

## DERMATITE ARTEFACTA

MIGUEL DUARTE REIS, ANTÓNIO BARBOSA, J. MATILDES, J. P. FREITAS,  
F. GUERRA RODRIGO

Clínica Dermatológica Universitária. Hospital de Santa Maria. Lisboa

## RESUMO

Os autores descrevem o caso de doente do sexo masculino, 29 anos, com ulcerações cutâneas profundas, bilaterais, sobre os ramos ascendentes do maxilar inferior. O diagnóstico de dermatite artefacta baseou-se na morfologia e evolução das lesões, na perturbação de personalidade *borderline* do doente, nos objectos encontrados em seu poder e, mais tarde, na admissão da participação no agravamento das lesões.

## SUMMARY

## DERMATITIS ARTEFACTA

We report a case of a 29 year old man presenting skin ulcerations on both sides of the mandibula. The diagnosis of dermatitis artefacta was based on the morphology and evolution of the lesions, on the patient's borderline personality, on the objects found in his possession, and a later admission of having an involvement in the aggravation of the lesions.

## INTRODUÇÃO

As dermatoses auto-infligidas são reconhecidas como entidades clínicas desde Hipócrates. A dermatite artefacta inclui-se neste grupo de doenças e distingue-se pelo facto do doente negar a sua participação na produção das lesões<sup>1</sup>. Constitui entidade de difícil tratamento no âmbito da Dermatologia e da Psiquiatria<sup>2</sup>.

## CASO CLÍNICO

P. J. N., sexo masculino, 29 anos, solteiro, raça caucasiana, aparentemente saudável até cerca de 2 anos antes do internamento, quando referiu aparecimento de ulcerações cutâneas superficiais, arredondadas, de pequenas dimensões e bordo bem delimitado, bilaterais, sobre os ramos ascendentes do maxilar inferior. As lesões mantiveram-se estacionárias até 4 meses antes do internamento, quando se verificou a sua extensão em área e profundidade. Na admissão observavam-se duas ulcerações profundas, poligonais, com cerca de 5,5 x 2,5 cm, limites bem definidos, uma em cada ramo ascendente da mandíbula (*Figs. 1 e 2*). No restante exame objectivo não se observaram alterações, excepto sinais de venopunção nos sangradouros.

Nos antecedentes pessoais destacava-se toxicod dependência de drogas leves desde os 14 anos e de drogas duras desde os 24, dizendo-se abstinente na altura do internamento.

As análises de rotina não revelaram alterações; VDRL não reactivo; Ag HBs negativo; Ac. anti-HIV 1 e 2 negativos; Ac. anti-VHC positivo.

Durante o internamento foi medicado com solutos anti-sépticos tópicos e penso para protecção local.

Solicitou-se colaboração da equipa de Psiquiatria de Ligação do Serviço de Psiquiatria e estabeleceu-se estratégia de intervenção que teve como premissas fundamentais:

1. Envolver toda a equipa terapêutica num trabalho complementar e articulado através de uma definição clara dos papéis do dermatologista, do psiquiatra e do enfermeiro, tendo ficado bem delimitado *quem fala de quê*.

2. Assegurar a coesão da equipa terapêutica perante um objectivo comum prioritário: a adesão do doente à terapêutica e à continuidade de cuidados, criando condições institucionais pertinentes: não retaliação do doente, confronto claro com as regras do serviço.

3. Conviver com as dificuldades do doente: dar tempo para que se estabelecesse uma relação terapêutica sólida, não pressionar a admissão da autoria das lesões, reconhecê-lo como doente e não como manipulador, mobilizá-lo para responsabilização pelos seus autocuidados.

