

CASO CLÍNICO

Clave histológica en Dermatitis Artefacta: A propósito de un caso.

Rita del Cisne Cabrera Vaca,* Gabriela Katherine Pontón Ramón,** Carolina Misshell Narváez Álvarez,** Gladys Cleotilde Castillo Soto,** Santiago Alberto Palacios Álvarez**

* Posgradista en la especialidad de dermatología, Universidad Tecnológica Equinoccial Quito – Ecuador

** Posgradista en la especialidad de dermatología, Universidad Tecnológica Equinoccial Quito – Ecuador

** Médico tratante de centro de la Piel (CEPI). Quito, Ecuador

Correspondencia a:
c_rita_@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-9605-2715>

Este trabajo se llevó a cabo en Quito-Ecuador en CEPI. Bajo la dirección del Dr. Santiago Palacios Álvarez.

Palabras claves: Dermatitis, dermatitis de contacto, psicosis

Fecha de recepción: 28/03/2024
Fecha de aceptación: 18/06/2024

RESUMEN

La dermatitis artefacta (DA) es un diagnóstico excepcional que predomina en mujeres adolescentes y adultas jóvenes, es frecuente encontrarlo asociado a trastornos psiquiátricos; la clínica no es sugestiva ya que los pacientes no son conscientes del acto y niegan haberse autoinfligido las lesiones; suele presentarse en zonas de alcance a las manos y no hay un patrón definido ya que dependerá del mecanismo utilizado para la autolesión. Presentamos el caso de una mujer joven que acude con un cuadro de lesiones de aparición súbita en extremidad superior izquierda, dolorosas a la palpación, sin ningún desencadenante previo. Recibe tratamiento con corticoides sistémicos y vendaje de Unna; la biopsia aporta un dato clave histológico que junto con el cuadro clínico permiten llegar al diagnóstico.

INTRODUCCIÓN

La dermatitis artefacta (DA) es un diagnóstico excepcional, reservado para un grupo de pacientes cuyos artefactos cutáneos se originan de un modo secreto y misterioso, negando al paciente su responsabilidad en la aparición de los mismos¹. Predomina en mujeres adolescentes y adultas jóvenes, cuya frecuencia oscila de 0.1% a 0.3% y en clínicas psiquiátricas de 0.5 a 8%². Hasta un 5% de las consultas médicas pueden tener un origen facticio. Es frecuente encontrarlo asociado a retraso mental y psicosis; considerándose en la mayoría de las ocasiones como una manifestación de un trastorno psiquiátrico primario¹.

La clínica se presenta en zonas del cuerpo de fácil alcance para la mano dominante, con formas extrañas de bordes geométricos, angulares, afilados, en forma de cicatrices, quemaduras, púrpura, ampollas y úlceras, siendo común el eritema y edema³. Su presentación de-

pende del objeto utilizado, por lo que no se ha podido definir un patrón específico. Son frecuentes las lesiones mecánicas por presión, roces, oclusiones, mordeduras, cortes, puñaladas, quemaduras térmicas, mutilaciones o daños por ácidos y otros tóxicos para la piel⁴.

El diagnóstico correcto de la DA puede implicar gran dificultad; sin embargo, hay patrones histológicos documentados que nos orientan a su sospecha y que dependerán del tipo de lesión, la duración del daño y el proceso de curación⁵.

Las opciones incluyen terapias tópicas, oclusión con emolientes, cognitivo-conductuales y psicoterapia. Pueden ser necesarios inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina para tratar la depresión o la ansiedad subyacentes⁶.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 23 años con antecedentes de discapacidad intelectual 40%, refiere dermatosis de 3 meses de evolución caracterizada por manchas dolorosas recurrentes sin ningún factor desencadenante reconocible, localizadas en antebrazo izquierdo. Al examen físico se observan manchas eritematosas, de bordes bien definidos, polimorfos, erosionados y otros con leve descamación, dolorosos a la palpación (fig. 1A), mucosas se respetan al igual que palmas y plantas. Se realiza biopsia incisional en lesión más reciente cuyo resultado no aporta datos orientativos, estudios de laboratorio son normales. Se pautó tratamiento esteroideo oral a dosis de 1 mg/kg/

día, manifestando resolución de lesiones durante 2 semanas, con posterior recidiva en la misma extremidad, coincidiendo con la finalización del tratamiento.

