

Úlceras genitales artefactas de aparición simultánea en pareja

Jesús Hernández-Gil^a, M.^a Victoria Guiote^a, Anna Vilanova^a, Francisco Mendoza^a, Juan Linares^b y Ramón Naranjo^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.

Resumen.—Las úlceras genitales pueden deberse a múltiples causas, siendo las más frecuentes las de etiología infecciosa, tumoral y física. La coexistencia de lesiones genitales en una pareja obliga a descartar como primera opción la transmisión sexual, que no siempre es la causa.

Presentamos el caso de un pareja, de 78 y 73 años de edad, en la que ambos presentaban úlceras genitales de meses de evolución, que comenzaron a manifestarse de forma simultánea. La negatividad de las pruebas realizadas, la exclusión de otras causas probables y la evolución favorable de las lesiones, sugieren como diagnóstico probable úlceras autoprovocadas, tratándose de una forma de presentación poco frecuente de «locura compartida».

La dermatitis artefacta, a pesar de su baja frecuencia, es una causa que siempre debemos incluir en el diagnóstico diferencial de cualquier lesión cutánea, ya que pasa muchas veces desapercibida por su gran heterogeneidad clínica.

Palabras clave: trastornos facticios, automutilación, úlcera cutánea, úlcera oral, enfermedades genitales.

GENITAL ARTEFACT ULCERS APPEARING SIMULTANEOUSLY IN A COUPLE

Abstract.—Genital ulcers may be due to a number of causes, with the most frequent ones being of infectious, tumorous and physical etiology. The coexistence of genital lesions in a couple makes it necessary to rule out sexual transmission as a first option, as it is not always the cause.

We present the case of a 78 and 73-year-old couple, both of whom presented with genital ulcers which had been developing for months and which began to manifest simultaneously. The negative results in the tests performed, the exclusion of other likely causes and the favorable evolution of the lesions suggest self-inflicted ulcers as a probable diagnosis, an infrequent form of presentation of «folie à deux».

Despite its infrequent occurrence, dermatitis artefacta is a cause that should always be included in the differential diagnosis of any skin lesion, as it often goes unnoticed because of its many clinical presentations.

Key words: factitial disorders, self mutilation, skin ulcer, mouth ulcer, genital diseases.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras genitales pueden deberse a múltiples causas, siendo las más frecuentes las de etiología infecciosa, tumoral y física. La coexistencia de lesiones genitales en una pareja obliga a descartar como primera opción la transmisión sexual, que no siempre es la causa.

La dermatitis artefacta, aunque poco frecuente, es una de las causas de úlceras cutáneas. Pertenece al grupo de las psicodermatosis y se define como un síndrome psicocutáneo en el que los pacientes se autoinfligen lesiones cutáneas, de una forma consciente o no, como medio para satisfacer una necesidad psíquica de la que en la mayoría de las ocasiones no son conscientes¹. El rasgo más característico y que la distingue del resto de patologías psicocutáneas es la negación de la causalidad de las lesiones¹⁻⁸.

Se trata de una patología de difícil manejo y diagnóstico, en la que el primer paso debe ser la exclusión

de otras posibles dermatosis que pudieran explicar las lesiones que presenta el paciente.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Un varón de 78 años y una mujer de 73, pareja, acudieron a nuestro hospital por lesiones genitales de evolución indefinida, aproximadamente un año. Referían haber estado ingresados en varias ocasiones en otros hospitales, aunque no aportaban ningún tipo de informe. La mujer había sido ya ingresada 4 meses antes en nuestro servicio por el mismo motivo y, además de la lesión genital, presentaba también otra de características similares en el dorso de la lengua.

Como antecedentes personales del varón encontramos un infarto de miocardio antiguo, hipertrofia benigna de próstata y demencia frontal. La mujer padecía diabetes mellitus tipo 2, problemas lumbares crónicos y prolapso vesical tras histerectomía antigua, aunque no recordaba su causa. En ninguno de los 2 casos existía alergia medicamentosa conocida, ingesta de medicamentos relacionados con el cuadro clínico, ni otras patologías susceptibles de producir inmunodepresión.

A la exploración física del varón se observaban tres úlceras en la región perianal y glútea de 10 × 7, 6 × 6 y 5 × 5 cm de diámetro (fig. 1). Se trataba de úlceras

Correspondencia:

Jesús Hernández-Gil. Servicio de Dermatología.
Hospital Clínico Universitario San Cecilio.
Avda. Madrid, 9. 18012 Granada. España.
jesu139@yahoo.es.