Do ponto de vista psiquiátrico a intervenção consistiu, para além das reuniões periódicas com a equipa, em sessões trissemanais de psicoterapia breve com o doente



Fig. 1 – Ulceração profunda, poligonal, no ramo direito da mandíbula



Fig. 2 – Ulceração profunda, poligonal, no ramo esquerdo da mandíbula.

e na prescrição de antidepressivo serotoninérgico e de indutor do sono. Foi possível estabelecer paulatinamente uma relação de confiança e de trabalho psicológico, que permitiu serem verbalizadas diversas vicissitudes relacionais do doente ao longo do seu ciclo de vida, nomeadamente a co-ocorrência de um conjunto de situações de perda afectiva graves que precederam o presente quadro, num período em que o doente estava já abstinente de droga há cerca de um ano. Iniciou-se também a abordagem dos conflitos de actividade-passividade do doente, bem como da ambivalência marcada com que investiu nas pessoas com que esboçou ligação afectiva.

Nas três primeiras semanas de internamento melhorou gradualmente, tendo as lesões praticamente cicatrizado (Fig. 3). Após nova perda afectiva inesperada houve agravamento das lesões, que o doente admitiu serem autoprovocadas, surgindo na hemiface direita outra ulceração, muito profunda, arredondada, com perda de substância, na extremidade inferior da lesão inicial (Fig. 4). Na hemiface esquerda a ulceração assumiu novamente o aspecto que tinha no início do internamento.

Durante a ausência do doente detectou-se, nos seus objectos de uso pessoal, uma caixa, contendo uma pinça,

pequena chave de parafusos, e fragmentos de substância cristalina, cuja análise química revelou ser ácida e constituída por enxofre, alumínio e fósforo (Fig. 5).

Após a alta continuou a ser seguido nas consultas de Dermatologia e Psiquiatria, verificando-se o aparecimento de períodos de melhoria e de períodos de agravamento das lesões.

## DISCUSSÃO

A dermite artefacta (D.A.) é entidade clínica definida como uma doença cutânea (ou das mucosas e faneras) autoprovocada, em que o doente, totalmente consciente dos seus actos (isto é, não em estado psicótico, afastado da realidade), esconde a sua responsabilidade no aparecimento das lesões, dos vários médicos que o vão observando<sup>2</sup>. Nesta definição, duas características da D.A. distinguem-na de outras dermatoses auto-infligidas: 1) a ausência dum motivo racional para explicar a produção das lesões (por exemplo, ficar inapto na inspecção militar, sair temporariamente da prisão, querer uma pensão de invalidez), exclui formalmente a simulação; 2) o segredo que o doente guarda relativamente à sua participa-



Fig. 3 – Melhoria após três semanas de internamento.



Fig. 4 – Agravamento, com perda de substância na extremidade inferior da ulceração inicial.

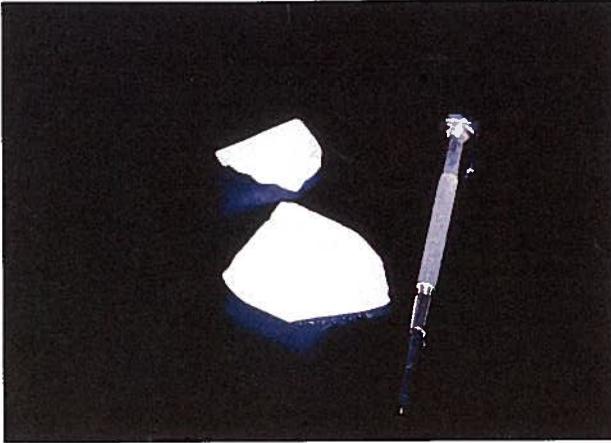


Fig. 5 – Chave de parafusos e fragmentos da substância encontrados nos objectos do doente.

ção no aparecimento das lesões, exclui a automutilação (observada em psicoses graves), as escoriações neuróticas, o acne escoriado, a onico e a tricotilomania. Outra característica importante da D.A. é a indiferença do doente em relação aos sintomas e ao aspecto estético das lesões, enquanto a família se preocupa, e se questiona sobre a actuação médica<sup>3</sup>. A patomímia<sup>4</sup> é entidade diferente, em que o doente imita e perpetua uma doença cutânea pré-existente, por exemplo, eczema, toxidermia, úlcera de perna. É importante diferenciar as duas situações, porque têm abordagem, terapêutica e prognóstico diferentes.

