

ESTUDIOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO

Queratosis artefacta

Resumen.—Los trastornos compulsivos en dermatología son variados e incluyen diversas afecciones, tales como tricotilomanía, onicofagia y escoriaciones neuróticas, entre otras.

Se describen nueve pacientes con un trastorno autoinfligido de tipo compulsivo. Las lesiones artefactas estaban producidas por el hábito incontrolable y repetitivo de morderse y/ o frotarse la piel de sectores localizados de las manos o de los dedos. Las lesiones consistían en nódulos hiperqueratósicos localizados especialmente en el dorso de las manos o de los dedos. El diagnóstico diferencial debe establecerse con otros tipos de callosidades.

Palabras clave: Queratosis artefacta. Callosidades. Hábito compulsivo. Desorden obsesivo-compulsivo. Psicodermatología.

FRANCISCO URBINA G.
Unidad de Dermatología Occidente.
Universidad de Chile.
Hospital San Juan de Dios.
Santiago de Chile (Chile).

Correspondencia:

FRANCISCO URBINA G. Algeciras, 583. Las Condes. Santiago de Chile (Chile).

Aceptado el 4 de diciembre de 2000.

INTRODUCCIÓN

Existen diversas circunstancias en que el paciente se autoinflige lesiones en la piel. A grandes rasgos podemos dividir las en dos grupos principales: la dermatitis artefacta propiamente dicha y un grupo paralelo de trastornos producidos por hábitos de tipo compulsivo (1).

Las lesiones de la dermatitis artefacta presentan características morfológicas peculiares que habitualmente permiten sospechar su diagnóstico desde un comienzo; generalmente muestran una superficie erosiva o ulcerada, con bordes bien definidos o geométricos, y se localizan en áreas corporales situadas al alcance de las manos. Son producidas con el afán de satisfacer una carencia psicológica y el paciente típicamente niega el haberse las producido.

Las queratosis artefactas también pertenecen al grupo de trastornos autoprovocados, aunque son de tipo compulsivo, y a diferencia de la anterior no hay dificultades por parte del paciente en reconocer su participación en el proceso. Clínicamente consisten en lesiones autoinfligidas de tipo hiperqueratósico habitualmente localizadas en las manos, especialmente en la superficie palmar de los dedos (2) o en las mismas palmas (3). Deben diferenciarse de otras formas de callosidades.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

Una serie de nueve pacientes, cuyas características clínicas se resumen en la **tabla I**, consultaron en los últimos 10 años por lesiones de aspecto hiperqueratósico, localizadas principalmente en las manos.

TABLA I: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE NUEVE CASOS DE QUERATOSIS ARTEFACTA

Casos	Sexo	Edad (años)	Tiempo evol. (años)	Localización	Mecanismo producción	Asociaciones
1	M	22	3	Borde interno ambas manos.	Frotamiento.	—
2	F	30	5	Dorso mano derecha.	Se muerde.	—
3	M	11	4	Índice y medio mano izquierda.	Frotamiento ambos dedos.	—
4	M	52	5	Dorso mano derecha.	Se muerde.	—
5	M	28	4	Dorso falange distal pulgar, índice y medio derechos.	Frotamiento entre ellos.	—
6	M	16	1	Dorso pies.	Frotamiento con calzado.	—
7	M	25	3	Nudillos y dorso índice, medio y anular derechos.	Se muerte y frota.	Onicofagia
8	M	27	6	Dorso mano izquierda.	Se muerde.	—
9	M	20	3	Dedos medios.	Se muerde y frota.	—



FIG. 1.—Caso 1. Placa áspera en el borde interno de la mano derecha producida por frotamiento repetido con la otra mano



FIG. 3.—Caso 3. Pápulas de coloración marrón producidas por frotamiento entre los dedos índice y medio izquierdos.

Todos ellos admitían sin dificultades que se autoproducían las lesiones, aunque no se daban cuenta de ello o se sorprendían al explicárseles que el frotamiento repetido de las mismas era el origen del trastorno. El mecanismo de producción era generalmente por frotamiento o pellizcamiento con otros dedos y en algunos casos también se producía por morderse o frotarse con los dientes. Sólo un paciente mostraba lesiones en el dorso de los pies, las que provocaba por frotamiento contra las lengüetas del calzado cuando al estar sentado flectaba los pies en forma repetida golpeando el suelo con las plantas. En todos los casos las lesiones estaban constituidas por pápulas, nódulos o placas de aspecto hiperqueratósico, ásperas y duras a la palpación, algunas con coloración más oscura que la piel vecina y otras veces hipopigmentadas (Figs. 1, 2, 3, 4, 5 y 6).

Todos ellos se traumatizaban las lesiones en momentos de tensión emocional, ansiedad, al estar preocupados por algo o simplemente al estar viendo televisión. En un caso el hábito se asociaba a onicofagia. No se detectaron trastornos psiquiátricos mayores evidentes de base, aunque no se les derivó al psiquiatra.



FIG. 2.—Caso 2. Nódulos de consistencia firme en el dorso de la mano derecha producidos por morderse en forma repetida.