Recibido el 16 de julio de 2005.

Aceptado el 8 de septiembre de 2005.



Fig. 1.—Varón. Úlceras perianales profundas y de bordes netos.



Fig. 2.—Lesiones simétricas en la mujer.

profundas, llegando en algunas zonas hasta tejido celular subcutáneo, de bordes pseudoepiteliomatosos aunque perfectamente delimitados de la piel sana adyacente, malolientes y fondo con mezcla de tejido de granulación y esfacelos. Las dos úlceras de menor tamaño aparecían unidas por una zona de piel sana. Las lesiones eran escasamente dolorosas a pesar de su gran aparatosidad.

La mujer presentaba una úlcera vulvar que afectaba a mitad inferior de ambos labios mayores y periné, en forma de alas de mariposa (fig. 2). La lesión presentaba las mismas características morfológicas que las de su marido, en cuanto a bordes, fondo y sintomatología asociada, excepto que en este caso se podía apre-

ciar en el fondo de la úlcera secreción espesa y de coloración verdosa. La paciente también presentaba, a diferencia de su marido, una úlcera de 3 × 1 cm de diámetro, profunda y de bordes netos en el dorso de la lengua. En ella no se apreciaban signos de infección. En ninguno de los 2 casos se palpaban adenopatías locorregionales, ni existía fiebre ni mal estado general. En la exploración del resto del tegumento no se apreciaban otras lesiones cutáneas.

En las pruebas complementarias de ambos pacientes destacaban (tabla 1): velocidad de sedimentación de 33 y 25 en la primera hora, hemograma con ligera leucocitosis pero sin desviación a la izquierda y bioquímicas normales. Los coprocultivos rutinarios y cul-

TABLA 1. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIA Y RESULTADOS

Exploraciones complementarias	Varón	Mujer
VSG 1. ^a hora	33	25
Hemograma	14.200 leucocitos (60 % neutrof.)	9.600 leucocitos (75,4% neutrof.)
Estudio de heces		
Coprocultivo	Microbiota normal	Microbiota normal
Parásitos	Negativo	Negativo
Cultivo <i>Haemophilus ducreyi</i>	Negativo	Negativo
Tinción Giemsa (úlceras)	No se observan parásitos ni cuerpos de Donovan	No se observan parásitos ni cuerpos de Donovan
Serologías		
Lues	Negativo	Negativo
Chlamydiae	Negativo	Negativo
Virus herpes simple	IgG+ IgM-	IgG- IgM-
VHB	Negativo	Negativo
VHC	Negativo	Negativo
VIH	Negativo	Negativo
Estudio micobacterias		
Baciloscopia	Negativo	Negativo
Cultivo	Negativo	Negativo
Cultivo (úlceras)	<i>Escherichia coli</i> , <i>Bacteroides fragilis</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<i>Escherichia coli</i> , <i>Proteus mirabilis</i>
Biopsia (dos)	Ulceración crónica inespecífica	Ulceración crónica inespecífica

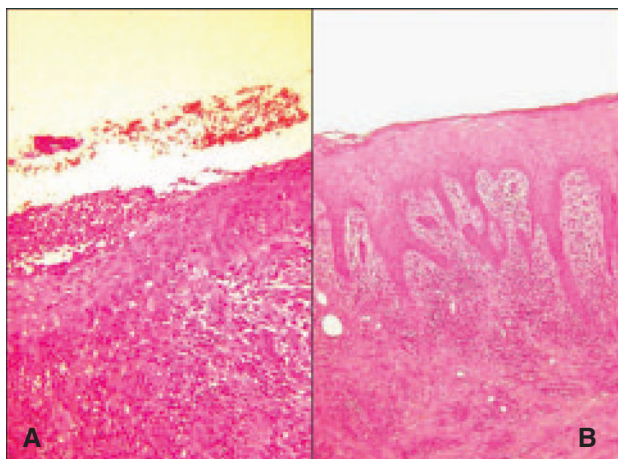


Fig. 3.—A) Úlcera superficial con abundante infiltrado inflamatorio inespecífico. B) Borde de la úlcera donde se observa intensa hiperplasia pseudoepiteliomatosa. (Hematoxilina-eosina, $\times 10$.)

