

PATOMIMIA MORSICATIO BUCCARUM ET LABIORUM.

Publicado el: 08/02/2010 10:22:26

PATOMIMIA MORSICATIO BUCCARUM ET LABIORUM.**A PROPÓSITO DE 2 CASOS**

Valdez-Berribetia Iván⁽¹⁾, Velasco-Vivancos Verónica⁽²⁾, Berini-Aytés Leonardo⁽³⁾,

Gay-Escoda Cosme⁽⁴⁾.

- (1) Odontólogo. Postgrado de Cirugía Bucal. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona.
- (2) Odontóloga. Máster de Cirugía e Implantología Bucal. Profesora asociada de Cirugía Bucal. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona. Investigadora del Instituto IDIBELL.
- (3) Doctor en Medicina. Estomatólogo. Especialista en Cirugía Maxilofacial. Profesor Titular de Patología Quirúrgica Bucal y Maxilofacial. Profesor del Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona. Investigador del Instituto IDIBELL.
- (4) Doctor en Medicina. Estomatólogo. Especialista en Cirugía Maxilofacial. Catedrático de Patología Quirúrgica Bucal y Maxilofacial. Director del Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona. Investigador Coordinador del Instituto IDIBELL. Jefe del Servicio de Cirugía Bucal, Implantología Bucofacial y Cirugía Maxilofacial del Centro Médico Teknon. Barcelona. España.

Correspondencia:

Dr. Cosme Gay Escoda

Centro Médico Teknon

Instituto de Investigación IDIBELL

C/ Vilana 12

08022 - Barcelona

<http://www.gayescoda.com>

E-mail: cgay@ub.edu

RESUMEN

La "Patomimia Morsicatio Buccarum et Labiorum" es una forma de afectación mucocutánea ficticia que se produce por un acto de autolesión encubierto y deliberado del paciente con su pleno conocimiento y consciencia. Los pacientes reproducen o perpetúan el cuadro clínico utilizando o resaltando los mecanismos que lo causaron.

Presentamos dos casos tratados en el Servicio de Cirugía Bucal de la Clínica Odontológica de la Universidad de Barcelona correspondientes a pacientes del sexo masculino de 9 y 13 años de edad. El primero mostraba lesiones a nivel del fondo del vestíbulo inferior y mucosa yugal izquierda. El segundo paciente presentaba lesiones a nivel del trígono retromolar, mucosa interna del labio inferior y punta de la lengua. Con el fin de dilucidar la naturaleza y etiología de las lesiones se realizaron cultivos microbiológicos, biopsia incisional con posterior estudio anatomopatológico de las muestras, así como un hemograma completo. Tras obtener los resultados de las pruebas complementarias y descartar otras posibles etiologías, comentamos a los tutores de los pacientes la posibilidad de que las lesiones fuesen autoinducidas.

Este comportamiento autolesivo es más frecuente en adolescentes del sexo femenino. En la mayoría de los casos, los objetivos de estas conductas patológicas son la obtención secundaria de afecto y de atención. Por otro lado, las estrategias psicoterapéuticas están encaminadas a que el paciente aprenda a entender y expresar sus emociones de manera constructiva. Es muy importante conocer el estado psicológico del paciente lo que nos facilitará su manejo terapéutico. En algunos individuos el mordisqueo de las mucosas de la cavidad bucal se convierte en una neurosis, que la mayoría de ellos así como sus familiares desconocen. El diagnóstico de esta entidad se establece por descarte tras obtener resultados inespecíficos en todas las pruebas complementarias.

Palabras clave: Patomimia morsicatio buccarum et labiorum, autolesión, afectación mucocutánea ficticia, comportamiento autolesivo.

Título corto: Estomatitis ficticia

ABSTRACT:

"Patomimia Morsicatio Buccarum et Labiorum" is a factitious mucocutaneous disorder produced by a deliberate and secret auto injury act performed with complete awareness by the patient. Patients reproduce and perpetuate the clinical injury using or stressing the mechanisms that caused the lesion.

Two clinical cases treated at the Oral Surgery Unit of the Dental School of the University of Barcelona are presented. They correspond to two young male patients aged 9 and 13 respectively. The first, had lesions located at the lower buccal vestibule and left jugal mucosa. While the second patient presented lesions at the retromolar trigone, lower lip internal mucosa and tip of the tongue. Microbiologic cultures, incisional biopsies and blood counts were performed in order to discover the nature and etiology of the lesions. Once results from the tests were studied and other possible causes discarded, the possible self-induced nature of the lesions was introduced to the patients' families.