Se realizó una nueva biopsia cutánea de la lesión referida con 24 horas de evolución; la cual informa estrato córneo en tejido de canasta y queratinocitos multinucleados (fig. 2). Como alternativa terapéutica se utiliza vendaje oclusivo de Unna que abarca toda la extremidad superior izquierda durante 10 días. Al control hay reepitelización y ausencia de nuevas lesiones ipsilaterales (fig. 1B). Sin embargo, presenta una erupción repentina en el antebrazo derecho de iguales características al cuadro inicial (fig. 1C).



Figura 1. A. Manchas eritematosas, polimorfos, bien delimitadas, localizadas en antebrazo izquierdo. B. Evolución posterior a vendaje oclusivo de Unna. C. Lesiones localizadas en antebrazo derecho

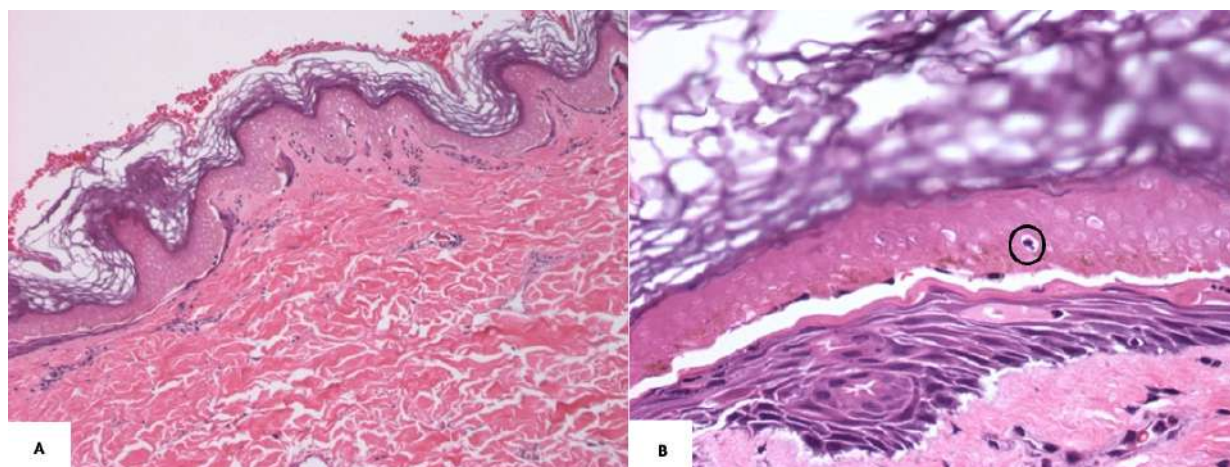


Figura 2. Histopatología: A. 10x Estrato córneo en tejido de canasta, capa de células basales de epidermis alterada, escaso infiltrado linfocitario perivascular en dermis superior. B. 40x Queratinocito multinucleado en epidermis (círculo)

DISCUSIÓN

Esta revisión pretende aportar hasta qué punto la histología es capaz de dilucidar una posible causa facticia. Según el mecanismo de lesión, puede haber una variedad de patrones histológicos que simulan otros trastornos de la piel.

En general, en el diagnóstico de DA se incluyen ampollas con un infiltrado inflamatorio leve, ruptura de fibras de colágeno, núcleos queratinocíticos alargados y alineados verticalmente⁵ Otro estudio reporta queratinocitos necróticos acentuados en las capas superiores de la epidermis por debajo de una ortoqueratosis, propagación de la necrosis de los queratinocitos desde el exterior hacia el interior que conlleva a la necrosis epidérmica completa con desprendimiento subepidérmico, queratinocitos multinucleares dentro de secciones intactas de la epidermis⁷ Las pistas que apoyen el diagnóstico de DA deben ser consideradas durante la evaluación de biopsias; en un estudio de caso se presentó a los queratinocitos multinucleados como hallazgo histopatológico único⁸

Los resultados de histopatología de esta paciente reportaron estrato córneo en tejido de canasta, capa de células basales de epidermis alterada, escaso infiltrado linfocitario perivascular en dermis superior y queratinocitos multinucleados en la epidermis; convirtiéndose este último en una clave histológica para el diagnóstico.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes; sin embargo, se obtuvo firma de consentimiento informado a los representantes.

