

Dermatitis neglecta: relato de dois casos^{*}

Dermatosis neglecta: a report of two cases

Ligia Márcia Mario Martin¹

Lúcia Emiko Takaoka³

Beatris Mário Martin⁵

Mauro Filgueiras Mendes²

Manoela Mário Martin⁴

Resumo: Poucos são os casos de dermatitis neglecta relatados na literatura, apesar de o diagnóstico ser conhecido pelos dermatologistas. Reconhecer o quadro evita condutas diagnósticas e terapêuticas agressivas e desnecessárias. Os autores relatam dois casos de pacientes do sexo feminino nos quais a dermatite se desenvolveu como resultado intencional ou não de negligência com o asseio pessoal.

Palavras-chave: Adolescente; Adulto; Feminino; Higiene

Abstract: Few cases of *dermatosis neglecta* have been reported in the medical literature, although the diagnosis is well-known to dermatologists. Recognizing this condition avoids unnecessary, aggressive diagnostic and therapeutic procedures. This case report discusses two cases of this condition in female patients in whom the dermatosis developed as a result of deliberate or unconscious neglect of personal hygiene.

Keywords: Adolescent; Adult; Female; Hygiene

INTRODUÇÃO

A dermatite artefacta é constituída por lesões produzidas ou agravadas pelas ações do paciente e está associada a doenças psiquiátricas.¹ A dermatite neglecta se origina do acúmulo, em uma área localizada da pele, de secreção sebácea, suor, corneócitos e bactérias, formando uma crosta compacta e aderente de sujeira.²

Poucos são os casos relatados na literatura. Reconhecer esse diagnóstico e suas causas é importante para evitar condutas diagnósticas e terapêuticas agressivas e desnecessárias.^{1,2}

Relatam-se dois casos de pacientes nos quais o quadro clínico desenvolveu-se como resultado de desleixo com o asseio corporal, intencional ou não.

RELATO DE CASOS

Caso 1: Paciente do sexo feminino, 23 anos, trabalhadora rural, natural e procedente de Marquinhos,

Paraná, referiu desde há quatro meses o aparecimento de lesões escurecidas na face, sem outros sintomas associados, com piora progressiva, causando grande impacto visual. Estava desde o início do quadro sem lavar a face. Negou tratamento anterior. Ao exame dermatológico apresentava lesões descamativas, graxentas, hiperocrômicas, facilmente destacáveis, mostrando áreas de pele normal, em toda a face, com predomínio de área frontal e malar e progressão para pescoço e colo (Figura 1). O anatomopatológico mostrou hiperqueratose intensa com presença maciça de esporos. Foram orientadas medidas de higiene e creme de ureia a 5%. Após 30 dias a paciente não apresentava melhora do quadro. Realizada retirada mecânica das crostas (Figura 2) e limpeza do local; introduzidos xampu de ácido salicílico, loção de miconazol, sabonete de enxofre e ácido salicílico. A paciente apresentava resistência importante na retirada das crostas e

Recebido em 11.08.2008.

Aprovado pelo Conselho Editorial e aceito para publicação em 08.12.2008.

^{*} Trabalho realizado no serviço de dermatologia da Associação Filantrópica Humanitas, São Jerônimo da Serra (PR), e clínica particular em Londrina (PR), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / *Conflict of interest*: None

Suporte financeiro: Nenhum / *Financial funding*: None

¹ Médica dermatologista. Mestre em clínica médica - Londrina (PR), Brasil.

² Médico dermatologista - São Jerônimo da Serra (PR), Brasil.

³ Médica dermatologista - São Jerônimo da Serra (PR), Brasil.

⁴ Acadêmica de medicina, Pontifícia Universidade Católica (PUC) - Curitiba (PR), Brasil.

⁵ Acadêmica de medicina, Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Curitiba (PR), Brasil.



FIGURA 1: Caso 1- Lesões descamativas, graxentas, hipercrômicas



FIGURA 3: Caso 1- Regressão total das lesões



FIGURA 2: Caso 1- Crostas facilmente destacáveis, mostrando área de pele normal



FIGURA 4: Caso 2- Crostas graxentas na face

insistia no afastamento do trabalho. Solicitado acompanhamento psicológico; familiares foram orientados quanto às medidas de higiene local, e a paciente foi afastada do trabalho. Retorno em 30 dias com regressão total do quadro (Figura 3).