FIG. 4.—Caso 4. Nódulos ásperos e hipopigmentados en el dorso de la mano derecha producidos por morderse en forma repetida.

En dos casos se realizó biopsia y estudio histológico de las lesiones debido a sus peculiaridades clínicas (casos 1 y 2). Los hallazgos a la histopatología fueron similares, mostrando una epidermis acantósica, con elongación irregular de las crestas epidérmicas, marcada hiperqueratosis ortoqueratósica compacta e infiltrado inflamatorio mononuclear linfocitario discreto en la dermis junto a fibrosis leve (Fig. 7).

En dos casos en que hubo un control posterior las lesiones mejoraron tras el uso de una crema en base a betametasona y ácido salicílico, junto a la indicación de evitar traumatizarse las lesiones. No hubo controles posteriores para detectar recidivas.

DISCUSIÓN

Las queratosis artefactas constituyen un subgrupo dentro de las dermatosis autoprovocadas que, en forma análoga a otros trastornos compulsivos como la onicodistrofia por tic, serían una manifestación de la imposibilidad de liberar tensiones por otros medios y



FIG. 5.—Caso 8. Placa áspera e hiperpigmentada en el dorso de la mano izquierda producida por morderse en la zona.

aparecen ante situaciones de estrés, ansiedad o nerviosismo (4).

Los hábitos compulsivos son movimientos o rituales repetitivos, estereotipados, sin finalidad alguna, realizados deliberada e incontrolablemente para aliviar sentimientos de ansiedad que de otra forma se harían insoportables (5). Las personalidades obsesivo-compulsivas se caracterizan por ser perfeccionistas, detallistas, escrupulosas e indecisas por temor a cometer errores; neurobiológicamente se las ha relacionado con la serotonina como neurotransmisor, y en su tratamiento resultan eficaces los agentes serotoninérgicos que bloquean la recaptación presináptica de serotonina (6).

En la tabla II se resumen los principales trastornos de tipo compulsivo vistos en dermatología. Cabe destacar entre ellos, por su similitud con el cuadro que nos ocupa, las almohadillas por succión producidas por el hábito inconsciente de chupar o morderse el dorso de los pulgares (7) o de otros dedos de las manos (8).

Las queratosis artefactas deben diferenciarse de las callosidades comunes inducidas por traumas repetidos o prolongados y de las marcas ocupacionales que apa-



FIG. 6.—Caso 9. Placas ásperas e hiperpigmentadas en ambos dedos medios producidas por morderse y por frotamiento.



FIG. 7.—Estudio histopatológico del caso 1. Epidermis acantósica con alargamiento irregular de las crestas epidérmicas y marcada hiperqueratosis ortoqueratósica compacta.

recen como resultado de la adaptación de la piel a ciertos trabajos o profesiones, como las que se observan en sastres, barberos, empapeladores, etc. (9, 10); una lesión bastante común es la callosidad de los escritores, que aparece en la cara lateral de la falange distal del dedo medio, en la zona de contacto con el lápiz (11). Cuando las lesiones se localizan en el dorso de las articulaciones interfalángicas y son debidas a exposición ocupacional se denominan falsas almohadillas de los nudillos (7) —como por ejemplo, las hiperqueratosis ocupacionales de los instaladores de alfombras (12)— para diferenciarlas de las idiopáticas o de las que son manifestación de una polifibromatosis (13).

Otras formas de hiperqueratosis circunscritas son los nódulos de los oradores, que consisten en callosidades localizadas producidas por el roce crónico debido a la postura adoptada para rezar. El trastorno afecta típicamente a musulmanes, con lesiones localizadas principalmente en la frente —en la zona de contacto de la cabeza contra la piedra de las oraciones o contra el suelo (14)—, dorso del pie, tobillos y rodillas (15, 16). No todos los musulmanes las desarrollan, por lo que probablemente también inter-

TABLA II: TRASTORNOS DERMATOLÓGICOS DE TIPO COMPULSIVO

-
- Acné escoriado.
 - Escoriaciones neuróticas.
 - Queilitis facticia.
 - *Morsicatio buccarum*.
 - Onicofagia.
 - Onicotilomanía.
 - Onicodistrofia por tic.
 - Tricotilomanía.
 - Almohadillas por succión.
 - Dermatitis de contacto irritativa por lavado frecuente de manos.
 - Queratosis artefacta.
-

vengan factores constitucionales, ni tampoco son exclusivas de esa religión, habiéndose descrito lesiones en las rodillas de una paciente católica practicante (14).

Las callosidades de las piernas cruzadas (17) se relacionan con la postura adoptada por algunas personas al sentarse en el suelo, sin relación con prácticas religiosas. Se presentan clínicamente con callosidades nodulares localizadas en el dorso de los pies; aparecen con mayor frecuencia en mujeres, hecho quizá favorecido por las características pélvicas femeninas que las haría más proclives a adoptar esta postura, asociado a una hipermovilidad de los tobillos junto con la existencia de prominencias óseas a nivel de las callosidades.

