

Dermatite artefacta simulando vasculite necrotizante^{*}

Dermatitis artefacta simulating necrotizing vasculitis^{}*

Júnia Maria Fernandes Araújo¹
 Maria Teresa Feital de Carvalho³
 Aloísio Gamonal⁵

Ana Rosa Magaldi Ribeiro de Oliveira²
 Shirley Gamonal⁴

Resumo: A dermatite artefacta é síndrome psicossomática, constituída por lesões cutâneas produzidas pelo paciente e propositadamente negadas, considerada projeção na pele de uma doença mental. As lesões podem ser únicas ou múltiplas, de aparecimento abrupto, localizadas nas partes mais acessíveis ao alcance da mão. Apresentamos caso de dermatite artefacta com diagnóstico e terapêutica difíceis, simulando clinicamente vasculite necrotizante.

Palavras-chave: Dermatite; Psicoterapia; Vasculite

Abstract: *Dermatitis artefacta is a psychosomatic disease characterized by self-induced skin lesions, which patients consistently deny. It may be considered a projection of a mental disorder on the skin. Self-inflicted lesions vary widely in their morphology and distribution, and tend to occur on sites readily accessible by the patient's hands. We report a case of dermatitis artefacta that was initially misdiagnosed and clinically simulated necrotizing vasculitis.*

Keywords: Dermatitits; Psychotherapy; Vasculitis

A dermatite artefacta (DA) é síndrome psicossomática, constituída por lesões cutâneas produzidas pelo paciente e propositadamente negadas. As lesões são insólitas, de configuração geométrica, aparecimento abrupto, localizadas, preferencialmente, nas partes mais acessíveis às mãos. Às vezes, o paciente procura simular dermatose ou impede a cura de lesão anterior. Estabelecido o diagnóstico, o tratamento é de âmbito psiquiátrico.^{1,2}

Apresenta-se caso de DA com evolução crônica e recorrente, de diagnóstico e terapêutica difíceis, simulando clinicamente vasculite necrotizante.

Paciente do sexo feminino, 42 anos, branca, apresentando lesões ulceradas profundas, de bordas regulares, com áreas de necrose, localizadas nos mem-

brós inferiores (Figuras 1 e 2). O quadro teve início com o surgimento de uma lesão há três meses após queimadura acidental por ferro de passar roupa. Sucessivamente novas lesões se desenvolveram. Quanto aos antecedentes destacam-se história de depressão e ansiedade. Os exames laboratoriais mostraram: hemoglobina: 12, leucócitos: 7.800, plaquetas: 253.000, glicemia: 90, uréia: 27, creatinina: 0,4, TGO: 48, TGP: 91, LDH: 330, VHS: 62 (1ª hora) e 81 (2ª hora), proteína C reativa: 2, fator reumatóide inferior a 8, FAN: 1/80, crioglobulinas: negativo, sorologias para hepatites e HIV negativas. A conduta foi internação hospitalar, antibiótico sistêmico, desbridamento cirúrgico e curativo com sulfadiazina de prata. A paciente evoluiu com regressão das lesões cutâneas

Recebido em 17.07.2007.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 02.01.2008.

^{*} Trabalho realizado na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e no Núcleo de Pesquisa em Dermatologia do Hospital Universitário – Juiz de Fora (MG), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / Conflict of interest: None

Suporte financeiro: Nenhum / Financial funding: None

¹ Residente de Dermatologia da Universidade Federal de Juiz de Fora – (UFJF) – Juiz de Fora (MG), Brasil.

² Residente de Dermatologia da Universidade Federal de Juiz de Fora – (UFJF) – Juiz de Fora (MG), Brasil.

³ Professor de Dermatologia da Universidade Federal de Juiz de Fora – (UFJF) – Juiz de Fora (MG), Brasil.

⁴ Professor de Dermatologia da Universidade Federal de Juiz de Fora – (UFJF) – Juiz de Fora (MG), Brasil.

⁵ Professor de Dermatologia da Universidade Federal de Juiz de Fora – (UFJF) – Juiz de Fora (MG), Brasil.



FIGURA 1 : Lesões ulceradas profundas com áreas de necrose e sinais de infecção secundária nos membros inferiores



FIGURA 2 : Lesão ulcerada com crosta necrótica em região maleolar externa da perna esquerda

e sem aparecimento de novas lesões. Após alta hospitalar, a paciente retornou no dia seguinte, apresentando nova lesão ulcerada com crosta necrótica em região maleolar externa esquerda. Foi avaliada pela reumatologia que realizou pulsoterapia com metilprednisolona e ciclofosfamida. Novos exames laboratoriais foram solicitados, entre eles, antitrombina II, proteína C funcional, proteína S funcional, cardiolipina, anticoagulante lúpico, TAP, RNI, antiDNA nativo, anti-Sm, anti-Ro, p-Anca e c-Anca, porém sem alterações. O exame histopatológico revelou ulceração por escoriação com deposição de material fibrino-necrótico e derme subjacente com discreto infiltrado inflamatório misto, sem mais alterações vasculares. A paciente apresentou melhora do quadro clínico após um ano de tratamento psiquiátrico.

