

DERMATITIS ARTEFACTA EN TRAUMATOLOGÍA: UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A TENER EN CUENTA.

Medina Amador. R, Lopez Salinas. Jt, González Pérez.I, Morales sSanchez-Migallon.C, Aragón del Río.M, Calvo del Val.L.

INTRODUCCIÓN:

La dermatitis artefacta es un cuadro en el cual el paciente se provoca lesiones cutáneas negando la responsabilidad sobre las mismas, sin embargo, no siempre se atribuye un motivo racional, excluyendo así la simulación.

OBJETIVO:

El objetivo es transmitir a través de un caso clínico representativo, la importancia del diagnóstico diferencial en general y de esta patología en particular, tan desconocida en el mundo de la Traumatología.



Fig 1: Erosión piel sobreinfectada



Fig 2: Erosión cutánea y vitíligo



Fig 3: ulceración dorso tobillo

CASO CLÍNICO:

Presentamos una paciente de 41 años con vitíligo como antecedente (Fig 2). Seguida por parte de dermatología por lesiones en cara y brazos de origen desconocido.

Acude a Traumatología por dolor en mano con afectación del dorso siendo diagnosticada inicialmente de sinovitis de extensores. Se realiza sinovectomía y tenolisis en un primer tiempo.

En años posteriores, sufre episodios similares con evoluciones tórpidas, siendo intervenida en varias ocasiones. Presenta problemas de cicatrización en relación a sobreinfecciones y adherencias (Fig 1 y 2). En últimos procesos presenta lesiones cutáneas sobreinfectadas con excoiaciones y úlceras atípicas (Fig 3). En el estudio microbiológicos se aíslan múltiples gérmenes tan diversos como *staphylococcus epidermidis*, *staphylococcus aureus*, *enterobacter cloacae*, *escheria coli*, *corynebacterium aurimucosum*...

Ante un curso clínico no habitual, replanteamos el diagnóstico diferencial junto al equipo de dermatología, llegando a la conclusión del diagnóstico de exclusión de dermatitis artefacta.

A partir de este momento el tratamiento se limita a realizar curas oclusivas con buena evolución y derivación a psiquiatría.

RESULTADOS:

La paciente actualmente, al tratarse de una enfermedad psiquiátrica en la cual es muy difícil la aceptación de la patología, continua con brotes siendo complicado un seguimiento estrecho.

Por nuestra parte cuando acude de nuevo a la consulta, coincidiendo habitualmente con un periodo de ausencia de revisiones en las especialidades implicadas, nos limitamos a realizar curas oclusivas, vigilar la sobreinfección en Unidad de Mano e intento de que retome el seguimiento multidisciplinar.

CONCLUSIONES:

La dermatitis artefacta es un diagnóstico excepcional con el cual no estamos familiarizados, pero muy importante a tener en cuenta necesitando un alto índice de sospecha para así no provocar iatrogenia. Es primordial analizar la morfología de la lesión, la personalidad, la historia clínica y un abordaje de la patología multidisciplinar.

Bibliografía: 1. Koo J, Do J, Lee C. Psychodermatology. J Am Acad Dermatol. 2000;43:848---53. 2. Rodríguez P.A, García B. B. Dermatitis artefacta: revisión. Actas Dermosifiliogr. 2013;104(10):854---866. 3. Koblenzer CS. Neurotic excoriations and dermatitis artefacta. Dermatol Clin. 1996;14:447--55. 4. Jillian W Wong, Tien V Nguyen, John YM Koo. Primary Psychiatric Conditions: Dermatitis Artefacta, Trichotillomania and Neurotic Excoriations. Indian J Dermatol. 2013 Jan-Feb; 58(1): 44-48.