CONCLUSIÓN

En conclusión, pese a encontrarnos con clínica e histología que sugiera DA, con frecuencia no es posible

la confirmación por el paciente ni el mecanismo de la lesión. Se sugiere, basándose en la literatura descrita, considerar un trastorno facticio si los hallazgos histopatológicos incluyen queratinocitos multinucleados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Pichardo A, García Bravo B. Dermatitis artefacta: revisión. *Actas Dermosifiliográficas*. 2013;104(10):854-66. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.10.004>
2. Arenas, R. *Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento*. Mc Graw Hill. Capítulo 50. Pág 271. Séptima edición. 2019
3. Jafferany M. *Psicodermatología: una guía para comprender los trastornos psicocutáneos comunes*. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2007;09(03):203-13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4088/pcc.v09n0306>
4. Harth, W., Taube, K.-M. y Gieler, U. (2010), Trastornos facticios en dermatología. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 8: 361-373. <https://doi.org/10.1111/j.1610-0387.2010.07327.x>
5. Tittelbach, J., Peckruhn, M. y Elsner, P. (2018), Patrones histopatológicos en dermatitis artefacta. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 16: 559-564. <https://doi.org/10.1111/ddg.13504>
6. Persad L, Salim S, Motaparthy K. Factitious Dermatitis Due to Thermal Burn With Histologic Features Simulating Fixed Drug Eruption. *Am J Dermatopathol*. 2017 Aug;39(8):622-624. doi: 10.1097/DAD.0000000000000840. PMID: 28614838
7. Ziemer, M., Kunz, M., Schüürmann, M. et al. Fallstrick kryothermische Dermatitis artefacta. *Hautarzt* 70. *Die Dermatologie Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie und verwandte Gebiete*, 883-887 (2019). <https://doi.org/10.1007/s00105-019-4443-3>
8. Gutiérrez, D., Schowalter, MK, Piliang, MP y Fernandez, AP (2016), Queratinocitos multinucleados epidérmicos: una pista histopatológica de la dermatitis artefacta. *J Cutan Pathol*, 43: 880-883. <https://doi.org/10.1111/cup.12744>

CASE REPORT

Histological key in Dermatitis Artefacta: About a case.

Rita del Cisne Cabrera Vaca,* Gabriela Katherine Pontón Ramón,** Carolina Misshell Narváez Álvarez,** Gladys Cleotilde Castillo Soto,** Santiago Alberto Palacios Álvarez**

* Postgraduate in the specialty of dermatology, Equinoccial Technological University Quito, Ecuador

** Postgraduate in the specialty of dermatology, Equinoccial Technological University Quito, Ecuador

** Treating physician at the Skin Center (CEPI). Quito, Ecuador

Correspondence:

c_rita_@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-9605-2715>

This work was carried out in Quito-Ecuador at CEPI. Under the direction of Dr. Santiago Palacios Álvarez.

Key words: Dermatitis, contact dermatitis, psychosis

Reception date: 28/03/2024

Acceptance date: 18/06/2024

SUMMARY

Dermatitis artefacta (DA) is an exceptional diagnosis that predominates in adolescent and young adult women; it is frequently found associated with psychiatric disorders; The clinical picture is not suggestive since the patients are not aware of the act and deny having self-inflicted the injuries; It usually occurs in areas within reach of the hands and there is no defined pattern since it will depend on the mechanism used for self-injury. We present the case of a young woman who presents with sudden onset lesions in the left upper extremity, painful on palpation, without any previous trigger. He received treatment with systemic corticosteroids and Unna 's bandage; The biopsy provides key histological information that, together with the clinical picture, allows us to reach the diagnosis

