

Dermatitis artefacta

Cristina Serrano Falcón^a y María del Mar Serrano Falcón^b

^aServicio de Dermatología. Chare Guadix. Empresa Pública Hospital de Poniente. Granada. España.

^bDepartamento de Anatomía Patológica. Facultad de Medicina. Universidad de Granada. Granada. España.

La dermatitis artefacta (dermatitis facticia, patomi-
nia) es una enfermedad de la piel autoinfligida. Para su
diagnóstico debe faltar una causa racional que la expli-
que y el paciente debe ocultar su responsabilidad en el
proceso.

CASO CLÍNICO

Mujer de 32 años derivada a la consulta con diagnósti-
co de herpes simple de 2 meses de evolución. Como an-
tecedente, 3 meses antes había estado ingresada por hi-
poglucemias descontroladas que se filiaron de origen
farmacológico. Durante su ingreso se diagnosticó un
herpes labial tratado –sin mejoría– con aciclovir tópico
y posteriormente con aciclovir, valaciclovir y famciclo-
vir oral, también sin respuesta. A los pocos días le apa-
recieron en las mejillas ulceraciones y costras y moles-
tias oculares que se diagnosticaron de herpes oftálmico.
Estos episodios motivaron un tratamiento con foscarnet
intravenoso; como efecto secundario, la paciente con-
trajo una necrosis tubular aguda y se suspendió la tera-
pia. En las determinaciones analíticas tan sólo se halló
anemia hipocroma, PCR del virus herpes negativo y cul-
tivo del exudado de las lesiones de la mejilla positivo
para *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina.

A la exploración presentaba excoriaciones, ulceracio-
nes y costras hemorrágicas sobre base cicatrizal en am-
bas mejillas, de forma bilateral y simétrica, y en ambos
labios, sólo en la parte externa, respetando las mucosas
interna y yugal (fig. 1). El diagnóstico de herpes simple
se descartó de entrada porque no tenía ni había tenido
vesículas, no había adenopatías, la localización era muy
atípica, era un cuadro de larga evolución y no había teni-
do respuesta a tratamientos antivirales específicos.

Con la sospecha clínica de dermatitis artefacta, se
practicó una biopsia para descartar otros procesos y
confirmar el diagnóstico. El estudio anatomopatológico
se informó como una úlcera crónica inespecífica e impe-
tiginizada.

Correspondencia: Dra. C. Serrano Falcón.
Dermatología. CHARE Guadix.
Avda. Mariana Pineda, s/n. 18500 Guadix. Granada. España.
Correo electrónico: Serranofalcon@gmail.com



Figura 1. Excoriaciones y costras hemorrágicas bilaterales y simé-
tricas en localizaciones visibles y de fácil acceso.

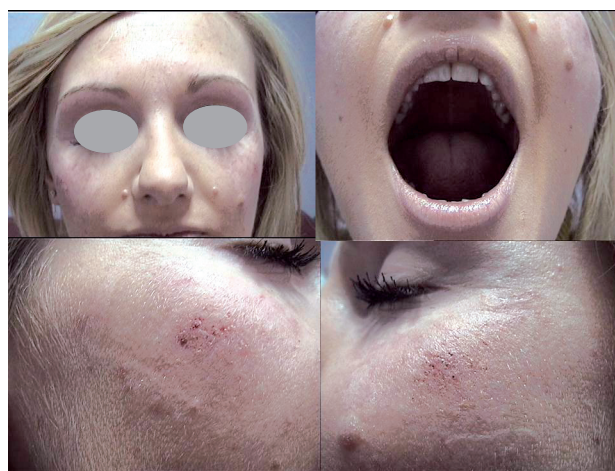


Figura 2. Las lesiones se resolvieron en una semana con cura ocu-
siva y control diario de la paciente.

Se iniciaron curas cerradas con pomada antibiótica y
tul graso en régimen ambulatorio con control diario de
la paciente, y en 1 semana las lesiones habían desapare-
cido (fig. 2). Derivamos a la paciente al servicio de psi-
quiatria, donde se confirmó el diagnóstico y se inició el
tratamiento.