This autolesive behavior is more common among female adolescents. In most cases, the aim of this pathologic behavior is to secondarily obtain affection and attention. On the other hand, the psychotherapeutic strategies are designed to make the patient understand and express his own emotions in a constructive manner. It is crucial to recognize the psychological state of the patient what will facilitate his therapeutic management. In some individuals the buccal mucosa nibbling becomes a neurosis, not recognized by them or by their families. The diagnosis of these entities is reached after finding unspecific results in every complementary diagnostic test performed.

Key words: Patomimia morsicatio buccarum et labiorum, self-induced injury, factitious disorders, psychopathology.

Short title: Stomatitis fictitious

INTRODUCCIÓN

La estomatitis ficticia o "Patomimia Morsicatio Buccarum et Labiorum" se caracteriza por la presencia de lesiones ulcerativas autoinducidas. La mayoría de los casos de automutilación debutan como una inflamación localizada o una ulceración en la mucosa bucal. En muchas ocasiones los pacientes se lesionan ellos mismos para atraer la atención tanto de los familiares, como de los facultativos. A menudo la etiología es difícil de determinar.

En ocasiones, este comportamiento es secundario a algún trastorno psíquico o mental asociado a acciones autolesivas repetitivas. La automutilación de las estructuras bucales se ha descrito asociada al autismo, así como a otros trastornos psiquiátricos como el síndrome de Lesch-Nyhan, retrasos mentales, disautonomía familiar o el síndrome de Tourette.⁽¹⁾ A continuación presentamos dos casos clínicos diagnosticados y tratados en el Servicio de Cirugía Bucal de la Clínica Odontológica de la Universidad de Barcelona.

CASO CLÍNICO 1

Acudió a nuestro Servicio de Cirugía Bucal un niño de 9 años de edad, de raza caucásica y sin antecedentes patológicos de interés. Presentaba una úlcera de 15 días de evolución en el fondo del vestíbulo anteroinferior, de 3 cm de longitud por 1,5 cm de anchura y 1 cm de profundidad, de bordes geográficos aunque bien delimitados, cubierta por una capa de fibrina y que en su centro mostraba un aspecto necrótico y con tendencia al sangrado. El paciente tan sólo refería una molestia leve, y se encontraba desde hacía 10 días bajo tratamiento farmacológico con: Amoxicilina + ácido clavulánico 500/125 mg, 1 comprimidos cada 8 horas (Augmentine[®], GlaxoSmithKline; Madrid, España), Ibuprofeno 600 mg, 1 comprimido cada 8 horas, (Esteve, Barcelona, España) y aplicaciones tópicas de Clorhexidina en gel al 0,2%. (Clorhexidina Lacer[®], Lacer, Barcelona, España). A la exploración cervical se palpaba una adenopatía submandibular izquierda de 1 cm de diámetro, móvil e indolora.

A pesar de haber realizado una detallada anamnesis y una completa exploración clínica y radiográfica no se encontró la etiología de la lesión. Por lo tanto, se efectuó un cultivo microbiológico, una biopsia incisional y su análisis anatomopatológico. También se solicitó un hemograma completo que fue normal. El resultado del análisis microbiológico no reflejó ninguna patología, no obstante la lesión seguía mostrando el mismo aspecto ulcerado, sin cambios en su tamaño. A los 7 días de haber efectuado la biopsia se recibió el diagnóstico histológico de úlcera inflamatoria inespecífica. Como la herida persistía se prescribió acetónido de triamcinolona al 0,1% en Orabase cada 12 horas. Después de la aplicación del corticoide tópico durante 4 semanas se observó una remisión completa tanto en la encía queratinizada como en el fondo del vestíbulo. Aún así, se mantuvo el tratamiento una semana más (figura 1).

Tras haber seguido y estudiado la evolución del caso se le explicó a la madre la posibilidad de que se tratase de una lesión autoinducida. Por ello se solicitó una valoración e informe psiquiátrico. Sin embargo la madre se mostró escéptica frente a nuestras explicaciones.

