la parte posterior del talón y de la cara interna del pie, está libre aunque engrosada y dura. La lesión se muestra nuevamente en la parte inferior del talón y en la

porción subyacente de la planta, dejando un espacio claro intermediario, que la separa de la placa triangular ya descrita.

La piel y el tejido celular del dorso del pie, en las regiones no invadidas por la lesión, así como la piel y el tejido celular de la pierna, están infiltrados, gruesos y duros, deformando la pierna, que tiene el aspecto de una columna cilíndrica, que hace marcado contraste con el adelgazamiento de la rodilla y la parte inferior del muslo. La piel ha perdido su movilidad sobre los tejidos subyacentes.

Miembro inferior derecho. La lesión ocupa la cara dorsal de los dedos, formando sobre el dorso del pie una curva de concavidad posterior, casi al nivel de las articulaciones metatarsofalángicas; es más extensa y avanzada en el dedo gordo, cuya extremidad anterior está también invadida por la lesión que enmarca la uña, pero sin comprometerla, aunque está adelgazada e incurvada. El segundo dedo presenta la neoplasia a lo largo de su borde externo, dejando libre casi toda la cara dorsal y extendiéndose alrededor de la cisura interdigital al borde interno del tercer dedo; hay en seguida un espacio estrecho y sano en la base del tercer dedo, cuya piel sólo está invadida en la mitad posterior del borde externo, extendiéndose al borde interno del cuarto dedo; en seguida hay un espacio de piel sana, y luego la lesión que ocupa el tercio posterior del borde externo del cuarto dedo, continuándose después, como en los dedos anteriores, al borde interno del quinto, que por lo demás está casi completamente libre.

La lesión tiene el aspecto de papilomas duros, cubiertos de epidermis córnea, formando verdaderas placas. La piel de las caras laterales de los dedos está libre.

El borde interno del pie está casi sano, pero en el borde externo hay una placa gruesa, rugosa, con grietas profundas, que ocupa el espacio comprendido entre el maleolo externo y el borde correspondiente del pie. En

el talón, la lesión tiene el aspecto de musgo viejo desecado, con grietas o surcos profundos, y sube hasta 8 centímetros sobre el nivel del talón, en cuyo punto forma un pliegue marcado con el tejido sano.

La piel y el tejido celular de la pierna, en sus caras anterior y posterior, desde la rodilla hasta el dorso del pie, están infiltrados, gruesos y como adheridos, dando a la pierna la forma de columna cilíndrica. La deformación de las piernas es tan particular, que visto el enfermo de pie, parece que estuviera sostenido por columnas.

Hay marcado infarto ganglionar inguinocrural. La sensibilidad de la piel es normal; el reflejo patelar está exagerado.

La semejanza de las lesiones que acabo de describir, con las que el doctor Thomas señala a la afección que designan con el nombre de *mossy foot*, es tal, que no he vacilado en asignarles ese diagnóstico.

Aunque el cuadro clínico no corresponde al de la elefantiasis, para mayor seguridad supliqué al doctor Julio C. Castiaburú que practicase la investigación de la *microfilaria bancrofti*. El resultado fue negativo.

Sometido al tratamiento por las preparaciones yodadas, los baños tibios y el reposo, el enfermo ha mejorado notablemente.

No tengo más datos que los que consigna el doctor Thomas en su memoria, acerca de la naturaleza y etiología de la enfermedad, cuyo diagnóstico, como se comprende, es sólo provisional. En la obra de Castellani y Chalmers (1) se dice que Cranston Low opina que el pie musgoso puede ser un tipo de *tuberculosis cutis verrucosa*.

NOTA—Pocos días después de clausurado el Congreso, el 27 de noviembre, se presentó en mi servicio el enfermo D. R., indio natural de Casma, de treinta y nueve años, viudo y jornalero. Sus antecedentes de familia no

(1) Castellani and Chalmers, *Manual of tropical medicine*. London, 1913, página 1602.

ofrecen nada de particular. Cuanto a los personales, ha sufrido de viruela, sarampión y tercianas. Ha hecho frecuentes viajes a los pueblos de las serranías cercanas a Casma, lugar de su residencia. Dice que hace tres años y medio, más o menos, que sufrió un golpe en el tercio inferior de la tibia derecha; tres meses después notó en ese sitio un grano que más tarde reventó y se ulceró; la ulceración cicatrizó y se reabrió por tres veces consecutivas, hasta que después de algunos meses quedó definitivamente abierta. Respecto a la neoplasia cutánea existente en el mismo miembro inferior derecho, refiere que se inició por prurito intenso que no cesaba ni de día ni de noche; que después aparecieron granitos en el dorso del dedo gordo y luégo en el de los demás dedos y en el resto del pie; que esos granitos fueron aumentando de volumen hasta alcanzar el tamaño que hoy presentan. No ha tenido ni tiene actualmente dolor espontáneo, ni molestia alguna. Finalmente, asegura que en el pueblo de Casma existen otros enfermos que presentan lesiones idénticas a las suyas, a las que el vulgo denomina verrugas, pero que ignora si tienen igualmente ulceraciones.

La neoplasia ocupa el dorso del pie derecho, inclusive los dedos, y se extiende por las caras externa e interna hasta las inmediaciones del talón; la planta, así como las caras laterales de los dedos, están libres. El pie está muy aumentado de volumen y deformado por masas neoplásicas de diversos tamaños, separadas o divididas por numerosos surcos de profundidad y extensión variables, que circunscriben desde la gran masa dura y leñosa, del tamaño de una naranja, que ocupa casi la mitad del dorso del pie, hasta los nódulos pequeños y aun las producciones papilomatosas, córneas, de aspecto musgoso, que cubren los dedos y las caras externa e interna del pie; el talón presenta igualmente en toda su altura hasta la extremidad inferior de la pierna, placas agrietadas de la misma neoformación e igual aspecto de musgo viejo desecado.

En el tercio inferior de la pierna hay una gran úlcera de bordes callosos, cuyo fondo ligeramente excavado, de color rosado pálido, está cubierto de pus fétido. Otra úlcera semejante a la anterior, pero pequeña, existe hacia la parte posterior del tercio inferior de la pierna. Una gran cicatriz dura y amarillenta, que rodea la garganta del pie, debida sin duda a alguna ulceración anterior, enlaza o une las dos úlceras existentes.

El enfermo, que está bastante delgado y anémico, presenta el bazo enormemente hipertrofiado, pues avanza hasta la línea media y desciende hasta la fosa ilíaca izquierda, y el hipogastrio a tres traveses de dedo por debajo del ombligo; el hígado parece disminuído de volumen; hay ascitis y ligera circulación complementaria. No tiene, ni ha tenido fiebre.

El cuadro clínico que presenta este enfermo y el antecedente de sus viajes frecuentes a lugares donde existe la uta (*leishmaniasis dérmica*), han producido en mi espíritu la sospecha de que el pie musgoso es producido igualmente por una leishmania, y en este sentido me propongo continuar mis investigaciones.

(De la *Crónica Médica de Lima*).