

DERMATITIS FACTICIA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Facticial dermatitis. Case presentation and literature review

Octavio Small Arana

RESUMEN

Las dermatitis facticias o dermatitis artefactas corresponden a un grupo numeroso de afecciones cutáneas muy frecuentes, las mismas que están asociadas a trastornos psiquiátricos, cuya característica principal es la de ser originada por auto agresión del paciente; este concepto es fundamental para diferenciarla de otras lesiones cutáneas que se presentan en sujetos normales. Las lesiones cutáneas que caracterizan a la dermatitis facticia se pueden presentar en diversas partes del cuerpo, siendo las más comunes las excoriaciones, pellizcamientos, heridas diversas, ulceraciones, arrancamiento de cabello, lesiones ungueales, etc. El caso que se presenta es una dermatosis rara hiperqueratósica, costrosa, localizada en el dorso de la nariz y parte de cara, con un tiempo de evolución de aproximadamente dos años, en una mujer de 24 años, que padece de esquizofrenia paranoide, con la idea obsesiva de creer que su alma está localizada en el área nasal, por eso ella ni nadie podía tocar esa zona, dando origen a la formación de la gran costra nasogeniana. Se narra detalladamente las dificultades que se tuvo con la paciente para someterla al tratamiento dermatológico que al final se logró. Se hace una revisión bibliográfica del tema, haciendo notar que no hay ningún caso similar descrito antes con las características descritas.

Palabras Clave: Fototerapia, UVB, UVB-NB.

Dermatol Perú 2007;17(2): 110-114

ABSTRACT.

Facticial dermatitis belongs to a numerous group of common dermatoses that are associated with psychiatric disorders, with its principal feature is origin in auto aggression; this concept is very important and differentiate it from those presented in normal people. The cutaneous lesions are localized in almost any region, and the more common are excoriations, pinches, wounds, ulcerations, hair pulling, nail lesions, etc. The present case is a rare crusty hyperkeratotic dermatosis, localized on nasal dorsum, and partially on face, since two years ago, in a 24 years old woman, that suffers of paranoid schizophrenia, with the obsessive idea that her soul is localized on her nose and consequently no person,

including she can touch this area that exhibits an enormous crust. Also is described the difficulties that we had to treat this patient. A bibliographic revision is made.

Key words: Facticial dermatitis, Artifact dermatitis

INTRODUCCIÓN.

La dermatitis facticia (DF) representa un gran número de lesiones cutáneas que se presentan en forma característica en pacientes con padecimientos psiquiátricos de diversos ordenes tanto neuróticos como, en especial, psicóticos^(1,2). El común denominador en todas estas afecciones cutáneas es la de ser originadas por autoagresión del paciente, dando como resultado áreas excoriadas, ulceraciones crónicas, engrosamiento por rascado, onicofagia, tricotilomanía y otras formas de agresiones cutáneas cuyas características son imprevisibles⁽³⁻⁵⁾. Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino con características clínicas de una DF,

- Profesor de la Cátedra de Dermatología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
 Coordinador del Servicio de Dermatología de la Clínica Universitaria de San Marcos.
 Medico Dermatólogo de las Clínicas Maison de Sante de Lima y Chorrillos.
 Recibido 22-06-2007 Aceptado: 28-06-2007



localizada en el dorso de la nariz y parte de la zona geniana aledaña, en la que se detallan el desarrollo, las características de la lesión, y las dificultades en el manejo terapéutico, por ser paciente psiquiátrica, y que había visitado previamente a tres dermatólogos. La paciente padece de esquizofrenia paranoide con “la idea obsesiva de creer que su alma se encuentra localizada en el área nasal” y por eso, ella ni nadie podían tocar esa zona, para no lastimarla, para no herirla, pues su alma representa su parte vital y si se la lastima, incluso podría morir. Por esta razón, se niega a higienizar esa zona por muchísimo tiempo, dando como resultado la formación de una costra, que luego se describirá.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, de 24 años de edad, natural y procedente de Lima, con tiempo de enfermedad cutánea de dos años aproximadamente, con diagnóstico de esquizofrenia paranoide desde hace tres años y con tratamiento antipsicótico en forma irregular debido a su negativa en algunas oportunidades de asistir al Hospital Psiquiátrico donde recibe atención especializada desde el inicio de su enfermedad. La paciente fue referida por su médico psiquiatra, por presentar en la zona nasal y parte de la cara una formación costrosa que se incrementa con el tiempo, con la finalidad de hacer el diagnóstico y tratamiento en consultorio privado, adjuntando un informe breve de su diagnóstico psiquiátrico, estado actual y la medicación que recibía en ese momento. A las consultas la paciente asiste en compañía de su madre, quién proporciona en forma detallada y real la información necesaria para el diagnóstico correcto. En la primera consulta, al examen clínico, se aprecia una paciente de tez blanca, en regular estado de estado de nutrición; en su aspecto personal llama la atención el uso de chompa y saco grueso, siendo inicio de verano. Se la ve desconfiada, con una mirada triste, ojos llorosos, temerosa, mira por todos lados en el consultorio, responde a las preguntas con palabras entrecortadas; era muy evidente observar la gran costra que cubría su nariz. Refiere la madre que la lesión se inicia hace dos años, en que observa una coloración sucia en la nariz, la misma que se va incrementando con el correr de los meses hasta alcanzar las proporciones actuales. Después de varios minutos accede recostarse en la camilla para ser examinada y ser fotografiada. En la figura 1 se aprecia una gran