El paciente no volvió a las visitas de control, hasta que un mes después acudió de urgencia por presentar una lesión de aspecto traumático en la mucosa yugal izquierda, de 2,5 cm diámetro, de características similares a la que presentó en la mucosa labial anteroinferior. Por ello se repitió la prescripción de acetónido de triamcinolona al 0,01% en Orabase cada 12 horas y se citó al paciente a los tres días para seguir su evolución. Se observó una mejoría en la zona afectada. A la semana, la remisión era casi completa (figura 2). Tras la aparición de la segunda lesión, la madre se mostró mucho más receptiva a nuestras explicaciones. Siete días después y una vez curada totalmente la lesión se decidió, paulatinamente, retirar los corticoides tópicos.

Se remitió al paciente para valoración psiquiátrica, donde se confirmó la naturaleza autoinducida de las lesiones.

Actualmente, el paciente continúa en controles psiquiátricos y odontológicos no mostrando nuevas lesiones.

CASO CLINICO 2

Se presentó en nuestro Servicio de Cirugía Bucal, un niño de 13 años de edad, de raza caucásica, sin alergias medicamentosas conocidas, y con antecedentes de ansiedad controlada farmacológicamente con cloracepato dipotásico de 2,5mg. en sobres tomando 5 al día (2-1-2) (Tranxilium-Pediatric[®], Sanofi Aventis, Barcelona, España). Como motivo de consulta refirió presentar una úlcera en la zona del triángulo retromolar derecho de 5 meses de evolución. La lesión medía 1 cm de diámetro, era de aspecto irregular y del mismo color que la mucosa adyacente. Para descartar un posible origen traumático, su dentista hizo desgastes selectivos en las cúspides del 1.7. Al no observar mejoría, fue derivado a nuestro Servicio donde se programó una biopsia incisional y estudio anatomopatológico de la zona retromolar derecha. El día de la intervención quirúrgica se optó por no hacer la biopsia incisional programada ya que el paciente presentaba una úlcera dolorosa en la mucosa interna del labio inferior de 3 cm x 2,5 cm de diámetro, de color blanquecino. La madre refería que el niño había estado mordiendo el labio desde hacía 4 días y que la lesión había aumentado de tamaño progresivamente durante este tiempo. Por prescripción de su médico de cabecera, el niño se encontraba bajo tratamiento farmacológico con Amoxicilina 750 mg, 1 comprimido cada 8 horas (Clamoxyl[®], Glaxo SmithKline, Madrid, España) Diclofenaco 50 mg, 1 comprimido cada 8 horas (Voltaren[®], Novartis, Barcelona, España), Paracetamol de 1gr, 1 comprimido cada 6 horas (Gelocatil[®], Gelos, Barcelona, España). Decidimos pautar acetónido de triamcinolona al 0,01 % en Orabase, cada 8 horas y clorhexidina 0,2% (Clorhexidina Lacer[®], Lacer, Barcelona, España) en gel 3 veces al día.

Un día más tarde, el paciente volvió a nuestro Servicio por presentar un área necrótica en el centro de la lesión localizada en el labio inferior. La madre relató que el niño continuaba con el hábito de traumatizarse el labio rozándolo contra los incisivos superiores. Decidimos derivar al paciente a un hospital pediátrico para una valoración psicológica, donde decidieron cambiar el cloracepato dipotásico (Tranxilium-Pediatric® Sanofi Aventis, Barcelona, España) por el diazepam de 5mg (Byk Leo Laboratorio, Granada, España)

En la visita de control efectuada un mes más tarde, se observó la remisión total de ambas lesiones por lo que decidimos ir retirando el tratamiento tópico con corticoides, aunque se detectó una nueva úlcera circular de 1 cm de diámetro en la punta de la lengua. La madre atribuía esta nueva lesión al roce incontrolado de la lengua sobre los incisivos inferiores debido al estado de ansiedad de su hijo (figura 3).

Se optó por continuar con la clorhexidina en gel al 0,2% y controlar el hábito del roce de la lengua contra los incisivos inferiores confeccionando un protector bucal de silicona que llevó durante 15 días y que sirvió para frenar un poco el hábito nocivo de autolesión. El niño continúa bajo tratamiento psiquiátrico y no ha referido más lesiones en la cavidad bucal.

