

# Dermatosis autoinfligida: presentación de un caso y revisión

Gabriela Brana, María Luz Bollea Garlatti, Hernán Staiger, Ana Clara Torre, María Manuela Martínez Piva, Alicia Kowalczyk y Luis Daniel Mazzuocolo

## RESUMEN

Las dermatosis autoinfligidas representan un motivo habitual de consulta, así como un desafío diagnóstico y terapéutico. Se caracterizan por la autoprovocación de lesiones cutáneas de manera consciente o inconsciente en el contexto de trastornos psiquiátricos complejos.

Comunicamos el caso de una paciente que consultó al Servicio de Dermatología por úlceras irregulares y sobreinfectadas localizadas en rostro, de 2 meses de evolución. El caso representó una dificultad diagnóstica ya que solo a partir del interrogatorio exhaustivo y los exámenes complementarios, que descartaron otras patologías, se arribó al diagnóstico de úlceras autoprovocadas en contexto de patología psiquiátrica que requirió manejo interdisciplinario.

**Palabras clave:** patologías psicocutáneas, patomimia, patología autoinfligida, dermatitis artefacta.

## SELF-INFLICTED DERMATOSES: CASE REPORT AND REVIEW

### ABSTRACT

Self-inflicted dermatoses are a frequent cause for consultation and represent a diagnostic and therapeutic challenge. They are characterized by the conscious or unconscious self-generation of cutaneous lesions in the context of complex psychiatric disorders.

We report the case of a patient who consulted at the dermatology department with two months history of irregular and superinfected ulcers located on the face. This case represented a diagnostic difficulty since only from an exhaustive interrogation and complementary examinations, which ruled out other pathologies, we arrived at the diagnosis of self-inflicted ulcers in the context of psychiatric pathology that required interdisciplinary management.

**Key words:** somatoform disorders, factitious disorders, medically unexplained syndrome, mental disorders.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2018; 38(2): 82-84.

## INTRODUCCIÓN

Las dermatosis autoinfligidas se incluyen dentro de las patologías psicocutáneas y se caracterizan por lesiones cutáneas provocadas por el paciente en el contexto de trastornos psiquiátricos complejos.

La primera consulta médica puede presentarse en cualquier especialidad, por lo cual es importante la sospecha clínica y conocer la clasificación de estas patologías para poder arribar a un diagnóstico de certeza que permita su tratamiento interdisciplinario.

## DESARROLLO: CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 45 años, que consultó por una dermatosis en rostro de dos meses de evolución. Al examen físico, la paciente se encontraba en buen estado

general y afebril. En la evaluación dermatológica presentaba múltiples úlceras, de distintos diámetros, con bordes eritematosos netos e irregulares, bien delimitados, de fondo 100% fibrinoso, algunas cubiertas por costras melicéricas y otras por costras serohemáticas. Estas se encontraban localizadas en la frente, las mejillas, la nariz, el mentón y la cara anterior de cuello (Fig. 1). La paciente refería ardor leve, sin prurito ni dolor. El resto del tegumento se encontraba indemne al igual que las mucosas.

Al interrogarla acerca de la evolución de las lesiones, el relato resultó incoherente y contradictorio. Sus familiares refirieron que la dermatosis comenzó de forma coincidente con la indicación de una biopsia cutánea por una lesión sospechosa de malignidad. Luego del procedimiento, la paciente comenzó con un cuadro de angustia y fobia, aunque no supieron referir cuál fue el diagnóstico definitivo. En este contexto, la paciente decidió aplicarse ajo, coco y azúcar de manera compulsiva y efectuaba excoriaciones constantes en todo el rostro.