INTRODUCTION

Dermatitis artefacta (DA) is an exceptional diagnosis, reserved for a group of patients whose skin artifacts originate in a secret and mysterious way, denying the patient responsibility for their appearance.¹ It predominates in adolescent and young adult women, whose frequency ranges from 0.1% to 0.3% and in psychiatric clinics from 0.5 to 8%.² Up to 5% of medical consultations may have a factitious origin. It is frequently found associated with mental retardation and psychosis; considered in most cases as a manifestation of a primary psychiatric disorder.¹

The symptoms occur in areas of the body that are easy to reach for the dominant hand, with strange shapes with geometric, angular, sharp edges, in the form of scars, burns, purpura, blisters and ulcers, with erythema and edema being common.³ Its presentation

will depend on the object used, so it has not been possible to define a specific pattern. Mechanical injuries due to pressure, friction, occlusions, bites, cuts, stab wounds, thermal burns, mutilations or damage from acids and other skin toxicants are common.⁴

The correct diagnosis of AD can involve great difficulty; However, there are documented histological patterns that guide us to its suspicion and that will depend on the type of injury, the duration of the damage and the healing process.⁵

Options include topical therapies, occlusion with emollients, cognitive-behavioral, and psychotherapy. Selective serotonin reuptake inhibitors may be necessary to treat underlying depression or anxiety.⁶

CLINICAL CASE

A 23-year-old female patient with a history of 40% intellectual disability reported a 3-month history of dermatosis characterized by recurrent painful spots without any recognizable triggering factor, located on the left forearm. On physical examination, erythematous spots with well-defined edges, polymorphous, eroded and others with slight peeling, painful on palpation (Fig. 1A), are observed. Mucous membranes are spared as well as palms and soles.

Incisional biopsy was performed on the most recent lesion, the result of which does not provide indicative data, laboratory studies are normal. Oral

steroid treatment was prescribed at a dose of 1 mg/kg/day, showing resolution of lesions for 2 weeks, with subsequent recurrence in the same extremity, coinciding with the end of treatment.

A new skin biopsy of the referred lesion was performed 24 hours after its evolution; which reports stratum corneum in basket tissue and multinucleated keratinocytes (fig. 2). As a therapeutic alternative, an Unna occlusive bandage is used that covers the entire left upper extremity for 10 days. At control there is re-epithelialization and absence of new ipsilateral lesions (fig. 1B). However, he presented a sudden rash on the right forearm with the same characteristics as the initial symptoms (Fig. 1C).



Figure 1. A. Well-defined, polymorphous, erythematous spots located on the left forearm. B. Evolution after Unna occlusive bandage. C. Injuries located on the right forearm