tivos especiales de heces resultaron negativos, no detectándose parásitos en heces. El cultivo para *Haemophilus ducreyi* fue negativo. En la tinción de Giemsa de una muestra de la úlcera no se observaron parásitos ni cuerpos de Donovan. Las serologías para lúes y *Chlamydia* resultaron negativas, al igual que las de virus de la hepatitis B (VHB), C (VHC) y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La serología para el virus herpes sólo resultó ser positiva para títulos de IgG en el caso del varón. Las baciloscopias y el cultivo para micobacterias fueron negativos. En los cultivos de las úlceras existía contaminación bacteriana por *Escherichia coli*, *Bacteroides fragilis* y *Pseudomonas aeruginosa* en el caso del varón, y por *E. coli* y *Proteus mirabilis* en la muestra de la mujer. Se realizaron en cada caso dos biopsias, la primera del centro de la lesión y la segunda de uno de los bordes. Los hallazgos fueron inespecíficos, con destrucción epidérmica e importante reacción inflamatoria de linfocitos, neutrófilos y células plasmáticas en la dermis subyacente y sin hallazgos característicos de otras patologías productoras de úlceras cutáneas. En el examen de uno de los bordes de la lesión que presentaba el varón destacaba el hallazgo de hiperplasia pseudoepiteliomatosa (fig. 3).

Al ingreso, tras recoger las muestras necesarias para realizar los estudios complementarios, se instauró tratamiento local con povidona yodada, agua oxigenada, pomada triantibiótica y lavados con suero fisiológico, además de azitromicina intravenosa durante 3 días. En el caso de la mujer, sólo se realizaron las curas locales anteriormente descritas. No se pudo realizar cura oclusiva por problemas obvios en dicha zona.

Durante su estancia en el hospital llamó la atención la gran indiferencia ante los síntomas de su enfermedad, la gran dificultad para datar el comienzo de las lesiones y los pocos datos aportados sobre su evolución. La paciente confesó que se aplicaban diariamente una crema de corticoides para curar las lesiones. Las

úlceras evolucionaron más favorablemente tras trasladar a los pacientes a habitaciones diferentes, aunque el personal de enfermería detectó que tras las curas locales los pacientes se escondían para manipular los apósitos y el material utilizado para las curas.

Tras la sospecha de dermatitis artefacta se solicitó valoración psiquiátrica. Dicha valoración confirmó la demencia frontal en el varón, mientras que en la mujer no se detectaron alteraciones del pensamiento, conciencia ni afectividad, aunque se mostraba introvertida con respecto a su enfermedad. Negaba cualquier problema en sus relaciones familiares, aspecto que fue desmentido durante la entrevista con los hijos. Se solicitó otra valoración al Servicio de Otorrinolaringología por perforación timpánica tras encontrar al paciente con un diente de ajo en la oreja.

Al alta hospitalaria los pacientes rechazaron tratamiento quirúrgico reconstructivo y continuaron con las curas locales y revisiones periódicas. La evolución del cuadro clínico fue satisfactoria, con la completa cicatrización de las úlceras a los 2 meses.

DISCUSIÓN

La dermatitis artefacta es un trastorno facticio que se engloba dentro de las psicodermatosis¹⁻⁸. La frecuencia de esta patología se estima entre el 0,05 y el 0,5 % de los pacientes dermatológicos², aunque probablemente estas cifras subestimen a las reales. Es un trastorno más frecuente en las mujeres, aunque la proporción varía según los estudios realizados, situándose entre 3:1 y 20:1^{2,3}. Este amplio rango de diferencia se debe a que muchos de los trabajos realizados incluyen junto a la dermatitis artefacta otros trastornos facticios³. Aparece con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes, sobre todo entre los 14 y 25 años, aunque puede aparecer a cualquier edad^{2,6}. La principal causa de la dermatitis artefacta suele ser una respuesta desadaptativa a un episodio de estrés psicosocial. Estos pacientes suelen presentar trastornos de la personalidad, de los que el más frecuente es la personalidad limítrofe³.