A DA, factícia ou patomímica, é caracterizada por lesões únicas ou múltiplas, de aparecimento abrupto, localizadas nas partes mais ao alcance da mão dominante. A morfologia é tão variada quanto os métodos empregados para autoflagelação, porém é bizarra, com freqüência angulada ou geométrica com necrose superficial ou listras lineares que não lembram qualquer dermatose conhecida.^{3,6} De algum modo, os pacientes visam atrair a atenção, com o objetivo de obter a simpatia ou preocupação dos familiares, mais precisamente, benefício secundário.^{2,5,7}

O diagnóstico diferencial inclui doenças com substrato inflamatório importante, entre elas, dermatites de contato, fitodermatoses, picadas de artrópodes, pênfigos, vasculites, collagenoses e coagulopatias.⁵

Em relação aos exames laboratoriais, hemograma, bioquímica e sorologias são normais, e cultura da

lesão cutânea negativa, exceto em casos de inoculação séptica. A biópsia pode lembrar uma dermatose em particular, porém estudos confirmatórios serão negativos.¹

O diagnóstico de DA deve ser resultado de processo de eliminação de outras doenças possíveis e baseado no conjunto de aspectos dermatológicos e psicológicos, considerando que a DA é a expressão de relevante sofrimento mental, desconhecido pelo paciente.⁵

Na maioria dos casos, o diagnóstico de DA não é simples e imediato, e o paciente, por meses ou anos, pode manter o quadro. Curativos oclusivos, solicitando-se ao paciente não os tocar, e efetuados de forma que possa ser constatada qualquer manipulação, assim como o aparecimento de lesões em locais não afetados anteriormente, podem possibilitar o diagnóstico. Entretanto, para a confirmação, pode ser necessária internação hospitalar e colaboração da psiquiatria.^{3,8,9}

Atitude compreensiva e atenciosa, por parte do dermatologista, pode servir para alertar o paciente sobre sua real situação. O confronto direto com o paciente poderá ser desastroso, resultando no abandono do tratamento. É difícil a abordagem sobre a avaliação psiquiátrica, já que, no entendimento dos pacientes, a doença é restrita à pele.^{2,5,10}

A terapêutica da DA pode ser pouco satisfatória, e internação hospitalar, benéfica para a comprovação de possível manipulação das lesões, assim como para introduzir o tratamento com psicoterapeutas. Depressão concomitante ou episódios psicóticos requerem terapia medicamentosa, porém, mesmo na ausência dessas indicações precisas, drogas psicotrópicas são freqüentemente úteis.^{1,5} □

REFERÊNCIAS

1. Sampaio SAP, Rivitti EA. Dermatologia. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas; 2000. p.458.
2. Koeng TW, Garnis-Jones S, Rencic A, Tausk FA. Dermatitis artefacta. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen FK, Lowell A. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. New York: McGraw-Hill; 2003. p.391-2.
3. Azulay RD, Azulay DR. Dermatologia. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p.793-4.
4. Verraes-Derancourt S, Derancourt C, Poot F, Heenen M, Bernard P. Dermatitis artefacta: retrospective-study in 31 patients. Ann Dermatol Venereol. 2006;133:235-8.
5. Megarbane H, Tomb R, Makhoul E, Halaby E. Dermatitis artefacta. Report of seven cases. J Med Liban. 2003;51:9-14.
6. Joe EK, Li VW, Magro CM, Arndt KA, Bowers KE. Diagnostic clues to dermatitis artefacta. Cutis. 1999;63:209-14.
7. Grimalt F, Cotterill JA. Dermatología y psiquiatria. Madrid: Aula medica; 2002. p.143-63.
8. Koblenzer CS. Dermatitis artefacta. Clinical features and approaches to treatment. Am J Clin Dermatol. 2000;1:47-55.
9. Thacuilo-Parra JA, Guevara-Gutierrez E, Barron-Perez E, Estrada-Contreras M. Munchausen's syndrome: a diagnostic challenge. Gac Med Mex. 1999;135:177-81.
10. Cotterill JA, Millard LG. Psychocutaneous disorders. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, editors. Rook/Wilkinson/ebling: Textbook of Dermatology. Oxford: Blackwell Science;1998. p.200-2.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Júnia Maria Fernandes Araújo
Rua Dr. José Cesário, 43/801 – Alto dos Passos
36025-030 - Juiz de Fora – MG.
Tel.: (32) 4009-5198
E-mail: junia-araujo@ig.com.br

Como citar este artigo / How to cite this article: Araújo JMF, Oliveira ARM, Carvalho MTF, Gamonal S, Gamonal A. Dermatite artefacta simulando vasculite necrotizante. An Bras Dermatol. 2008;83(2):163-5.