costra marrón oscura que cubre el dorso de la nariz con un espesor de 0.4 a 0.5 cm, la misma que se extiende en menor espesor a ambas zonas genianas. Los orificios nasales externos se encuentran parcialmente taponados por la masa costrosa, que hace que la paciente respire con dificultad por la nariz y tenga la voz gangosa al hablar (Figura 2).

En el ala nasal izquierda, la formación costrosa es más compacta y prominente dando el aspecto cornificado con un espesor de 1cm (Figura 1). En el dorso de la nariz, las costras se orientan en forma de cordones que se alinean en forma paralela al eje longitudinal nasal.

El examen de la paciente fue sumamente dificultoso, por sus actitudes negativistas, rechazando el ser examinada por temor a que sea ‘lastimada su alma’ y puso como primera condición no utilizar pinzas ni ningún elemento metálico durante su evaluación. El diagnóstico de DF era muy claro.

Utilizando técnicas de psicoterapia muy simples se logró iniciar el tratamiento aplicando paños tibios con agua de manzanilla por espacio de 30 minutos, cambiando los apósitos cada tres minutos con la finalidad de hidratar bien las costras duras, para luego aplicar una crema queratolítica (ácido salicílico al 4%, resorcina al 5%, en base vaselinada) cubriendo todas las lesiones (figura 3) repitiendo el tratamiento durante 4 días.

Al quinto día de iniciado el tratamiento con el queratolítico regresó la paciente para continuar con su tratamiento y en esta oportunidad se procedió nuevamente a hidratar las zonas con agua tibia jabonosa, por 10 minutos, luego del cual se desprendieron las costras con la ayuda de un hisopo y una gasa, de esta manera se logró eliminar gran cantidad de material costroso adherido a la piel (figura 4).quedando ésta de un color rosado con moderada inflamación (figura 5).

De las fosas nasales se retiraron dos tapones que invadían parte de las cavidades nasales, aliviando inmediatamente su deficiencia respiratoria, con lo que su voz recuperó su timbre normal. Como tratamiento final, se le indicó lavado diario con agua y jabón de avena, aplicación de crema hidratante dos veces al día por tres semanas. El último control se efectuó al mes del descostrado, quedando la paciente totalmente curada, pero con el control permanente de su psiquiatra, para asegurar su tratamiento de fondo.



