

## *Dermatitis artefacta*

# *Dermatitis artefacta*

*Giovanna Terront L.*

*Adriana Motta B.*

*René Alejandro Rodríguez*

### RESUMEN

**S**e describe el caso de un hombre de 50 años de edad, quien presentaba múltiples lesiones ulceradas en miembro superior derecho de 5 meses de evolución. Luego de descartar diferentes entidades inflamatorias e infecciosas, se realizó un diagnóstico de dermatitis artefacta que respondió al tratamiento con fluoxetina. Esta enfermedad puede llegar ser de difícil diagnóstico y tratamiento.

**Palabras clave:** dermatitis artefacta, dermatitis facticia.

### HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 50 años de edad, sexo masculino, quien consultó en febrero de 1999 al servicio de Dermatología por presentar lesiones ulceradas, pruriginosas, en el primero, cuarto y quinto dedos de la mano derecha, lo mismo que en el antebrazo derecho, de 5 meses de evolución. El paciente asoció la aparición de las lesiones a una picadura por insecto; sin embargo, el interrogatorio era difícil por la falta de precisión del paciente para ultimar detalles con respecto a su enfermedad. Había consultado a otras instituciones de salud y había recibido múltiples tratamientos tópicos, sin mejoría. Negó antecedentes relevantes y la revisión por sistemas fue normal.

Al examen físico se encontró en la cara dorsal de la mano derecha, en la base de la falange proximal del primer dedo y en las articulaciones interfalángicas proximales del cuarto y quinto dedo unas úlceras que oscilaban entre 1.5-2 cm de diámetro, de fondo limpio, eritematosas, de borde bien definido, elevado, indurado, rodeadas por un

área de liquinificación, hiperpigmentación y fibrosis, de aproximadamente 2 cm, con escasa descamación superficial (Figura 1). En la cara antero-interna del antebrazo derecho presentaba dos úlceras de características similares a las ya descritas.

Ante los hallazgos encontrados al examen físico, se decide tomar una biopsia de piel e iniciar manejo con ácido fusídico tópico. El informe de la biopsia describe piel gruesa con epidermis hiperqueratósica, focos de paraqueratosis, hiperplasia epidérmica pseudoepiteliomatosa importante con queratinocitos apoptóticos ocasionales. Dermis con papilas delgadas, capilares turtuosos e infiltrado linfocitario escaso. Bajo estos hallazgos se hizo un diagnóstico histológico de hiperplasia pseudoepiteliomatosa (Figura 2).

Con sospecha diagnóstica de cromomycosis o infección por micobacterias atípicas se tomó KOH y cultivos para hongos y micobacterias, que fueron informados como negativos.

Se inició prueba terapéutica con fluoxetina, 20 mg/día, con diagnóstico de dermatitis artefacta. Luego de 3 meses de haber recibido un tratamiento regular con este antidepresivo, el paciente presentó una mejoría notable,

*Giovanna Terront L., RIII Dermatología, Universidad El Bosque, Bogotá D.C.*

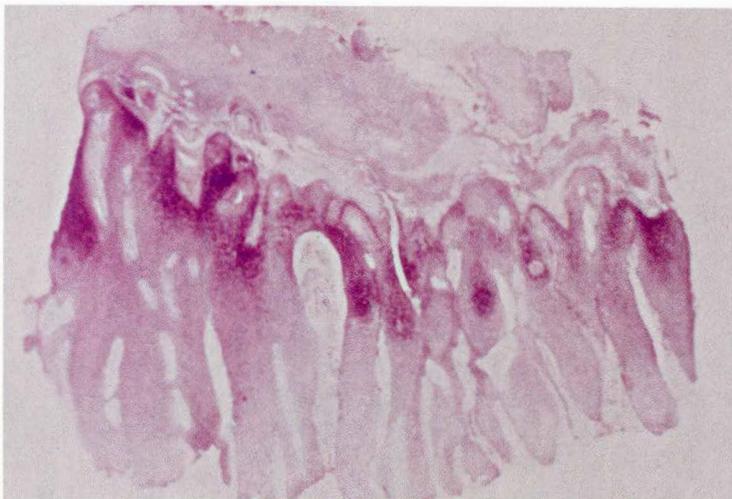
*Adriana Motta B., Docente Dermatología, Universidad El Bosque, Bogotá, D.C.*

*René Alejandro Rodríguez, Docente Dermatología, Universidad El Bosque, Bogotá, D.C.*

*Correspondencia: Dra. Adriana Motta, calle 134 No. 13-83, consultorio 1021, teléfono 520 2230, Bogotá.*



**Figura 1.** Se observan las lesiones ulceradas, de fondo limpio, eritematoso y borde elevado, indurado, rodeado por una placa hiperpigmentada, fibrótica y liquenificada.



