

Identifique el caso

Alejandro Guerrero-Zulueta*

Masculino de 20 años, con múltiples lesiones dolorosas nódulo-quisticas en tercio proximal de cara anterior del tórax



Respuesta del diagnóstico de la imagen Aten Fam 2014;21(3):99

La **enfermedad cutánea artefactual**, conocida también como dermatitis facticia o dermatitis artefacta, puede ser identificada por la presencia de lesiones cutáneas autoinflingidas. Los pacientes que la padecen tienen trastornos psiquiátricos asociados, ya sean neuróticos o psicóticos.¹

Epidemiológicamente, es un proceso poco frecuente, que ocurre de 0.05 a 0.5% en los pacientes dermatológicos, aunque seguramente está subdiagnosticado.² Tiene un claro predominio del sexo femenino de ocho mujeres por cada tres varones y en personas jóvenes de 15 a 25 años.³

La etiología resulta secundaria a hábitos compulsivos para satisfacer una necesidad inconsciente psicológica o emocional, o bien para obtener ganancias secundarias,⁴ y presenta dos características importantes:⁵

1. La ausencia de un motivo racional que la explique
2. La negación del paciente sobre su responsabilidad en la génesis de la dermatosis

Clínicamente, el aspecto de las lesiones dependerá de los medios usados para dañarse, pudiendo ser superficiales o profundas, afectando primordialmente las zonas situadas a poca distancia de las manos del paciente⁶ al utilizar las uñas, objetos cortantes, cáusticos, presión sobre la piel, etc., e indudablemente representan un gran reto para el dermatólogo por la dificultad para establecer una buena historia clínica y un diagnóstico de certeza, las variedades clínicas más frecuentes son:⁷ escoriaciones, con 33%, que suelen ser lineales, sin

prurito y ocasionadas por uñas; úlceras de bordes perfectos, con 26.6%; ampollas, con 13.7%, debidas a quemaduras o lesiones por agentes químicos; e induraciones por inyección en la piel de químicos, leche, orina, etc. Cabe mencionar que los pacientes pueden realizar profecías melodramáticas,² ya que son capaces de adivinar el lugar exacto donde va a aparecer una lesión, mostrando además una pobreza de síntomas o signos previos.

No existen pruebas de laboratorio o histológicas para identificar esta dermatopatología, el diagnóstico dependerá de la capacidad clínica del médico tratante y un alto índice de sospecha ante lesiones atípicas, bizarras, de inicio abrupto y fácilmente accesibles a las manos; sin olvidar que el trato y actitud frente a estos pacientes, no debe ser igual al que se tiene frente a pacientes con un psiquismo normal.⁸

La terapéutica resulta individual y el médico de primer contacto con citas programadas con regularidad y un trato amable, puede ser la mejor de solución, canalizando al psiquiatra sólo a los pacientes psicóticos.

Referencias

1. Small AO. Dermatitis facticia. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Dermatol Perú*. 2007;17(2):110-14.
2. Rodríguez M, García CSJ. Dermatitis artefacta. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2010;9(2):59-61.
3. Van Moffaert M. Factitious affections in dermatology. *Arch Belg Dermatol*. 1974;30:221-24.
4. Choodary SV, Khairkar P, Singh A, Gupta S. Dermatitis artefacta: keloids and foreign body granuloma due to overvalued ideation of acupuncture. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2009;75:606-8.
5. Consoli SG. Dermatitis artefacta. A general review. *Eur J Dermatol*. 1995;5:5-11.
6. Zaleska A, et al. Dermatitis artefacta in a patient with paranoid syndrome. *Acta Derm Venereol*. 2007;16:37-9.
7. Espinosa TM, Martínez V, Espinosa ZM, Cruz AC. Dermatitis facticia: comunicación de un caso. *Dermatología Rev Mex*. 2010;54(3):154-8.
8. Fruensgaat K. Psychotherapeutic strategy and neurotics excoriations. *Int J Dermatol*. 1991;30:198-203.

*Médico adscrito a la unidad de medicina familiar (UMF) no. 22, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), hospital, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Teziutlán, Puebla, México

Correspondencia:
Alejandro Guerrero-Zulueta
agzulueta@hotmail.com