Caso 2: Paciente do sexo feminino, 23 anos, do lar, natural de Nova Fátima e procedente de Ribeirão do Pinhal, Paraná, referiu que há oito anos vem apresentando lesões em face e pescoço. Ao exame dermatológico apresentava escamas e crostas graxentas, aderentes, em face e pescoço, facilmente removíveis, mostrando áreas de pele normal (Figura 4). Foram introduzidas medidas de higiene, desonida 0,05%

creme e ciclopirox olamina creme. No retorno em 30 dias, apresentava melhora parcial das lesões (Figura 5); o esposo mostrava-se bastante preocupado com o quadro, e a paciente, refratária às orientações. Foi realizada a higiene do local, com retirada de crostas e melhora importante do aspecto das lesões para desagrado da paciente. Retorno em 30 dias com melhora discreta das lesões (Figura 6); a paciente mantém ganho emocional secundário.



FIGURA 5: Caso 2- Crostas facilmente destacáveis, mostrando pele normal



FIGURA 6: Caso 2- Retirada das crostas com melhora do aspecto da face

DISCUSSÃO

Os estudos da personalidade, nos casos de dermatite artefacta, mostram um indivíduo emocionalmente imaturo, introspectivo, autocentrado com interesses restritos, que está fazendo um movimento não verbal na tentativa de chamar a atenção.^{1,3} Stein⁴ classifica a dermatite artefacta como uma desordem obsessivo-compulsiva.

Eventos estressantes anteriores ao início do quadro podem atuar como fatores desencadeantes ou agravantes.^{1,5} A maioria dos pacientes são mulheres jovens.¹

Esses pacientes tendem a desacreditar o diagnóstico ou se indignar quando confrontados pelo médico sobre a etiologia de sua doença. Confrontar o paciente nesse momento parece ser uma medida contraprodutiva. Os sentimentos negativos que ele demonstra frente às tentativas de cuidados feitas pela equipe de saúde dificultam a adesão e a resposta ao

tratamento.^{1,6} Torna-se importante a colaboração interdisciplinar entre dermatologistas, dermatopatologistas, psicólogos e psiquiatras na condução desses casos para que o melhor resultado seja obtido.⁷

No caso 1 acreditamos que o fator desencadeante foi o início do trabalho na lavoura de cana-de-açúcar, e o ganho secundário obtido foi o afastamento do trabalho, resultando na adesão às propostas terapêuticas, que foi satisfatória, e o relacionamento com a equipe de saúde, que se manteve preservado. Houve boa aceitação do acompanhamento psicológico.

No caso 2 o fator agravante pode ter sido o casamento, e o ganho secundário parece ser a grande comoção que a paciente desperta nos familiares, principalmente no esposo. Esta paciente é mais refratária às medidas terapêuticas, com baixa adesão ao tratamento proposto, e demonstra grande dificuldade com as orientações de higiene. □

REFERÊNCIAS

1. Poskitt I, Wayte J, Wojnarowska F, Wilkinson JD. 'Dermatitis neglecta': unwashed dermatosis. *Br J Dermatol*. 1995;132:827-9.
2. Ruiz-Maldonado R, Durán-McKinster C, Tamayo-Sánchez L, Orozco-Covarrubias ML. Dermatoses neglecta: dirt crusts simulating verrucous nevi. *Arch Dermatol*. 1999;135:728-9.
3. Lyell A. Cutaneous artifactual disease. A review, amplified by personal experience. *J Am Acad Dermatol*. 1979;1:391-407.
4. Stein DJ, Hollander E. Dermatology conditions related to obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Dermatol*. 1992;26:237-42.
5. Boralevi F, Marco-Bonnet J, Lepreux S, Buzenet C, Couprie B, Taïeb A. Hyperkeratotic head and neck Malassezia dermatosis. *Dermatology*. 2006;212:36-40.
6. Gupta MA, Gupta AK. Psychodermatology: an update. *J Am Acad Dermatol*. 1996;34:1030-46.
7. Kwon EJ, Dans M, Koblenzer CS, Elenitas R, James WD. Dermatitis artefacta. *J Cutan Med Surg*. 2006;10:108-13.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Ligia Márcia Mario Martin
Rua Paranaguá, 539, ap. 1104, Centro
86020 030 Londrina PR, Brasil
Tel./fax: 43 3323-5206 43 3323-4475
43 9993-9528 43 3344-4038
E-mail: ligiadermato@hotmail.com

Como citar este artigo/How to cite this article: Martin LMM, Mendes MF, Takaoka LE, Martin MM, Martin BM. Dermatitis neglecta: relato de dois casos. *An Bras Dermatol*. 2010;85(2):217-20.