

# Dermatitis artefacta de localización periorbitaria y perioral

Ana Miguélez Hernández\*, Ana Pascual Aranda\*\*, Francisco Vanaclocha Sebastián\*, Gabriel Rubio Valladolid\*\* y Luis Iglesias Díez\*

Servicios de \* Dermatología y \*\* Psiquiatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

**Resumen.**—La dermatitis artefacta, que pertenece al espectro de los trastornos facticios, se define como cualquier cuadro dermatológico autoinfligido en el que el paciente niega sistemáticamente su responsabilidad. Es necesario un alto índice de sospecha para el diagnóstico, especialmente en pacientes con enfermedades sistémicas inusuales, lesiones cutáneas atípicas o ingresos hospitalarios recurrentes. Presentamos el caso de una mujer de 43 años, con historia reumatológica de 13 años, que consulta por un cuadro dermatológico atípico de 1 año de evolución, que consiste en brotes recurrentes de vesículas y pústulas localizados en las regiones periorbitaria y perioral, con distribución simétrica y borde bien definido en «antifaz», que evolucionan a la formación de costras. El cuadro ha requerido hospitalización en cinco ocasiones. Las pruebas complementarias no presentaron alteraciones significativas. La histología fue inespecífica. El cultivo bacteriano y vírico de una de las lesiones vesiculosas fue negativo. El vendaje oclusivo fue el único tratamiento parcialmente eficaz. La valoración psiquiátrica confirmó el diagnóstico de trastorno facticio, estableciéndose una relación empática y de apoyo, evitando la confrontación directa.

En definitiva, se recomienda una estrecha colaboración entre dermatólogos y psiquiatras.

**Palabras clave:** dermatitis artefacta, trastorno facticio.

Miguélez Hernández A, et al. Dermatitis artefacta de la localización periorbitaria y perioral. *Actas Dermosifiliogr* 2002; 93(1):45-8.

## PERIOCCULAR AND PERIORAL ARTEFACTUAL DERMATITIS

**Abstract.**—Dermatitis artefacta, a part of the general spectrum of factitious conditions, is defined as a self-inflicted disorder in which the responsibility for the lesions is uniformly denied by the patient. A high index of suspicion is needed in the diagnosis, specially in patients presenting with unusual multisystem disease, bizarre skin lesions and recurrent hospital visits.

We report the case of a 43-year-old woman with a 13-year rheumatological history, presenting with atypical crops of blisters and pustules, developing into excoriations and crusty lesions with an extremely symmetric distribution, located in periocular and perioral regions, of one year duration. She has already been admitted to hospital on five occasions. Laboratory tests showed no significant alterations. Histopathology was not specific. Occlusive dressings were the only partially effective treatment. Psychiatric assessment confirmed a diagnosis of factitious disease. Psychiatric relationship was established employing a supportive and empathic approach and avoiding direct confrontation.

Therefore, liaison between dermatologists and psychiatrists is strongly advocated.

**Key words:** artefactual dermatitis, factitious disease.

## INTRODUCCIÓN

La dermatitis artefacta pertenece al grupo más amplio de los trastornos facticios y se define como cualquier cuadro dermatológico caracterizado por la presencia de lesiones que el paciente produce en su piel negando su participación en el proceso. Generalmente responde a la necesidad psicológica de asumir un papel de enfermo<sup>1</sup>. Es un trastorno poco frecuente, de difícil diagnóstico y manejo<sup>2</sup>, que requiere una estrecha colaboración entre dermatólogos y psiquiatras.

Presentamos el caso de una paciente de 43 años, con un cuadro de 1 año de evolución de lesiones vesiculosas localizadas en labios y región periorbitaria, que cumple criterios de dermatitis artefacta.

### Correspondencia:

Ana Miguélez Hernández. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Avda de Andalucía, km. 5,400. 28041 Madrid. Correo electrónico: anami@altern.org

Aceptado el 6 de julio de 2001.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de una mujer de 43 años que ingresó en nuestro hospital por un cuadro que presentaba lesiones vesiculosas a nivel periorbitario y labial, con dificultad para la apertura palpebral y oral y para la alimentación. Asociaba artalgias no inflamatorias muy intensas en articulaciones de manos y rodillas, sin fiebre ni clínica general acompañante, que no cedían con la analgesia convencional. La paciente presentaba la clínica cutánea desde el año anterior, en forma de brotes sucesivos de lesiones vesiculosas, muy bien delimitadas en las regiones orbitaria y labial, que evolucionaban a la formación de costras, sin recuperación completa entre brotes. Por este motivo durante el último año había sido ingresada en tres ocasiones en otro hospital. Durante el segundo ingreso asoció una parálisis facial periférica izquierda que persiste en la actualidad, y que inicialmente orientó al diagnóstico de un síndrome de Melkersson-Rosenthal. Recibió tratamiento con corticoste-

roides tópicos y orales, minociclina y clofazimina, sin apreciarse clara mejoría.

