

Dermatitis artefacta: una patología con difícil diagnóstico

Dermatitis artefacta: a disease with difficult diagnosis

López Arroyo, Manuel¹, Blasco Morente, Gonzalo², Garrido Colmenero, Cristina², Martínez García Eliseo², Tercedor Sánchez, Jesús²

¹Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

²Unidad de Gestión Clínica Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Resumen

La dermatitis artefacta o facticia es una patología de base psicopatológica que usa la piel como modo de expresión, al ser la persona incapaz de verbalizar su malestar interno. Presentamos un caso de esta patología en una mujer de 34 años con lesiones ampollasas en región peribuca de difícil diagnóstico. Este tipo de pacientes acuden en primer lugar a la consulta del dermatólogo constituyendo un reto diagnóstico, ya que niegan cualquier tipo de alteración psíquica. La variabilidad clínica ocasiona gran dificultad diagnóstica y requiere un manejo multidisciplinar y consumo excesivo de recursos y tiempo.

Abstract

Factitious dermatitis is a condition of psychopathological basis using the skin as a means of expression, being the person unable to verbalize their internal unrest. We present a case of this disease in a 34 year old woman with bullous lesions in perioral region are difficult to diagnose. These patients come first consulting dermatologist to constitute a diagnostic challenge because they deny any mental impairment. The clinical variability brings great diagnostic difficulty and requires multidisciplinary handling and excessive consumption of resources and time.

Palabras clave: Dermatitis artefacta; psicocutáneo; facticio

Keywords: Dermatitis artefacta; psychocutaneous; factitious

INTRODUCCIÓN

La dermatitis artefacta (DA) o facticia es una patología en la que las lesiones cutáneas están producidas exclusivamente por acciones del paciente sin ningún motivo racional para este comportamiento, considerándose una manifestación de un trastorno psiquiátrico primario (1,2). Los pacientes con DA son atendidos generalmente en consultas de dermatología, por lo que para su diagnóstico y tratamiento precoz es necesario que el dermatólogo comprenda la psicopatología subyacente de este trastorno (3). Presentamos un caso de DA con difícil diagnóstico debido a la similitud con otras enfermedades cutáneas.

CASO CLÍNICO

Mujer de 34 años de etnia gitana, soltera, sin hijos, con estudios básicos y sin ocupación laboral, la cual convive con sus padres en ámbito marginal con una red social limitada. Entre sus antecedentes médicos presenta hipotiroidismo y fue sometida a cirugía bariátrica hace un año por obesidad mórbida. Consulta por dermatitis perioral pruriginosa, no dolorosa de 15 días de evolución. En el examen físico mostraba costras serosas y placas

circulares con centro oscuro y periferia ampollasosa de 0,5-0,6 cm de diámetro, junto con ampollas tensas circulares en labios y región perioral. Fue tratada con aciclovir 200 mg vía oral cada 4 horas durante 5 días ante la sospecha de herpes simple tipo 1. A la semana la paciente no presentaba mejoría y mostraba progresión radial de las lesiones. Las pruebas de laboratorio consistentes en hemograma y bioquímica fueron normales y la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para virus herpes era negativa, sospechándose un impétigo ampollasoso. Se inició tratamiento con cloxacilina 500mg cada 6 horas vía oral durante 7 días con progresión de las lesiones, a pesar del tratamiento correcto. El cultivo bacteriológico del contenido de las ampollas fue negativo, por lo que dada la evolución tórpida se decidió la hospitalización y la realización de biopsia cutánea con inmunofluorescencia. La histopatología mostró piel normal, siendo diagnosticada de DA. Durante el ingreso, en la exploración psicopatológica destacaba un aplanamiento afectivo e impresionaba de déficit intelectual debido a un lenguaje parco y un discurso pobre ideoverbalmente, además refería una mala dinámica familiar y mostraba escaso insight. Fue tratada con curas locales con antiséptico tópico, uso de mascarilla y psicoterapia breve, sin aparición de nuevas lesiones y curación en 4 semanas. Durante el seguimiento la paciente presentó varias recidivas y reveló que se producía las ampollas aplicando agua oxigenada con una torunda de algodón durante

varios minutos de forma repetida sin argumentar motivos aparentes.



Figura 1. Costras serosas y placas circulares con centro oscuro y periferia ampollosa de 0,5-0,6 cm de diámetro, junto con ampollas tensas circulares en labios, región perioral y mejillas. Visión frontal (a) y lateral (b). Evolución clínica: 1) Día 0, 2) Día 7, 3) Día 20 y 4) Día 45.