DISCUSIÓN

La dermatitis artefacta es un síndrome psicocutá-
neo en el que los pacientes se autoinfligen las lesio-
nes, de forma consciente o inconsciente, como medio
para satisfacer una necesidad psíquica que, en la ma-
yoría de las ocasiones, no tienen presente. Es un pro-
ceso poco frecuente que ocurre en un 0,05-0,5% de los
pacientes dermatológicos, aunque seguramente está
infradiagnosticado. Predomina en mujeres (de 3:1 a
20:1) y en la adolescencia, y la causa suele ser una
respuesta desadaptativa a un episodio de estrés psico-
social. Suelen concurrir trastornos de la personalidad,
de los que el más frecuente es la personalidad *border-
line*.

Para esta enfermedad no existen criterios diagnósticos; lo más importante es la exclusión de otras dermatosis que puedan explicar las lesiones. Otras características son:

- Las lesiones están perfectamente delimitadas en zonas accesibles y hay mejoría simplemente con la oclusión de la zona.
- Las lesiones son múltiples, similares entre ellas y simétricas.
- Las lesiones, a pesar de su aparatosidad, suelen ser poco sintomáticas.
- Hay negación de la causa e indiferencia.
- Se da el llamado «*Doctor shopping*»: visitan a distintos profesionales ante la insinuación del origen de las lesiones.
- Hay «vacíos de la anamnesis»: muestran ignorancia en cuanto al comienzo y el desarrollo de las lesiones con pobreza de signos y síntomas previos.
- «Profecía melodramática»: los pacientes son capaces de adivinar el lugar exacto donde va a aparecer la nueva lesión.

Nuestra paciente fue diagnosticada de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, subtipo límite (*borderline*). Mostraba inestabilidad emocional, interpersonal y de identidad, con alteración del comportamiento y marcada impulsividad en su conducta. Había tenido dos embarazos a los 14 y a los 18 años y es madre soltera, con múltiples parejas que no se consolidaban. Había un sentimiento de rivalidad entre sus hermanos, y se confirmó un absentismo laboral que la llevaba a trabajos inestables. Este problema sociofamiliar le conllevaba un importante componente ansioso.

Se mostraba incapaz de aceptar responsabilidades ni de planificación. Era una persona caprichosa y con un

discurso dominado por la autojustificación y la búsqueda constante del cariño y la comprensión de los demás. Además mostraba autoinvalidación y sentimientos de vergüenza, ira y culpa. Como estos sentimientos de culpa no aparecen en los trastornos de personalidad puros, que son por definición egosintónicos, se los encuadró en el trastorno de inestabilidad emocional subtipo límite, también porque presentaba algunas características de neurosis. Ella percibía este sufrimiento emocional como algo inevitable, en lugar de ser un factor que debiera aprender a evitar.

Por lo tanto, nuestra paciente se producía las lesiones para desviar la atención hacia otros problemas y evitar las críticas y el reproche.

El diagnóstico y el tratamiento de la dermatitis artefacta es difícil, y además tiene un pronóstico pobre. Es necesaria la cooperación del dermatólogo (que se debe encargar del diagnóstico de exclusión y el tratamiento de la enfermedad de la piel), el psiquiatra (de la enfermedad mental) y de la familia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gregurek-Novak T, Novak-Bilic G, Vucic M. Dermatitis artefacta: unusual appearance in an older woman. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2005;19:223-5.
2. Klobenzer CS. Dermatitis artefacta: clinical features and approaches to treatment. *Am J Dermatol* 2000;1:47-55.
3. Harman M, Akdeniz S, Bayram Y. Dermatitis artefacta. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2001;15:368-70.
4. Rodríguez-Pichardo A. Dermatitis artefacta. En: Grimalt F, Cotterill JA. *Dermatología y psiquiatría.* Madrid: Aula Médica; 2002. p. 143-63.
5. Hernandez-Gil J, Guiote MV, Vilanova A, Mendoza F, Linares J, Naranjo R. Úlceras genitales artefactas de aparición simultánea en pareja. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:122-5.
6. Ginarte M, Amrouni B, Toribio J. Dermatitis artefacta. Presentación de un caso. *Actas Dermosifiliogr.* 2001;92:502-4.
7. Miguélez Hernández A, Pascual Aranda A, Vanaclocha Sebastián F, Rubio Valladolid G, Iglesias Diez L. Dermatitis artefacta de localización periorbitaria y perioral. *Actas Dermosifiliogr.* 2002;93:45-8.