Como antecedente, la paciente presentaba una historia reumatológica de 11 años de evolución, que consistía en artralgias poliarticulares, que se habían asociado en dos ocasiones a sinovitis con factor reumatoide positivo. Con el diagnóstico de artritis reumatoide había realizado un tratamiento con corticosteroides orales, antipalúdicos, sales de oro y metotrexate. A pesar de no presentar nuevos brotes inflamatorios en los últimos años, ni objetivarse alteraciones radiológicas ni analíticas, la paciente asociaba dolores poliarticulares migratorios, muy intensos, de predominio nocturno, que le impedían «dormir tumbada» y que percibía como muy invalidantes. Para su control empleaba fármacos antiinflamatorios y opioides a dosis muy elevadas.

En la exploración cutánea se observaban lesiones vesiculosas de contenido amarillento, exudativas, asociadas a lesiones costrosas, sobre una base de eritema y edema, localizadas en labios y regiones periorbitarias, con unos bordes perfectamente delimitados y simétricos, «en antifaz» (fig. 1). Neurológicamente se pudo objetivar la existencia de una parálisis facial periférica izquierda. Al ser valorada por el Servicio de Reumatología no se encontraron signos de actividad inflamatoria articular, ni otros datos que pudieran justificar el dolor manifestado por la paciente. El resto de la exploración general no presentaba alteraciones. En las pruebas complementarias destacaban: velocidad de sedimentación globular: 20 mm/ 1.<sup>a</sup> h; sistemático de sangre: normal; bioquímica: normal; cultivo de vesí-

cula (bacteriano y virus herpes): estéril; complemento: normal; factor reumatoide: 77 UI/ l (0-30 UI/ l); reacción en cadena de la polimerasa: 1,83 (0-0,8); inmunología: negativa; enzima convertora de la angiotensina: 18,8 (8-52); serologías *Borrelia*, *Brucella*, lúes (pruebas reagínicas y treponémicas) y virus de la inmunodeficiencia humana: negativas; radiografías de manos, hombros, codos, pies sin alteraciones significativas; radiografía de tórax sin alteraciones; el electromiograma mostró estudio compatible con neuropatía periférica facial izquierda, sin claro daño axonal. Se realizaron dos biopsias cutáneas en párpado superior izquierdo y labio, observándose una necrosis masiva de queratinocitos, con intensa lesión de la interfase y exocitosis de linfocitos y neutrófilos. En la dermis superficial y profunda había un denso infiltrado inflamatorio con predominio de células plasmáticas. Durante el ingreso se observó cómo las lesiones empeoraban claramente por la noche y durante el alta de fin de semana. Aparecían nuevas lesiones en aquellas áreas señaladas por el equipo médico como curiosamente sanas, la simetría se perdía al destacarse la perfección de los bordes (fig. 2) y la paciente era capaz de predecir el lugar exacto de aparición de nuevas lesiones.

Ante la sospecha de una dermatitis autoinducida se solicitó valoración por el Servicio de Psiquiatría. En la exploración psicopatológica no se apreció una clínica depresiva mayor ni síntomas psicóticos, salvo en una ocasión puntual en la que la paciente refirió sensación de insectos recorriéndole la piel de los párpados, relacionada con la ansiedad secundaria a la cura oclusiva noc-



FIG. 1.—Se observan lesiones vesiculosas y costrosas sobre eritema, perfectamente delimitadas, en las regiones periorbitaria y oral. La paciente asocia una parálisis facial periférica izquierda.



FIG. 2.—Se observan lesiones erosivas en mejillas, donde previamente nunca había presentado lesiones, que aparecieron 24 horas después de señalar a la paciente que ese área no se encontraba afectada.

turna. Destacaban los rasgos de personalidad en la línea histriónica e inmadura, exhibiendo sus lesiones y su complicada historia médica, con conductas demandantes y un discurso bien estructurado en el que sorprendía la abundancia de términos médicos. Se observaba cierta indiferencia emocional ante la gravedad de los síntomas presentados (*belle indifférence*) y sobre todo una necesidad de asumir el papel de enfermo, apreciándose la existencia de ganancias secundarias que podrían estar perpetuando la clínica. El cuadro fue diagnosticado de trastorno facticio (dermatitis artefacta).