A D.A. é mais frequente no sexo feminino e em adultos jovens<sup>5,6,7,8</sup>, embora possa ocorrer em qualquer idade.

A D.A. não está directamente relacionada com determinado tipo de personalidade. Geralmente predomina a personalidade de tipo *borderline*<sup>2</sup>, embora traços paranoídes sejam comuns nos raros casos observados no sexo masculino e traços histéricos sejam frequentes. O doente revelava, segundo os critérios da DSM-IV (1994)<sup>9</sup>, perturbação *borderline* da personalidade, com acentuada instabilidade emocional, reagindo impulsiva ou depressivamente a frustrações afectivas que, segundo ele, lhe provocavam tensão incontível. O doente revelava ainda sentimentos de autodesvalorização e baixa auto-estima que inviabilizavam integração social e profissional mais protectora. Neste tipo de doentes as lesões cutâneas constituem-se, muitas vezes, em chamada de atenção e pedido de ajuda, de quem não consegue comunicar com os outros ou verbalizar as suas emoções e sentimentos.

As lesões cutâneas da D.A. são geralmente bizarras<sup>3,6</sup> e difíceis de reconhecer; têm aspectos clínicos variados, conforme o método utilizado pelo doente: unhas; pinças, facas, ferramentas; cigarros,isqueiros<sup>10</sup>; plantas<sup>3</sup> e produtos químicos (ácidos e alcalis) colocados na pele; substâncias orgânicas (urina, fezes, saliva) injectadas na pele; ligaduras<sup>11</sup> à volta dos membros.

Clinicamente podem observar-se, como lesões mais frequentes, escoriações<sup>6</sup>, geralmente lineares; ulcerações<sup>6</sup>, geralmente de contornos geométricos e limites bem definidos; lesões cutâneas infecciosas<sup>5</sup>, geralmente abscessos

subcutâneos recorrentes, celulites, ou paniculites. As lesões da D.A. observam-se agrupadas ou dispersas no tegumento, em diferentes estádios de evolução. Localizam-se ao alcance directo, ou através de instrumento, da mão dominante. Surgem subitamente, em pele normal, muitas vezes durante a noite, totalmente estabelecidas, isto é, não progridem gradualmente, como nas outras doenças cutâneas. A cicatrização é lenta, perturbada por surtos inexplicáveis de agravamento ou recidiva. Aspectos clínicos menos frequentes incluem o linfedema<sup>11</sup> dum membro ou órgão, devido a aperto com uma ligadura; granulomas ungueais<sup>6</sup>; lesões psoriasiformes<sup>6</sup>, purpúricas, eczematiformes, bolhosas e semelhantes a vasculite<sup>3</sup>.

Na D.A. podem ocorrer como complicações, cicatrizes inestéticas, gangrena e amputação dum membro<sup>3</sup>, septicemia<sup>5</sup>, ou transformação maligna dum lesão<sup>12</sup>.

O diagnóstico de D.A. baseia-se na morfologia e evolução das lesões, e na personalidade do doente<sup>3</sup>, e não deve ser um diagnóstico de exclusão<sup>2</sup>. A melhoria ou cicatrização completa das lesões com a protecção (penso, ligadura) do local onde elas se encontram e o não aparecimento de novas lesões com a vigilância do doente, constituem importantes argumentos diagnósticos. Contudo, a confissão forçada, ou o doente ser «apanhado em flagrante» são os únicos argumentos diagnósticos absolutos<sup>2</sup>.

Neste caso clínico o diagnóstico foi confirmado pela melhoria observada nas ulcerações com a protecção local e a vigilância do doente, pelos objectos encontrados no seu quarto e, mais tarde, pela sua admissão da autoria do novo agravamento das lesões, embora não tenha confessado o método utilizado, nem quando questionado, em conversa de rotina, em relação aos métodos e objectos de higiene pessoal usados normalmente.