No existen criterios diagnósticos de la dermatitis artefacta, sino una serie de claves que nos pueden acercar a un diagnóstico de probabilidad. El primer paso consiste en excluir otras dermatosis que pudieran explicar las lesiones del paciente. Las úlceras facticias suelen aparecer perfectamente delimitadas de la piel sana adyacente y localizadas en zonas accesibles, sobre todo a la mano dominante^{2,6}. Suelen ser similares entre sí, simétricas y mejoran con la oclusión de la zona; puede ayudar marcar los bordes del apósito para comprobar que no se han retirado. Las lesiones no suelen parecerse a otras dermatosis, y pueden dibujar los objetos con los que se las han producido. Este hecho no se cumple cuando una dermatosis previa es perpetuada o simulada³. Uno de los datos característicos de la

dermatitis artefacta es la negación de la causalidad de las lesiones¹⁻⁸. Los pacientes suelen recurrir a otros profesionales, en ocasiones con lesiones en otras localizaciones, ante la más mínima insinuación de este hecho⁶. En muchas ocasiones, a pesar de la gran aparatosidad de las lesiones, suelen ser poco dolorosas y el paciente muestra gran indiferencia hacia las mismas². Otro hallazgo de gran trascendencia para el diagnóstico son los vacíos de la anamnesis⁵, es decir, la ignorancia en cuanto al comienzo y desarrollo de las lesiones junto con la pobreza de signos y síntomas previos a la aparición de las mismas. Otro dato importante es la llamada «profecía melodramática»², en la que los pacientes son capaces de adivinar el lugar exacto donde va a aparecer la nueva lesión.

En el caso que presentamos, se cumplen muchos de estos hallazgos, siendo de especial relevancia los vacíos de la anamnesis. Los pacientes no conocían con exactitud cuando comenzaron las lesiones; e incluso existían importantes incongruencias al formular de nuevo las mismas preguntas en torno a este hecho. En ningún momento se confrontó a los pacientes con el diagnóstico de sospecha, manteniendo una relación fluida con los mismos. Junto a este hecho, la separación de los pacientes en habitaciones diferentes y el establecimiento de un ambiente familiar más fluido con sus hijos, dio lugar a una clara mejoría de las lesiones.

El pronóstico de la dermatitis artefacta³ es incierto. Pocos son los estudios que han estimado el índice de curación de la enfermedad. Sneddon, siguió a 33 pacientes con esta patología durante más de 20 años, comprobando que aproximadamente un tercio de los mismos continuaban produciéndose lesiones. Observó que este hecho estaba directamente relacionado con la presencia de circunstancias adversas en la vida de estos pacientes y que la mayoría presentaba trastornos de la personalidad subyacentes, sobre todo de tipo límite.

El tratamiento^{2,4,5,7} de este tipo de pacientes debe ser combinado entre el dermatólogo y el psiquiatra.

Es fundamental que exista una buena relación médico-paciente y evitar en todo lo posible la confrontación del paciente con la verdadera causa de sus lesiones. El manejo del paciente consiste en tratamiento psicoterápico, ansiolíticos, antidepresivos o antipsicóticos y tratamiento dermatológico de las lesiones que presenten³, y por lo que el dermatólogo, que suele ser el primer profesional al que acude el paciente debe ser el nexo de unión entre éste y el psiquiatra.

Declaración de conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bologna J, Jorizzo J, Rapini R, et al, editors. Enfermedades psicocutáneas. En: Dermatología. 1.^a ed. Madrid: Elsevier; 2004. p. 114-5.
2. Miguélez Hernández A, Pascual Aranda A, Vanaclocha Sebastián F, Rubio Valladolid G, Iglesias Díez L. Dermatitis artefacta de localización periorbitaria y perioral. *Actas Dermosifiliogr*. 2002;93:45-8.
3. Koblenzer CS. Dermatitis artefacta. Clinical features and approaches to treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2000;1:47-55.
4. Gregurek Novak T, Novac Bilic G, Vucic M. Dermatitis artefacta: unusual appearance in an older woman. *J EADV*. 2005; 19:223-5.
5. Sáez de Ocariz M, Orozco Covarrubias L, Mora Magaña I, et al. Dermatitis artefacta in pediatric patients: experience at the national institute of pediatrics. *Pediatric Dermatol*. 2004;21:205-11.
6. Ginarte M, Amrouni B, Toribio J. Dermatitis artefacta. Presentación de un caso. *Actas Dermosifiliogr*. 2001;92:502-4.
7. Erem O, Naguib M. Dermatitis artefacta: a review of 14 cases. *Ann Saudi Med*. 1999;19:223-7.
8. Rogers M. Dermatitis artefacta. *Pediatric Dermatol*. 2004; 21:272-3.