Con la sospecha diagnóstica de patología autoinfligida, dermatitis de contacto irritativa, infección herpética o pioderma gangrenoso, se decidió realizar una biopsia de

Recibido 5/06/18

Aceptado 21/06/18

Servicio de Dermatología (G.B.), Hospital Italiano de San Justo A. Rocca. Servicio de Dermatología (M.L.B.G., H.S., A.C.T., M.M.M.P., A.K., L.D.M.), Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina  
Correspondencia: gabriela.brana@hospitalitaliano.org.ar

piel para estudio histopatológico y cultivo. El estudio histológico mostró la presencia de una úlcera inespecífica con infiltrados linfocitarios focales. Por otro lado, el cultivo por gramo de tejido resultó positivo para *Enterococcus faecalis*. La inmunofluorescencia directa para antígenos de herpes virus simple y zóster fue negativa. Con estos resultados, se confirmó el diagnóstico de úlcera secundaria a patología autoinfligida con sobreinfección bacteriana. Se instauró tratamiento con amoxicilina 500 mg cada 8 horas durante 10 días y curaciones locales de las úlceras con agua blanca del Codex. La paciente evolucionó favorablemente a la semana de haber iniciado el tratamiento (Fig. 2). Además se realizó la interconsulta con el Servicio de Psiquiatría para el manejo integral; sin embargo, luego del egreso hospitalario no concurrió al control y se perdió el seguimiento.

## DISCUSIÓN

El caso presentado resultó un verdadero desafío diagnóstico y terapéutico para todo el equipo tratante en relación con el sesgo orgánico de cada especialidad. En la evaluación de estos casos es fundamental el conocimiento y estudio de las patologías psicósomáticas así como también el manejo interdisciplinario.

Las patologías psicocutáneas se clasifican según J. Bologna en cinco grupos<sup>1</sup>:

1. Trastornos psicofisiológicos, es decir, enfermedades dermatológicas que se exacerbaban por factores emocionales.
2. Trastornos psiquiátricos primarios o patologías cutáneas autoinfligidas.
3. Trastornos psiquiátricos secundarios en pacientes que desarrollan una patología psiquiátrica como resultado de una enfermedad cutánea.



Figura 1. Múltiples úlceras de distintos diámetros con bordes eritematosos netos e irregulares.



Figura 2. Luego de una semana de tratamiento sistémico y tópico.

4. Trastornos con alteraciones sensoriales en pacientes que manifiestan prurito o ardor sin evidencia de enfermedad cutánea.

5. Enfermedades cutáneas primarias que requieren uso de medicación psiquiátrica para su manejo.

Entre las patologías cutáneas autoinfligidas (grupo 2), las manifestaciones clínicas dependen del mecanismo de provocación de las lesiones: mecánico (presión, fricción, oclusión, mutilación), uso de tóxicos (ácidos, alcalinos, térmicos), infecciones autoinfligidas, inyecciones de fármacos, entre otras<sup>2,3</sup>.

Asimismo, las dermatosis autoinfligidas se clasifican en distintas entidades psicopatológicas<sup>2</sup>.

En la dermatitis artefacta, los pacientes se autoprovocan las lesiones de manera inconsciente, por lo cual manifiestan angustia y preocupación por su etiología. El relato suele ser confuso, incoherente y contradictorio. La clínica dependerá del modo en que el paciente se autoinflige las lesiones y puede simular distintas dermatosis. Las lesiones suelen ser con mayor frecuencia úlceras y excoriaciones, pero se pueden observar también ampollas, quemaduras y costras<sup>4</sup>. Es importante el examen físico de las lesiones, ya que en general pueden evidenciarse formas inusuales con bordes angulados, y su localización suele ser en áreas de fácil alcance con las manos u objetos. Frecuentemente se agrega sobreinfección bacteriana con gérmenes de origen fecal por la manipulación constante de las lesiones. Es una manifestación de un trastorno psiquiátrico grave de base que, en la mayor parte de los casos, constituye un trastorno de la personalidad, como el tipo *borderline*.

La dermatitis para artefacta comprende un grupo de enfermedades asociadas con el control del impulso. Las lesiones autoprovocadas son conscientes pero el paciente no puede controlar el impulso a hacerlo. Dentro de esta categoría se agrupan distintas patologías como onicofagia (masticar o morder el borde libre de las uñas), onicotilomanía (arrancado de las uñas), tricotilomanía (arrancado del pelo), excoriaciones neuróticas (rascado compulsivo), *morsicatio buccarum* (lesiones en mucosa oral), queilitis facticia (lesiones en labios), entre otras. Son patologías mucho más frecuentes de hallar en la práctica diaria. En estos casos, la patología psiquiátrica de base suele ser ansiedad, depresión o trastorno obsesivo compulsivo.