Se instauró al principio una analgesia potente para control de los intensos dolores referidos, que fue lentamente sustituida por placebo, sin empeoramiento de la clínica. Localmente se realizó tratamiento con suero fisiológico, vaselina, mupirocina y valerato de difluorcortolona, sin clara mejoría. Se decidió el empleo de la cura oclusiva (fig. 3), observándose una mayor respuesta, pero siendo necesario suspenderla por la gran ansiedad que generaba en la paciente y por la imposibilidad de mantenerla correctamente colocada. Tras la valoración psiquiátrica se pautó tratamiento neuroléptico (risperidona) y ansiolítico, que actualmente mantiene. Es revisada periódicamente por su psiquiatra y su dermatólogo, persistiendo hasta el momento brotes de lesiones vesiculosas, similares a las previas.

## DISCUSIÓN

La dermatitis artefacta es un tipo de trastorno facticio que se incluye dentro del espectro de la enfermedad psicocutánea<sup>3</sup>. Es un trastorno poco frecuente, que



FIG. 3.—Detalle de la cura oclusiva realizada, que fue eficaz, aunque generaba gran ansiedad en la paciente, y era difícil de mantener en su correcta posición.

afecta predominantemente a mujeres (mujer/ varón: 3:1 a 20:1)<sup>3</sup>. Se calcula una frecuencia que varía entre el 0,05% y el 0,5% de los pacientes dermatológicos<sup>4</sup>. Se observa sobre todo en adolescentes y adultos jóvenes, aunque puede presentarse a cualquier edad<sup>5</sup>. La prevalencia parece estar aumentada en trabajadores sanitarios o en personas que tienen un contacto estrecho con ese ambiente sanitario<sup>6</sup>.

Las lesiones suelen localizarse en zonas accesibles a la manipulación, en general de la mano dominante<sup>7</sup>, y pueden ser bilaterales y simétricas<sup>8</sup>. La afectación facial es relativamente frecuente; en un estudio de 38 pacientes la cara se vio afectada en el 47% de los casos (en el 56% de los mismos de manera exclusiva)<sup>9</sup>. La morfología es peculiar, con frecuencia geométrica o lineal, y con márgenes bien definidos<sup>10</sup>. La apariencia de las lesiones es muy variable, dependiendo de la técnica empleada en su producción<sup>8</sup>. Las lesiones suelen aparecer bruscamente, en general durante la noche y en zonas de piel previamente sana<sup>9</sup>. El paciente debe contrarrestar la tendencia natural de la piel hacia la curación, mediante la producción constante de nuevas lesiones, lo que origina que éstas aparezcan en distintos estadios evolutivos, coexistiendo simultáneamente áreas de eritema, vesículas, ampollas, costras y cicatrices<sup>10</sup>. La histología no es específica; a veces pueden encontrarse restos del cuerpo extraño empleado en la producción de las lesiones con el microscopio de luz polarizada.

Nuestra paciente, una mujer de 43 años, presentaba lesiones simétricas y bilaterales en distinto estadio evolutivo (eritema, vesículas y costras) en ambas regiones orbitarias y labios, con una morfología geométrica, perfectamente delimitada, «en antifaz», y sin afectar otras áreas corporales. Las lesiones empeoraban claramente durante la noche y en los permisos de fin de semana. Histológicamente se observaban infiltrados de células plasmáticas en dermis, que se atribuyeron a un proceso inflamatorio crónico.

Una de las características que más ayudan al diagnóstico de dermatitis artefacta es la llamada «historia vacía» (*hollow history*), término empleado inicialmente por Gandy en 1953<sup>11</sup> y que hace referencia a la resistencia del paciente a detallar la evolución de las lesiones, aportando una información vaga y poco precisa. Otro dato que orienta al diagnóstico es la llamada «profecía melodramática», en la que el paciente es capaz de adivinar la localización y momento de aparición de nuevas lesiones<sup>11</sup>. Además destaca la sugestionabilidad de los pacientes, pudiendo el médico sugerir el lugar de aparición de nuevas lesiones, que se presentarán en los días siguientes<sup>12</sup>. Nuestra paciente cumplía las características previas.

En los trastornos facticios son además muy frecuentes las quejas de dolor y la demanda de analgesia por parte de los pacientes, pudiendo existir en oca-

siones un abuso de sustancias (fundamentalmente analgésicos y sedantes)<sup>1</sup>. Nuestra paciente refería una larga historia de artralgias, no justificables por su cuadro reumatológico, demandando una cantidad excesiva de analgésicos y opioides.