DISCUSIÓN

Las lesiones autoinducidas pueden ser una manifestación de un desorden emocional o psiquiátrico. Los pacientes reproducen o perpetúan el cuadro clínico utilizando o resaltando los mecanismos que lo causaron ^(1,9). Esta patología es más frecuente en niñas y parece relacionarse con sujetos con personalidad impulsiva y agresiva que favorece el deseo de autocastigo. La enfermedad de base varía desde el retraso mental hasta la psicosis y se ha señalado en ocasiones el haber sufrido abusos sexuales como factor desencadenante. El individuo se mutila con las manos, instrumentos cortantes, agentes físicos o sustancias químicas como ácidos fuertes. Suele haber amnesia para este autocastigo, por lo que el paciente no admite haberse producido las lesiones. En general, éstas se presentan como ulceraciones que miden de milímetros a centímetros, de formas caprichosas o geométricas, bordes netos y con zonas de necrosis.

El plan de tratamiento debe ser dirigido por un psicólogo o un médico especialista en psiquiatría, los cuales siguen las estrategias psicoterapéuticas encaminadas a que el paciente aprenda a entender y expresar sus emociones de manera constructiva. El conocimiento del estrato psicodinámico facilita el manejo terapéutico del paciente con lesiones autoinducidas pero muchas veces resulta ineficaz. En esta circunstancia puede ser necesaria la administración de algún ansiolítico ^(5,6).

En este artículo hemos presentado 2 casos de lesiones dolorosas localizadas en diversas regiones de la cavidad bucal sin una etiología claramente definida. El primer paciente aparentemente no presentaba trastornos psiquiátricos. La inespecificidad de la historia clínica y de las pruebas complementarias, así como el fracaso en el tratamiento empírico nos llevó a considerar la posibilidad de que se trataba de una patología ficticia. Hay otros casos en que la recurrencia de estas lesiones observadas durante el seguimiento puede orientar hacia un diagnóstico de autoagresión. En el segundo caso, podía detectarse un trasfondo de ansiedad del paciente que coincidía con la aparición de las lesiones bucales.

Otro punto a destacar son las ventajas que obtienen estos pacientes al presentar estas lesiones. Algunos pueden estar buscando atención en su entorno familiar, o bien escapar de alguna obligación (exámenes, trabajo, etc.) o incluso encubrir otro trastorno de mayor gravedad (bulimia, drogadicción, etc.) ^(2,8).

Antes de considerar el diagnóstico de "Patomimia Morsicatio Buccarum et Labiorum" el clínico debe descartar cualquier otra posible patología y siempre que estén indicadas deben solicitarse todas las pruebas complementarias oportunas incluyendo el estudio histológico mediante la toma de una biopsia incisional ⁽³⁾.

Un tratamiento que resulta efectivo para estos trastornos es proteger la zona afectada con un protector bucal que impida al paciente traumatizar esta área. Uno no esperaría que las lesiones mucocutáneas ocasionadas por una patología sistémica curaran al ser protegidas de alguna forma, incluso pensaríamos en que se agravarían si se tratase de una lesión infecciosa. El protector bucal

utilizado debe fijarse bien para que sea difícil su retirada, si en la visita de control notamos que éste se encuentra desplazado pensaríamos en un intento del paciente de quitarlo intencionadamente ⁽⁶⁾.

Otra estrategia útil es la de interrogar repetidamente al paciente en las sucesivas visitas de control con la intención de obtener más información a medida que el clínico va ganándose la confianza del paciente ⁽⁷⁾. Se han descrito casos en los que el paciente ha dejado de autolesionarse al detectar que el facultativo pudiera estar pensando en una etiología autoinducida de las lesiones ⁽³⁾. En algunos individuos el mordisqueo de las mucosas se convierte en una neurosis que la mayoría de ellos así como sus familiares desconocen ⁽⁷⁾.

La sugerencia de un diagnóstico de lesiones autoinducidas debería reservarse hasta que todas las otras etiologías se hayan descartado. Es esencial no utilizar este diagnóstico como una forma de reprimenda para el paciente ⁽⁴⁾.

Por último, queremos enfatizar que el diagnóstico de "Patomimia Morsicatio Buccarum et Labiorum" suele obtenerse de manera indirecta, siendo raros los casos en los que el paciente confirma que se autoinduce las lesiones. Aunque actualmente, con las modernas técnicas diagnósticas, se tiende a dar poca importancia al razonamiento deductivo, en algunos casos ésta será el arma más poderosa del clínico y siempre debe utilizarse complementada con una precisa historia clínica, una escrupulosa exploración física y con las pruebas complementarias que se consideren apropiadas ^(1,4).