Na atitude clínica, a confrontação deve ser evitada, porque o doente pode deixar de falar com a equipa médica, agravar as suas lesões e provocar complicações mais graves, ou até tentar o suicídio, embora este pareça ser raro<sup>13</sup>, mesmo nos doentes com fundo depressivo. Nos casos de patomímia, ou de outras doenças factícias<sup>5</sup>, verificou-se que a confrontação, quando feita dum forma não agressiva, acusatória ou reprovadora, foi a base da abordagem diagnóstica e geralmente seguida dum melhoria clínica e da relação médico-doente, mesmo que este continuasse a não admitir a sua participação na produção das lesões. Ao contrário, quando se faz o diagnóstico de D.A. deve-se sugerir indirectamente ao doente que as suas actividades são conhecidas, mas não confrontá-lo, e continuar a tratá-lo com simpatia e compreensão, abordagem que seguimos neste caso.

A terapêutica envolve tratamento tóxico ou sistémico das lesões, psicoterapia – pelo dermatologista (abordagem preferida por Lyell<sup>3</sup>) e pelo psiquiatra (Sheppard<sup>8</sup> advoga cooperação entre os dois) – e psicofármacos (antidepressivos, ansiolíticos, sedativos), especialmente na fase inicial.

O prognóstico da D.A. geralmente não é favorável: na série de Sneddon<sup>6</sup>, de 33 doentes seguidos durante 22 anos, 30% continuavam a autoprovocar lesões 10 anos

depois do diagnóstico. Com efeito, verifica-se que na maior parte dos doentes que melhoram, o facto resulta mais do seu amadurecimento, ou da mudança nas condições de vida, do que do tratamento. O prognóstico é melhor nos doentes mais novos, com personalidade mais forte<sup>13</sup>, ou que usam as lesões para chamar a atenção para determinados problemas pessoais.

## BIBLIOGRAFIA

1. ELLER JJ: Skin disorders and the psyche. *Cutis* 1974;13:395-416.
2. CONSOLI SG: Dermatitis artefacta: a general review. *Eur J Dermatol* 1995;5:5-11.
3. LYELL A: Cutaneous artifactual disease. A review amplified by personal experience. *J Am Acad Dermatol* 1979;1:391-407.
4. MILLARD LG: Dermatological pathomimicry: a form of patient maladjustment. *Lancet* 1984;2:969-71.
5. REICH P, GOTTFRIED LA: Factitious disorders in a teaching hospital. *Ann Intern Med* 1983;99:240-7.
6. SNEDDON I, SNEDDON J: Self-inflicted injury: a follow-up study of 43 patients. *Br Med J* 1975;3:527-30.
7. FABISCH W: Psychiatric aspects of dermatitis artefacta. *Br J Dermatol* 1980;102:29-34.
8. SHEPPARD NP, O'LOUGHLIN S, MALONE JP: Psychogenic skin disease: a review of 35 cases. *Br J Psychiatry* 1986;149:636-43.
9. APA: DSM-IV. Diagnostic Manual, N.Y., APA 1994.
10. RIVERS JK: Happy face stamps: an unusual form of dermatitis artefacta. *J Am Acad Dermatol* 1991;24:662.
11. OSTLERE LS, HARRIS D, DENTON C, WILLIAMS J, BLACK C, RUSTIN MHA: Boxing-glove hand: an unusual presentation of dermatitis artefacta. *J Am Acad Dermatol* 1993;28:120-2.
12. ALCOLADO JC, RAY K, BAXTER M, EDWARDS CW, DODSON PM: Malignant change in dermatitis artefacta. *Postgrad Med J* 1993;69:648-50.
13. FABISCH W: What is dermatitis artefacta? *Int J Dermatol* 1981;20:427-8.