Los nódulos de los surfistas aparecen característicamente sobre la prominencia tibial anterior y ocasionalmente en la zona dorsal media del pie, áreas de presión y contacto continuas con la tabla de deslizamiento (18). Clínicamente se manifiesta en forma de un nódulo fibroso que puede evolucionar a calcificación e incluso deformidad ósea (19).

El diagnóstico de las queratosis artefactas no debería ofrecer dificultades. Su reconocimiento es importante debido a la frecuente asociación de los trastornos compulsivos con trastornos de tipo psiquiátrico, especialmente depresión (20). Cuando ésta aparece suele hacerlo en forma posterior a los síntomas compulsivos, por lo que el diagnóstico precoz de éstos por parte del dermatólogo permitiría prevenir la aparición del estado depresivo con la ayuda del psiquiatra. Sin embargo, los pacientes de este tipo son a menudo reticentes a acudir al psicólogo o psiquiatra en la creencia de que su trastorno es puramente dermatológico. Al respecto, se ha señalado que es preferible no quitarles ni prohibirles su síntoma o compulsión (5) (lo que probablemente esté destinado al fracaso o incluso aumente la ansiedad), sino más bien emplear diversos tratamientos tópicos cambiantes e incluso realizar algunos exámenes banales hasta establecer una alianza terapéutica basada en el convencimiento de que se está haciendo algo por ellos y sólo una vez lograda ésta intentar su derivación.

En el tipo de trastorno compulsivo descrito en la presente serie apenas se logró conseguir algún seguimiento; la banalidad de las lesiones y el conocimiento de su origen probablemente hagan que el paciente desestime los controles, haciendo difícil poder ahondar en motivaciones de índole psiquiátrico.

Abstract.—Compulsive habits in dermatology are diverse and include several conditions, such as trichotillomania, onychophagia and neurotic excoriations among others.

Nine patients with a self-inflicted, compulsive condition are described. The artefact lesions were produced by the uncontrollable and repetitive habit of biting and/ or rubbing the skin of localized parts of their hands or fingers. The lesions mainly consisted of hyperkeratotic nodules especially located on the dorsum of the hands or fingers. Differential diagnosis should be done with other types of callosities.

Urbina G. F. Keratosis artefacta. Actas Dermosifiliogr 2001; 92: 88-91.

Key words: Keratosis artefacta. Callosities. Compulsive habits. Obsessive-compulsive disorder. Psychodermatology.

BIBLIOGRAFÍA

1. Urbina F, Cristóbal MC, Aguilar A. Dermatitis artefacta. *Dermatología (Chile)* 1992;8:142-4.
2. Costello MJ, Gibbs RC. The palms and soles in medicine. Springfield: Charles C. Thomas, Publisher; 1967. p. 42-3.
3. Butterworth T, Streat LP. Behavior disorders of interest to dermatologists. *Arch Dermatol* 1963;88:859-67.
4. Urbina F. Onicodistrofia por tic. *Piel* 1998;13:73-5.
5. Monti M, Sambvani F, Sacrini F. Obsessive-compulsive disorders in dermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1998;11: 103-8.
6. Warnock JK, Kestenbaum T. Obsessive-compulsive disorder. En: Koo J, ed. *Psychodermatology. Dermatologic Clinics* 1996;14:465-72.
7. Cambiaghi S, Pistritto G. Suction pads related to thumb sucking and chewing. *Br J Dermatol* 1998;138:1096-7.
8. Meigel WN, Plewig G. Kauschielen, eine Variante der Fingerknöchelpolster. *Hautarzt* 1976;27:391-5.
9. Ronchese F. Occupation marks-part IV. *Cutis* 1971;8:405-8.
10. Ronchese F. Occupation marks. *Practitioner* 1973;210: 507-12.
11. Ronchese F. Occupation marks-part III. *Cutis* 1971;7:605-7.
12. Wahlberg JE. Occupational hyperkeratosis in carpet installers. *Am J Ind Med* 1985;8:351-3.
13. Ronchese F. Knuckle pads and similar looking disorders. *Giorn Ital Derm* 1966;107:1227-36.
14. Olivares M, Piqué E, Fariña MC, Escalonilla P, Martín L, Requena L. Nódulos de los oradores: una variante clínica peculiar de liquenificación. *Actas Dermosifiliogr* 1995;86:517-21.
15. Monk BE. Prayer nodules. *Clin Exp Dermatol* 1982;7:225-6.
16. English JSC, Fenton DA, Wilkinson JD. Prayer nodules. *Clin Exp Dermatol* 1984;9:97-8.
17. Cox NH, Finlay AY. Crossed-leg callosities. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1985;65:559-61.
18. Erickson JG, Von Gemmingen GR. Surfer's nodules and other complications of surfing. *JAMA* 1967;201:134-6.
19. Basler RSW. Skin injuries in sports medicine. *J Am Acad Dermatol* 1989;21:1257-62.
20. Koblenzer CS. Psychiatric syndromes of interest to dermatologists. *Int J Dermatol* 1993;32:82-8.