El inicio de la dermatitis artefacta se relaciona con frecuencia con precipitantes bien definidos, que varían con la edad del paciente y su situación vital (problemas escolares en la infancia, problemas familiares o laborales en el adulto, duelo, etc.)<sup>13</sup>. Las lesiones cutáneas se suelen interpretar como una forma de comunicación no verbal que cumple una función de petición de ayuda<sup>13</sup>. Aunque en casos aislados la dermatitis artefacta es una respuesta maladaptativa transitoria a una situación de estrés<sup>14</sup>, en la mayoría de las ocasiones aparece en pacientes que presentan una personalidad previa alterada en la que destacan los rasgos de inmadurez<sup>15</sup>, así como el pobre control de impulsos, la dificultad para establecer relaciones interpersonales, los rasgos límites, histriónicos y de dependencia<sup>13,14</sup>. Según Sneddon, la dermatitis artefacta representa únicamente un incidente en una larga historia de enfermedad psicógena<sup>16</sup>. En estos pacientes no existen incentivos externos que justifiquen su comportamiento y sí una necesidad de asumir el papel de enfermo<sup>1</sup>. Estas conductas de enfermedad se refuerzan por las ganancias secundarias, como son el recibir atención, cuidado, apoyo, simpatía o evitar responsabilidades. Dado que estas conductas le generan más satisfacción que las conductas sanas, el cuadro se cronifica<sup>17</sup>.

El pronóstico es variable, y depende en gran medida de la psicopatología. En general es más favorable en niños; los adultos suelen presentar formas más crónicas, con fluctuaciones en función de los cambios vitales<sup>14</sup>.

El tratamiento de estos pacientes es fundamentalmente psiquiátrico, el dermatológico es de tipo sintomático, a base de curas oclusivas y aplicaciones tópicas. Con el vendaje oclusivo las zonas cubiertas se recuperan más rápido que las descubiertas al impedir la manipulación. Nuestra paciente experimentó mejoría tras la oclusión, pero este tratamiento no se continuó por la gran ansiedad generada y la falta de colaboración de la paciente.

Inicialmente el contacto frecuente con el dermatólogo sirve para crear una relación de confianza que facilite la posterior derivación del enfermo a un psiquiatra para su seguimiento. Aunque algunos autores sugieren que la confrontación directa es útil, la mayoría recomiendan un manejo empático y de apoyo, evitando discutir de forma directa la naturaleza autoinfligida de las lesiones<sup>15</sup>. Nuestra paciente se encuentra actual-

mente en seguimiento por el psiquiatra de enlace con el que contactó durante su estancia hospitalaria; las lesiones dermatológicas persisten, localizadas a nivel periorbitario, respetando la región perioral.

Este caso refuerza de nuevo la importancia de una colaboración estrecha entre dermatólogos y psiquiatras en el diagnóstico y tratamiento de esta entidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association: diagnostic and statistical manual of mental diseases. 4.<sup>a</sup> ed. Washington, DC: APA Press; 1994.
2. Joe EK, Li V, Magro CM, Arndt KA, Bowers KE. Diagnostic clues to dermatitis artefacta. *Cutis* 1999;63:209-14.
3. Fitzpatrick TB, Freedberg IM, Eisen AZ, et al, editors. Psychological aspects of skin disease. en: *Dermatology in general medicine*. 5th ed. New York: McGraw Hill; 1999. p. 475-86.
4. Lindemayr W. Artefakte. In: Koriting G (Hrsg). *Dermatologie in Praxis und Klinik*. Stuttgart: Thieme; 1980. Bd 2. p 15.50-15.60.
5. Bools C, Neale B, Meadow R. A follow-up of victims of fabricated illness (Munchausen syndrome by proxy). *Arch Dis Child* 1993;69:625-30.
6. Gieler U. Factitious disease in the field of dermatology. *Psychoter Psychosom* 1994;62:48-55.
7. Rodríguez Pichardo A. Dermatitis artefacta. *Piel* 1990; 5:1-2.
8. Koblenzer CS. Cutaneous manifestations of psychiatric disease that commonly present to the dermatologist diagnosis and treatment. *Int'l J Psychiatry in Medicine* 1992; 22:47-63.
9. Ugurlu S, Bartley GB, Otley CC, Baratz KH. Factitious disease of periocular and facial skin. *Am J Ophthalmol* 1999;127:196-201.
10. Lyell A. Cutaneous artifactual disease. *J Am Acad Dermatol* 1979;1:391-407.
11. Gandy DT. The concept and clinical aspects of factitial dermatitis. *South Med J* 1953;46:551-5.
12. Spraker MK. Cutaneous artifactual disease: an appeal for help. *Pediatr Clin North Am* 1983;30:659-68.
13. Fabisch W. Psychiatric aspects of dermatitis artefacta. *Br J Dermatol* 1980;102:29-34.
14. Koblenzer CS. Neurotic excoriations and dermatitis artefacta. *Dermatol Clin* 1996;14:447-55.
15. Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF. The self-inflicted dermatoses: a critical review. *Gen Hosp Psychiatry* 1987; 9:45-52.
16. Sneddon I, Sneddon J. Self-inflicted injury: a follow-up study of 43 patients. *Br Med J* 1975;3:527-30.
17. Simmons DA, Daamen MJ, Harrison JW, Weishaar ME. Hospital management of a patient with factitial dermatitis. *Gen Hosp Psychiatry* 1987;9:147-50.