Figura 1



Figura 2

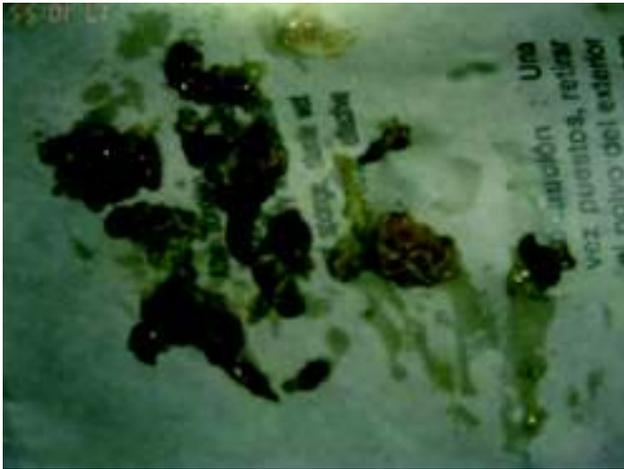


Figura 4

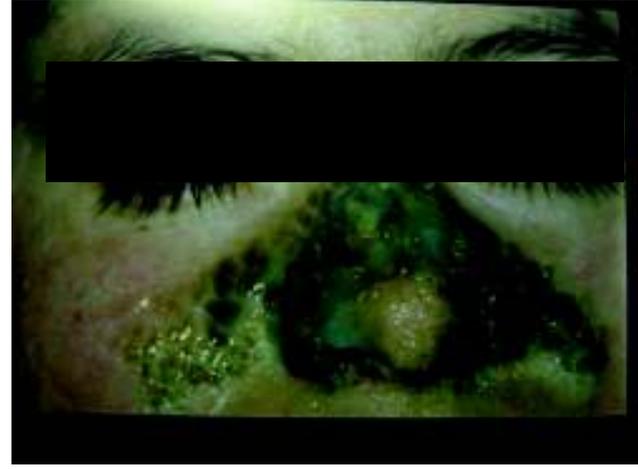


Figura 3



Figura 5



DISCUSIÓN

Se define a la dermatitis facticia (DF) o dermatitis artefacta (DA) como dermatosis diversas, caracterizadas por la presencia de "lesiones cutáneas autoinflingidas y provocadas por el mismo paciente, con la finalidad de despertar simpatía, llamar la atención de los demás, eludir un deber, obtener seguridad o por manifestación psicossomática". Los pacientes que la padecen siempre tienen trastornos psiquiátricos asociados, ya sean neuróticos o psicóticos, siendo más frecuentes en el sexo femenino^(1,2). La DF puede variar ampliamente en morfología y distribución, las lesiones casi siempre tienen un inicio abrupto, suelen ser bizarras y con bordes irregulares, se encuentran en zonas fácilmente accesibles a las manos del paciente^(3,4). En el caso que se presenta, si bien es cierto que las lesiones no se han producido por agresión directa, lastimándose la piel, como ocurre en las demás DF, sí se ha originado porque la paciente en forma intencional y patológica se negó a higienizar la zona afectada⁽⁵⁾ por los motivos ya expuestos, dando como resultado la formación de esta inmensa masa costrosa naso-facial. El término de DF, se ajusta bien en este caso, ya que al desprender la costra, la piel se encontraba moderadamente inflamada y con ardor que persistió por dos días posteriores.

Koblenzek clasifica a las enfermedades psicossomáticas en 3 categorías⁽⁶⁾: 1- Dermatosis que son estrictamente psicológicas, desde su origen como son la DF o DA. 2- Dermatosis a las cuales se imputan factores psicológicos muy intensos, Ej.: urticaria crónica o hiperhidrosis. 3- Enfermedades cutáneas con carga genética asociadas al stress, como son la psoriasis, dermatitis atópica, el lupus recurrente. Eller⁽⁷⁾, agrega a esta clasificación una cuarta categoría de desordenes de la piel que afectan a la esfera psíquica, como son las asociadas a desfiguraciones, dolor crónico y/o prurito. En realidad, en la revisión efectuada sobre este tema se encuentran muchas controversias⁽⁸⁻¹¹⁾, en las que deben diferenciarse las formas donde existe algún grado de inflamación (DF), de las lesiones donde no predominan los procesos inflamatorios, para los que se reservaría simplemente la denominación de "Dermatosis Facticias", como quizás sería la denominación mas apropiado en este caso.

La DF que se describe en esta paciente debe diferenciarse casi exclusivamente de la Dermatitis Neglata, denominación que fue dada por Poskitt y col.^(12,13) en 1995 para designar una dermatosis caracterizada por la formación de placas queratósicas pigmentadas o marrones que se presentan en pacientes con "psiquismo

normal" y que asientan en zonas de la piel, donde no alcanza la mano para higienizarse o lo hacen en forma defectuosa debido al dolor o por el temor de hacerlo mal. En este caso, las costras que se originan por acumulación de descamación, sebo, sudor, bacterias, son poco adherentes y se desprenden con facilidad frotando la zona con una gasa mojada con alcohol, sin que la piel se irrite al finalizar la limpieza.