AGRADECIMIENTOS:

Este estudio ha sido realizado por el grupo de investigación consolidado "Patología y Terapéutica Odontológica y Maxilofacial" del Instituto IDIBELL con el soporte económico del convenio docente-asistencial de Cirugía Bucal entre la Universidad de Barcelona, el Consorci Sanitari Integral y el Servei Català de la Salut de la Generalitat de Catalunya.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lamey PJ, McNab L, Gibb R. Orofacial artefactual disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 77:131-4.
2. **Kotansky K, Goldberg M, Tenenbaum HC, Mock D.** Factitious injury of the oral mucosa: A case series. *J Periodontol* 1995; 66: 241-5.
3. Tribó Boixareu MJ. Patomimia: Seguimiento de 30 casos. *Acta Dermatol* 2007; 1: 41-4.
4. Johnson CD, Matt MK, Dennison D, Brown R.S, Koh S. Preventing factitious gingival. Injury in an autistic patient. A case report. *J Am Dent Assoc* 1996; 127: 244-7.
5. Arenas R. Enfermedades psicósomáticas. En: *Atlas Dermatológica. Diagnóstico y Tratamiento.* Arenas R (ed). 3ª ed. México DF: McGraw-Hill; 2005. 212- 3.
6. Honigl D, Kriechbaum N, Zidek D, Hasiba K, Zapotoczky HG. Self-injury behavior. *Acta Med Austr* 1997; 24: 19-22.
7. Glass LF, Maize JC. Morsicatio Buccarum et Labiorum (excessive cheek and lip biting). *Am J Dermatopathol* 1991; 13: 271-4.
8. Schroer J, Spermhake J, Schulz F, Tsokos M. Self-mutilation in men injury pattern and motivation. *Arch Kriminol* 2001; 208: 165-74.
9. Millard LG. Dermatological pathomimicry: A form of patient maladjustment. *Lancet* 1984; 2: 969-71.

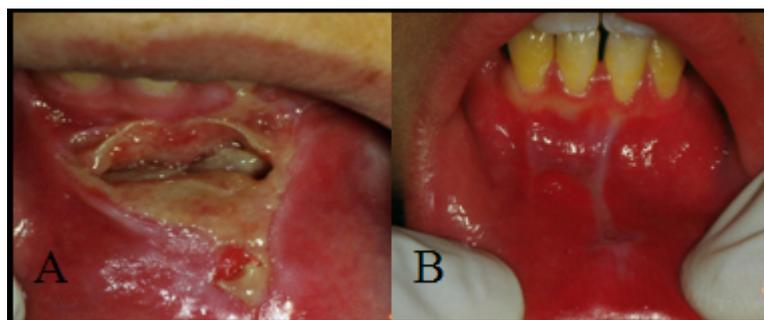


Figura 1. Caso clínico 1. A) Ulceración de 3 cm x 1,5 cm de diámetro y de 1 cm de profundidad, con bordes geográficos y centro necrótico en el fondo del vestíbulo anteroinferior. B)

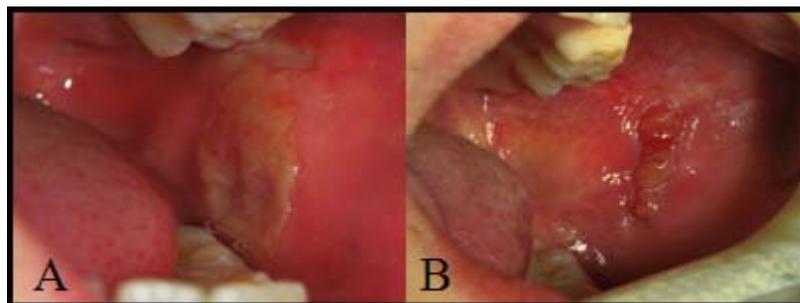


Figura. 2. Caso clínico 1. A) Lesión en la mucosa yugal izquierda, de aspecto traumático, de 2,5 cm de diámetro. B) Aspecto de la lesión de la mucosa yugal 4 días después de empezar el tratamiento tópico con acetinado de triamcinolona al 0,01% en orabase.



Figura 3. Caso clínico 2. A) Lesión en el trigono retromolar derecho. B) Aspecto ulcerado y necrótico de la lesión en la mucosa interna del labio inferior. C) Lesión circular de 1 cm de diámetro en la punta de la lengua ocasionada por el roce constante con los incisivos inferiores.

Publicado el: 08/02/2010 10:22:26