**Figura 2.** En la biopsia de piel se observó una epidermis hiperqueratósica con focos de paraqueratosis, hiperplasia epidérmica pseudoepiteliomatosa importante y queratinocitos apoptóticos ocasionales. En la dermis, papilas delgadas con capilares turtuosos e infiltrado linfocitario superficial escaso.

cierre casi completo de las úlceras localizadas en los dedos de la mano derecha y en el antebrazo de esta misma extremidad, aunque persistía algo de fibrosis y liquenificación (Figura 3).

Se concluyó que el paciente cursaba una dermatitis artefacta, entidad que aunque se presenta con relativa frecuencia a la consulta del dermatólogo, continúa siendo de diagnóstico y tratamiento difíciles.

## DISCUSIÓN

Las lesiones autoinflingidas han sido reconocidas como parte de las enfermedades del ser humano desde épocas bíblicas.<sup>1</sup> A comienzos del siglo XX, estas afirmaciones realizadas millones de años atrás tomaron sentido nuevamente, cuando Freud sentó las bases para un sistema de conocimiento que nos ha llevado a entender la enfermedad como un fenómeno unitario, en el que se mezclan el cuerpo y la mente.<sup>2</sup>

## *Dermatitis artefacta*



**Figura 3.** Después del tratamiento con fluoxetina, hay cierre casi completo de las úlceras, aunque persisten las placas residuales fibróticas, liquefificadas y la descamación superficial es escasa.

Las dermatitis facticias están asociadas con factores psicológicos, como la pérdida de un padre en la infancia, la finalización de una relación conyugal y los conflictos familiares, y se definen según si son realizados de forma consciente o inconsciente y si son aceptados o negados por el paciente.<sup>3</sup> Así, se han definido las cinco categorías siguientes:<sup>4</sup>

1. Lesiones producidas conscientemente para obtener una ganancia secundaria que es conscientemente deseada (simulación, patomimia).
2. Lesiones producidas conscientemente como respuesta a las demandas de una falsa creencia (hipocondriasis monosintomática, delusiones de parasitosis).
3. Lesiones producidas por acciones repetitivas, como rascado (obsesivo-compulsivo: excoriaciones neuróticas).
4. Lesiones producidas consciente o inconscientemente para satisfacer una necesidad psicológica que no es conscientemente entendida (dermatitis artefacta).
5. Lesiones producidas en otro individuo para satisfacer una necesidad psicológica del individuo que las realiza que no es conscientemente entendida (enfermedad de Munchausen by proxy).

La dermatitis artefacta es más frecuente en mujeres, y aparece principalmente en la adolescencia. El propósito que tienen los pacientes para autoagredirse es llenar la sensación de vacío y aislamiento por medio de la excitación

y la estimulación cutánea; además, el rol de enfermos les hace sentir la satisfacción de ser atendidos y tenidos en cuenta. El paciente típico se presenta al consultorio del dermatólogo con múltiples exámenes normales y con un arsenal de fórmulas médicas. La historia que relata el paciente acerca de su enfermedad es poco precisa. Las lesiones pueden ser únicas o múltiples, simétricas o asimétricas, y se caracterizan por su forma bizarra. Los diferentes métodos usados para realizar las lesiones incluyen el rascado, pellizco, succión, arañazo o el uso de cuchillos, entre otros.

Las enfermedades que son simuladas más fácilmente incluyen infecciones, picadura de artrópodos, vasculitis, enfermedades del colágeno y coagulopatías. El diagnóstico de la dermatitis facticia no necesariamente debe realizarse por exclusión, sino basado en la anamnesis, la morfología de las lesiones, el afecto y la personalidad del paciente, y el antecedente de estrés psicológico reciente. El tratamiento es sintomático, el uso de apósitos oclusivos es útil, los antidepresivos han mostrado buenos resultados, recurriéndose a los antidepresivos no tricíclicos de segunda generación (trazodone, fluoxetina). Debe evitarse la confrontación temprana con el paciente; además, la confianza que el médico le genere al paciente es fundamental en la búsqueda de las causas posibles de estrés que lo están llevando a lesionarse; es posible que el paciente llegue a comprender la causa de su enfermedad, momento en el que aceptará una remisión para tratamiento concomitante con psiquiatría.<sup>3</sup>

## *Dermatitis artefacta*

### **SUMMARY**

A case of 50 year-old man, who exhibited multiple ulcers in his right hand and forearm is presented. After exclusion of inflammatory and infectious disease, and with

a diagnosis of dermatitis artefacta, fluoxetine was prescribed, with resolution of the lesions. This entity could be difficult to diagnose and treatment.

**Key words:** dermatitis artefacta, factitious dermatitis.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Parra JA, Gutierrez E. Factitious disorders mimicking lupus erythematosus. Clin Exp Rheumatol 2000; 18:89-93.
2. Koblenzer PJ. A brief history of psychosomatic dermatology. Dermatol Clin 1996; 14:395-397.
3. Koblenzer CS. Psychological aspects of skin disease. En: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al. Dermatology in General Medicine, 1999:475-485.
4. Koblenzer CS. Neurotic excoriations and dematitis artefacta. Dermatol Clin 1996; 14:447-455.