En el caso que nos ocupa, la dermatosis se presenta en una paciente que sufre de esquizofrenia paranoide, y para entender mejor esta enfermedad recordaremos que la esquizofrenia es una psicosis muy frecuente que afecta a gente joven entre los 15 y 35 años mayoritariamente. Se describen clásicamente 4 síndromes: La forma simple, la catatónica, la hebefrénica y la paranoide^(1,2,14,15). En la forma simple hay rasgos poco marcados de la enfermedad, predominan el aislamiento, cambios de la personalidad con apatía, desamor, indiferencia. En la forma catatónica el paciente adopta actitudes de inmovilidad, se queda quieto en una posición por horas, permanece mudo y negativista. La forma hebefrénica, se caracteriza por una considerable regresión a la conducta primitiva desinhibida y desorganizada, efectúa actividades sin finalidad constructiva. La forma paranoide se caracteriza por presentar convicciones delirantes y obsesivas fijas; ideas de persecución, de grandeza, el paciente se mantiene tenso, suspicaz, reservado, a menudo hostil y agresivo; puede comportarse bien en sociedad con limitaciones, su inteligencia en áreas no invadidas por sus convicciones delirantes puede continuar siendo alta. Las clasificaciones de las enfermedades psiquiátricas, del grupo de las esquizofrenias y otras, están en constantes revisiones⁽¹⁵⁾ es así que últimamente se agregan al grupo de las esquizofrenias 2 tipos más⁽¹⁶⁾: el tipo indiferenciado, que presenta manifestaciones de todos los tipos y no se puede clasificar con exactitud en las formas anteriores, y el tipo residual, donde después de un episodio psicótico persisten ciertos síntomas sobre todo los negativistas, aunque disminuyen las alucinaciones y obsesiones, son personas que se ven raros, sucios, desarreglados, aislados y solitarios.

La presentación de este caso deja muchas enseñanzas para el dermatólogo, sobre todo la forma de cómo plantear el tratamiento y cómo manejar estos casos. Por esta razón se debe tener muy presente de la ocurrencia de diversas afecciones dermatológicas en pacientes con padecimientos psiquiátricos. Jamás olvidar que nuestro trato y nuestras actitudes frente a estos pacientes no serán iguales a los que tienen un psiquismo normal⁽¹⁷⁾.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fridman A, Kaplan H, Sadock B. Tratado de Psiquiatría. Barcelona:Salvat editores, 1982: 951-15
2. Sadock BJ, Sadock VA. In: Kaplan and Sadock's, Synopsis of Psiquiatry, 9th ed Philadelphia: Williams & Wilkins, 2003:471-504
3. Jones R. Trastornos Facticios. En: Kaplan H, Sadock B. Tratado de Psiquiatría. 6a Ed. Bs. As.:Inter-Medic, 1995:1197 - 1205.
4. Stella Bocchino. Trastornos facticios. Rev Psiquiat Urug. 2005; 69 (1):92-101.
5. E.Serra - Baldrich, M. J. Tribó Boixareu. Dermatitis Facticia y otros trastornos Obsesivo - Compulsivo. Act Dermatol. 1998; 10:721-728.
6. Koblenzer C S. Psychosomatics Concepts in Dermatology. Arch Dermatol. 1983 ; 119:501-12.
7. Eller J J. Skin Disorders and the Psyche. Cutis. 1974; 13:395-416.
8. Antony S J, Mannion S M. Dermatitis Artefacta, revisited. Cutis. 1995:362-4
9. Limobin F, Andes J. Behcet disease and factitious manic- depressive psychosis: a case of Muchhausen Syndrome. Press Med. 1996; 18:1460-62.
10. Rivers J K. Happy face stamps: an unusual form of dermatitis artefacta. J Am Acad Dermatol. 1991; 24:662
11. Sneddon I, Sneddon J. Self- inflicted injury: a follow up study of 43 patients. Br Med J. 1975; 3:527-30.
12. Sánchez A, Duran C, De la Cruz-Osorio M y Col. Dermatosis Neglata: Un reto diagnóstico. Dermatol Latinoam. 2005; 3(1):45-7.
13. Zaindens SH. Self inflicted dermatoses and their psychodynamics. J. Nerv Ment Dis. 1951; 113:395-404.
14. Rumans L, Vosti K. Factitious and fraudulent fever. Am J Med. 1978; 65(5): 745-55 .
15. Andresen NC. Symptoms, signs and diagnosis of schizophrenia. Lancet. 1995; 346:477.
16. Birchwood M. Esquizofrenia. Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos. Volumen I. La Rioja: ED. Siglo XXXI. 1995.
17. Fruensgaard K. Psychotherapeutic Strategy and neurotics excoriations. Int J Dermatol. 1991; 30:198-203.