DISCUSIÓN

La DA es un trastorno psicocutáneo infrecuente e infradiagnosticado, del que existen escasos trabajos publicados (1,3). Siendo valorado más por dermatólogos que por psiquiatras (1). Es más frecuente en mujeres, con una relación que varía entre 3,1:1 hasta 8:1 y una edad media de 31,2 años (rango entre 9 a 73 años) (1,2). Suele afectar a personas con escasa o nula cualificación laboral, rentas bajas, nivel cultural limitado, solteras, inmaduras emocionalmente y con dificultad en las relaciones interpersonales (1,2). Habitualmente se presenta cuando existen dificultades en el manejo de emociones, alexitimia, conflictos inconscientes, trastornos ansiosos y del humor, antecedentes de abuso sexual, dificultades sociofamiliares y también dentro del espectro obsesivo compulsivo (4). El coeficiente intelectual puede o no estar afectado (5). Las características de las lesiones varían según la creatividad del paciente y el método utilizado, las más frecuentes son excoriaciones y úlceras en zonas accesibles a las manos con cuchillos, cristales, quemaduras con cigarrillos o con trozos de metal; aunque tam-

bién se observan ampollas, costras, hiperpigmentación postinflamatoria, paniculitis y hematomas en cualquier parte de la piel, sin conocimiento de cómo se ha producido la lesión (1,2,5). En nuestro caso se observaron ampollas y costras secundarias a una quemadura química en la cara. El diagnóstico de DA puede ser difícil si el médico desconoce su existencia. Se basa en la imprecisión de la historia clínica, generalmente con lesiones cutáneas de formas extrañas con bordes irregulares y patrón lineal o geométrico, bien delimitadas en la piel circundante sana (1,3). Los pacientes suelen mostrar una indiferencia afectiva y no son capaces de explicar la evolución de las lesiones, ya que, en ocasiones, su estado mental se disocia mientras se automutilan (6). La única finalidad aparente de esta conducta es la adquisición del rol de enfermo sin incentivo externo (7). Las pruebas de laboratorio son normales y la histopatología es inespecífica mostrando con frecuencia características de inflamación aguda como aumento de polimorfonucleares (6,8). El diagnóstico diferencial dermatológico más frecuente es la vasculitis necrotizante, aunque también deben considerarse las enfermedades ampollas de la piel, pioderma gangrenoso, otros tipos de vasculitis, colagenopatías e infecciones (3). En nuestro caso la infección por herpes y estafilococos, así como una posible enfermedad ampollosa fue considerada. Desde el punto de vista psiquiátrico se debe considerar el delirio de parasitosis, el trastorno obsesivo compulsivo, un síndrome de Munchausen (SM), SM por poderes, trastorno somatomorfo y simulación (3,7). El tratamiento se debe realizar en base a un equipo multidisciplinar estableciendo una buena alianza terapéutica, realizando un enfoque biopsicosocial, sin confrontar inicialmente la versión del paciente y construyendo, de manera progresiva, una nueva narrativa común (7). Las medidas dermatológicas deben incluir el cuidado de las heridas evitando su sobreinfección con antisépticos tópicos y, en caso de necesidad, antibióticos o antifúngicos tópicos u orales. Además, siempre que sea posible debemos tapar las zonas afectadas para evitar una nueva manipulación (3). Las complicaciones más frecuentes son las relacionadas con infecciones (2). A nivel psicofarmacológico pueden ser útiles los inhibidores selectivos de la serotonina (ISRS), ansiolíticos y antipsicóticos atípicos a dosis bajas, según los factores precipitantes del cuadro (1). En nuestro caso empleamos antisépticos tópicos, recomendamos el uso de una mascarilla y se realizó una psicoterapia de apoyo. El curso y pronóstico de la enfermedad varía de manera considerable y se relaciona habitualmente con la naturaleza del problema psicopatológico subyacente (4,8).

BIBLIOGRAFÍA

1. Nayak S, Acharya B, Debi B, Swain SP. Dermatitis artefacta. Indian J Psychiatry. 2013;55:189-91.
2. Rodríguez Pichardo A, García Bravo B. Dermatitis artefacta: a review. Actas Dermosifiliogr. 2013;104:854-66.
3. Wong JW, Nguyen TV, Koo JY. Primary psychiatric conditions: dermatitis artefacta, trichotillomania and neurotic excoriations. Indian J Dermatol. 2013;58:44-8.
4. Mohandas P, Bewley A, Taylor R. Dermatitis artefacta and artefactual skin disease: the need for a psychodermatology multidisciplinary team to treat a difficult condition. Br J Dermatol. 2013;169:600-6.
5. Lyell A. Cutaneous artificial disease (a review, amplified by personal experience). J Am Acad Dermatol. 1979;1:391-407.
6. Kumaresan M, Rai R, Raj A. Dermatitis artefacta. Indian Dermatol Online J. 2012;3:141-3.
7. Winship I, Braue A. Dermatitis artefacta presenting as a recurrent skin eruption in a patient with 1p36 deletion syndrome. Australas J Dermatol. 2014;55:90.
8. Pandhi D, Singal A. Bullous dermatitis artefacta. Indian Pediatr. 2013;50:897-8.