

Dermatitis artefacta

A.B. Martínez López¹, M. Peinador García¹, P. Borregón Nofuentes², C. Ciudad Blanco², C. Molins Garrido³
¹Servicio de Pediatría. ²Servicio de Dermatología. ³Servicio de Psiquiatría Infantil. Hospital General Universitario «Gregorio Marañón». Madrid

Resumen

La dermatitis artefacta (DA) es un trastorno facticio con predominio de signos y síntomas de tipo dermatológico. Las lesiones cutáneas suelen ser muy variables, en función del método empleado y de la imaginación de quienes las producen, aunque existen ciertas características comunes. Su diagnóstico es difícil: hay que excluir las enfermedades físicas verdaderas y se basa en la morfología de las lesiones y en los rasgos de personalidad del paciente. El tratamiento también es complicado; es importante identificar de forma precoz el trastorno y tratar la patología psiquiátrica existente.

Presentamos el caso de un niño con un cuadro de DA en forma de lesiones purpúricas.

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave

Dermatitis, artefacta, trastorno facticio

Caso clínico

Se presenta el caso de un niño de 10 años de edad, que acude a la consulta por presentar lesiones cutáneas localizadas en el miembro superior derecho, de 24 horas de evolución. No tiene antecedentes de cuadros infecciosos previos. No refiere traumatismos ni sangrados en las mucosas ni en otras localizaciones. No había presentado hematuria. No presenta clínica digestiva, articular ni síntomas miccionales. No asocia otros síntomas.

Como antecedentes personales de interés destacaba un ingreso previo hacía 3 meses por un cuadro de cefalea, visión borrosa, disartria y adormecimiento del miembro superior derecho de 30 segundos de duración, catalogado como probable episodio de migraña, con resonancia magnética cerebral y electroencefalograma normal. Entre los antecedentes sociales, cabe mencionar que se había producido el divorcio de sus padres hacía un año.

En la exploración física se estimó una presión arterial de 101/60 mmHg y una frecuencia cardiaca de 69 lat/min. El paciente presentaba buen estado general, estaba bien nutrido y profundido, con buena coloración de la piel y las mucosas, y los

Abstract

Title: Dermatitis artefacta

Dermatitis artefacta (DA) is a factitious disorder in which dermatological signs and symptoms are the predominant feature. Skin lesions are very variable, depending on the methods they choose to use and the imagination of their perpetrators but there are some common characteristics. Its diagnosis is difficult, and it can only be made after excluding real physical illness, based on the morphology of the lesions and the patient's personality characteristics. The treatment is also complicated but it is important to identify the disorder in an early stage and to treat the underlying psychiatric disorders.

We report the case of a child with dermatitis artefacta in the form of purpuric lesions.

©2011 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords

Dermatitis, artefacta, factitious disorder



Figura 1. Lesiones purpúricas lineales de tamaño uniforme, y algunas de ellas de morfología arciforme, localizadas en la cara anteroexterna del miembro superior derecho

pulsos periféricos eran palpables. Presentaba lesiones purpúricas lineales de tamaño uniforme, algunas de ellas de morfología arciforme, localizadas en la cara anteroexterna del miembro superior derecho. Refería que no eran pruriginosas pero sí dolorosas al tacto (figura 1). No presentaba lesiones en otras



Figuras 2 y 3. Aparición de lesiones similares en el brazo contralateral, sin apreciarse lesiones similares en las zonas de venopunción, coincidiendo con periodos en los que el niño está solo. Detalle de las lesiones

localizaciones y las mucosas estaban húmedas. El resto de la exploración por aparatos era normal.

Se realizó una analítica de sangre con hemograma y un estudio de coagulación, con resultados normales. Durante su estancia hospitalaria aparecieron nuevas lesiones similares en el antebrazo derecho y en el brazo contralateral, pero no se observaban lesiones en la zona de venopunción. Estas nuevas lesiones aparecieron coincidiendo con periodos en los que el niño se encontraba solo (figuras 2 y 3).

Fue valorado por el servicio de dermatología y psiquiatría infantil, tras lo cual terminó confesando que se las había realizado él mismo con la boca y los dedos, con el objetivo de que sus padres estuviesen juntos de nuevo, como ya sucedió durante el ingreso hospitalario previo. Se dio de alta al paciente con el diagnóstico de dermatitis artefacta (DA) y su evolución fue buena, al no producirse más lesiones, con desaparición de las previas a los pocos días (figura 4).

Discusión

Los trastornos facticios se definen en el DMS-IV como el fingimiento o producción intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos en los que el sujeto busca asumir el papel de enfermo, sin que existan incentivos externos para el comportamiento (ganancia económica, evitar una responsabilidad legal o mejorar el bienestar físico), como ocurre en el caso de la simulación. Si predominan los signos y síntomas de tipo dermatológico, se define como dermatitis facticia (DF)¹. El diagnóstico no implica que no existan trastornos verdaderos, puesto que es frecuente que se relacionen con alteraciones psiquiátricas subyacentes², sobre todo en la población adulta. En los niños esta relación no está tan bien establecida y se considera como una «llamada de socorro» ante factores estresantes (mal rendimiento académico, relaciones familiares distorsionadas, sentimiento de soledad...)³, aunque algunos pueden tener características de ansiedad, depresión u otras enfermedades psiquiátricas.



Figura 4. Resolución completa de las lesiones

Se suelen utilizar los términos DF y DA para definir al mismo tipo de pacientes. No obstante, algunos autores, como Kalivas⁴, diferencian estos términos, matizando en el caso de la DA el hecho de que los pacientes admiten la realización de las lesiones, pero en ningún caso en la DF. Al resultar complicado hacer este matiz hasta fases avanzadas del seguimiento del paciente, se utilizan ambos términos indistintamente⁵.