La simulación se caracteriza por presentarse en pacientes que se provocan las lesiones con un fin económico o laboral específico.

Existen además otras formas especiales. Entre estas se incluyen el síndrome de Münchhausen y el síndrome de Münchhausen por autoridad. El primero se caracteriza por la autoprovocación de lesiones para acceder al sistema de salud y ser tratado como un enfermo. Si bien la producción de las lesiones es consciente, las motivaciones son inconscientes. El riesgo de estos pacientes es la exposición a distintos métodos diagnósticos y terapéuticos invasivos sin patología real. En el síndrome de Münchhausen por autoridad, las lesiones son generadas por un padre a un hijo (o alguna situación de diferencia de poderes).

Para arribar al diagnóstico de dermatosis autoinfligida se requiere realizar un interrogatorio exhaustivo al paciente y a su entorno así como también observar la morfología de las lesiones, su distribución y la apariencia general del paciente<sup>5,6</sup>. Sin embargo, el diagnóstico final debe ser realizado luego de excluir patologías dermatológicas primarias para lo cual se requieren, en muchos casos, exámenes complementarios como el estudio histológico de las lesiones, como en el caso presentado.

Al tener en cuenta la clasificación antes expuesta, se considera que la patología de la paciente presentada podría corresponder a una dermatitis artefacta, a pesar de no tener diagnóstico certero de su patología psiquiátrica de base. El manejo de los pacientes con patologías autoinfligidas es complejo y en la mayor parte de los casos requiere un seguimiento interdisciplinario para el tratamiento psicológico/psiquiátrico, así como el tratamiento médico de las lesiones cutáneas. Se debe considerar que con frecuencia, debido a la negación de los pacientes, la evaluación por psiquiatría no se logra a pesar de la derivación oportuna, por lo que el dermatólogo asume el papel de médico tratante<sup>7,8</sup>. En estos casos, se debe realizar un seguimiento estricto del paciente, con especial atención a signos que alerten sobre patologías psiquiátricas subyacentes de mayor gravedad o que impliquen una amenaza para su vida y la de quienes lo rodean; así como el acompañamiento terapéutico para mitigar el sufrimiento que acompaña a estas patologías.

**Conflictos de interés:** los autores declaran no tener conflictos de interés.

## REFERENCIAS

- Lee CS, Koo J. Psychocutaneous diseases. En: Bologna J, Jorizzo J, Schaffery J, eds. *Dermatology*. 3rd ed. [Philadelphia]: Elsevier Saunders; 2012. p. 127-34.
- Harth W, Taube KM, Gieler U. Factitious disorders in dermatology. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2010;8(5):361-72.
- Bassu R. Psiquis y pie. En: Giannetti A, Galimberti RL, Arenas R, et al. (eds). *Tratado de dermatología*. Padova: Piccin Nuova Libreria; 2012. p. 437-47.
- Rodríguez Pichardo A, García Bravo B. Dermatitis artefacta: a review. *Actas Dermosifiliogr*. 2013; 104(10):854-66.
- Espinosa Tavitas M, Martínez V, Zavala ME, Aviña CC. Dermatitis facticia: comunicación de un caso. *Dermatología Rev Mex*. 2010; 54:154-8.
- Ginarte M, Amrouni B, Toribio J. Dermatitis artefacta. Presentación de un caso. *Actas Dermosifiliogr*. 2001; 92:502-4.
- Rodríguez M, García Contreras SJ. Dermatitis artefacta. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2010; 19:59-61.
- Barańska-Rybak W, Cudala WJ, Kozicka D, et al. Dermatitis artefacta- A long way from the first clinical symptoms to diagnosis. *Psychiatria Danubina*. 2011; 23:73-5.
- Urbina G, Sudy MF. Dermatitis de contacto por ajo usado con fines medicinales. *Actas Dermosifiliogr*. 2001; 92:109-11.