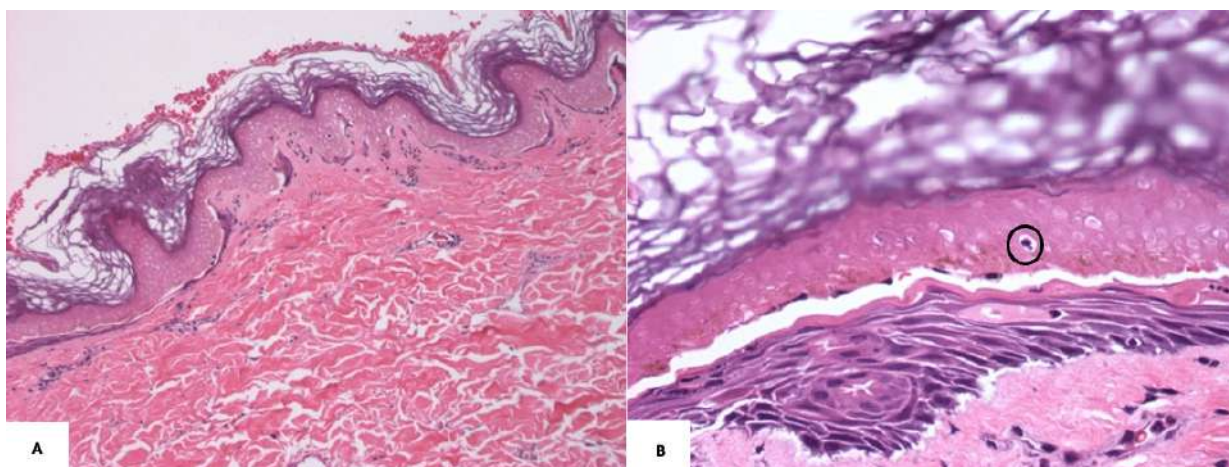


Figure 2. Histopathology: A. 10x Stratum corneum in basket tissue, basal cell layer of altered epidermis, scant perivascular lymphocytic infiltrate in the upper dermis. B. 40x Multinucleated keratinocyte in epidermis (circle)

DISCUSSION

This review aims to provide to what extent histology is capable of elucidating a possible factitious cause. Depending on the mechanism of injury, there may be a variety of histological patterns that mimic other skin disorders.

In general, the diagnosis of AD includes blisters with a mild inflammatory infiltrate, rupture of collagen fibers, elongated and vertically aligned keratinocytic nuclei.⁵ Another study reports accentuated necrotic keratinocytes in the upper layers of the epidermis below an orthokeratosis, spread of keratinocyte necrosis from the outside to the inside leading to complete epidermal necrosis with sub-epidermal detachment, multinuclear keratinocytes within intact sections of the epidermis.⁷ Clues supporting the diagnosis of AD should be considered during biopsy evaluation; In one case study, multinucleated keratinocytes were presented as a unique histopathological finding.⁸

The histopathology results of this patient reported stratum corneum in basket tissue, basal cell layer of altered epidermis, scant perivascular lymphocytic infiltrate in the upper dermis and multinucleated keratinocytes in the epidermis; the latter becoming a histological key for the diagnosis.

INFORMED CONSENT

The authors declare that no patient data appear in this article; However, a signed informed consent was obtained from the representatives.

CONCLUSION

In conclusion, despite finding symptoms and histology that suggest AD, confirmation by the patient or the

mechanism of injury is often not possible. It is suggested, based on the literature described, to consider a factitious disorder if the histopathological findings include multinucleated keratinocytes.

REFERENCES

1. Rodríguez Pichardo A, García Bravo B. Dermatitis artefacta: review. *Dermosifiliographic Records*. 2013;104(10):854-66. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.10.004>
2. Arenas, R. *Dermatology. Atlas, diagnosis and treatment*. McGraw Hill. Chapter 50. Page 271. Seventh edition. 2019
3. Jafferany M. *Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders*. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2007;09(03):203-13. Available at: <http://dx.doi.org/10.4088/pcc.v09n0306>
4. Harth, W., Taube, K.-M. and Gieler, U. (2010), Factitious disorders in dermatology. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 8: 361-373. <https://doi.org/10.1111/j.1610-0387.2010.07327.x>
5. Tittelbach, J., Peckruhn, M. and Elsner, P. (2018), Histopathological patterns in dermatitis artefacta. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 16: 559-564. <https://doi.org/10.1111/ddg.13504>
6. Persad L, Salim S, Motaparhi K. Factitious Dermatitis Due to Thermal Burn With Histologic Features Simulating Fixed Drug Eruption. *Am J Dermatopathol* . 2017 Aug;39(8):622-624. doi: 10.1097/DAD.0000000000000840 . PMID: 28614838
7. Ziemer , M., Kunz, M., Schüürmann , M. et al. falls-trick kryothermische Dermatitis artefacta . *Hautarzt* 70. *Die Dermatologie Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie und verwandte Gebiete*, 883-887 (2019). <https://doi.org/10.1007/s00105-019-4443-3>
8. Gutiérrez, D., Schowalter, MK, Piliang, MP and Fernandez, AP (2016), Epidermal multinucleated keratinocytes: a histopathological clue to dermatitis artefacta. *J Cutan Pathol*, 43: 880-883. <https://doi.org/10.1111/cup.12744>