Estimar la incidencia de la DA es difícil, aunque tal vez es más común de lo que habitualmente se reconoce. Se sabe que es más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes, sobre todo del sexo femenino, y menos frecuente en la infancia. También se ha observado una relación con familiares que trabajan en el sector sanitario o en pacientes que han tenido una enfermedad larga^{5,6}.

En la DA las lesiones suelen ser muy variables, en función del método empleado y de la imaginación de quienes se las producen; no obstante, aparecen algunas características co-

munes. Generalmente no se asocian a las enfermedades dermatológicas conocidas, al no ajustarse a la distribución y la morfología de cualquiera de ellas. Los bordes son agudos o geométricos, y se delimita perfectamente el área de la lesión. Se localizan preferentemente en las zonas accesibles al alcance de la mano (a menudo son unilaterales, normalmente en el lado contrario a la mano dominante); generalmente todas las lesiones aparecen en la misma fase de desarrollo y, por tanto, carecen de historia específica en su progresión, sin que pueda explicarse claramente el modo de aparición a partir de una información poco detallada (*hollow history*)^{7,8}. Suelen aparecer durante la noche o en momentos en los que el paciente se encuentra solo. Las lesiones que se cubren o se aíslan de la manipulación del paciente mejoran de forma espectacular, y las localizaciones más comunes son la cara, la parte superior del tronco y las extremidades. El ambiente también es característico; el niño puede aparecer tembloroso y lloroso, aunque es más común que parezca indiferente o despreocupado respecto a las lesiones (*belle indifférence*). Por el contrario, sus padres se muestran preocupados y ansiosos.

Las lesiones suelen ser muy variables, como ya se ha referido previamente. Las formas clínicas más frecuentes son las ulceraciones y las excoiaciones⁵. Son frecuentes también las lesiones ampollosas, el endurecimiento de la piel que puede simular paniculitis y las lesiones de tipo purpúrico que remedan vasculitis⁹, eritema, edema¹⁰ o costras. Menos frecuentes son las pigmentaciones, las necrosis, las equimosis, las cicatrices y los tumores^{11,12}.

El diagnóstico de DA se establece por exclusión, y requiere la realización de un diagnóstico diferencial con múltiples afecciones. Hay que excluir las enfermedades físicas verdaderas, y se basa en la morfología de las lesiones asociadas a los rasgos de personalidad del paciente. En este caso se realizó el diagnóstico diferencial de la púrpura en pediatría excluyéndose determinados procesos (coagulopatía, trombocitopenia, vasculitis, púrpuras farmacológicas...) y descartándose también el maltrato infantil.

La biopsia cutánea no es resolutive, si bien puede ayudar al diagnóstico. Es útil para descartar hallazgos característicos de otras enfermedades dermatológicas conocidas o para demostrar la presencia de sustancias causales⁵, aunque en ocasiones puede enmascarar y confundir el diagnóstico¹².

El tratamiento de estos pacientes es difícil, y la evolución es recurrente y crónica en numerosos casos. En los niños el pronóstico es mejor, puesto que la psicopatología es menor, y los

síntomas, sobre todo en los más pequeños, suelen ser menos graves y menos prolongados⁷.

Es importante identificar de forma precoz el trastorno para evitar la realización de numerosas pruebas complementarias. Hay que realizar la curación de las lesiones cutáneas en caso necesario. Tenemos que evitar incriminar al paciente y mantener una buena relación con él basada en la confianza, intentando ser comprensivo para evitar su peregrinaje por distintos hospitales.

La confrontación con el paciente es una forma útil de abordar la situación, aunque difícil, y en muchos casos requiere la intervención de un psiquiatra. La valoración y el tratamiento psiquiátrico es importante para tratar la patología psiquiátrica subyacente, aunque muchos pacientes suelen rechazarla.

En conclusión, la DA es una patología que exige un alto índice de sospecha, y hay que tenerla en cuenta si aparecen las características comunes expuestas previamente. ■

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. DSM-IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 2002; 575-579.
2. Bocchino S. Trastornos facticios. Rev Psiquiatr Urug. 2005; 69: 92-101.
3. Tribó MJ. Influencia y conexiones de la dermatología con los trastornos psiquiátricos. Dermatol Pract. 2009; 17: 5-12.
4. Kalivas J. Dermatitis artefacta vs dermatitis facticia. Dermatol Psychosom. 2003; 4: 168.
5. Guerra Tapia A. Dermatología psiquiátrica, volumen 1. De la mente a la piel. Barcelona: Ed. Glosa, 2009; 63-78.
6. Sáez de Ocariz M. Dermatitis artefacta in pediatric patients: experience at the National Institute of Pediatrics. Pediatr Dermatol. 2004; 21: 272-273.
7. Shah KN, Fried RG. Factitial dermatoses in children. Curr Opin Pediatr. 2006; 18: 403-409.
8. Koblenzer CS. Dermatitis artefacta. Clinical features and approaches to treatment. Am J Clin Dermatol. 2000; 1: 47-55.
9. Harper JI, Copeman PWM. Dermatitis artefacta presenting as vasculitis. J R Soc Med. 1983; 76: 970-971.
10. Sneddon I, Sneddon J. Self-inflicted injury: a follow up study of 43 patients. BMJ. 1975; 3: 527-530.
11. Murray AT, Goble R, Sutton GA. Dermatitis artefacta presenting as a basal cell carcinoma: an important clinical sign missed. Br J Ophthalmol. 1998; 82: 97.
12. Angus J, Affleck AG, Croft JC, et al. Dermatitis artefacta in a 12-year-old girl mimicking cutaneous T-cell lymphoma. Pediatr Dermatol. 2007; 24: 327-329.