

Archivos de

Investigación materno infantil

Vol. VIII, No. 2 • mayo-agosto 2016
pp. 65-67

«Morsicatio buccarum et labiorum». ¿De qué se trata?

Antonio David Pérez-Elizondo*

RESUMEN

La «patomimia morsicatio buccarum et labiorum» es una forma de afectación mucocutánea facticia que se produce por un acto plenamente consciente de autolesión encubierto y deliberado del paciente para llamar la atención de familiares y personal sanitario. Se presentan dos casos.

Palabras clave: Patomimia, conducta autolesiva, afectación mucocutánea.

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 to attempt to draw attention for parents or doctors. Here we present two cases.

Key words: Patomimia, self induced injury, mucocutaneous affection.

INTRODUCCIÓN

Morsicatio es el término científico derivado del latín *morsus* (mordedura), es una afectación mucocutánea poco frecuente de origen facticio, resultado del acto repetitivo plenamente consciente de autolesionarse, casi siempre deliberado y en secreto por parte del paciente con el objetivo de atraer la atención de sus familiares y/o personal de salud. Esta afectación por lo regular conduce a dudas diagnósticas y estrategias terapéuticas erróneas. Dicho comportamiento aberrante se detecta con mayor frecuencia en niños y adolescentes del género femenino con evidente agresividad e impulsividad reprimidas, es posible asociarlo a autismo, síndrome de Tourette o enfermedad de Lesch-Nyhan, entre otros trastornos mentales. Así, observaremos lesiones clínicas atípicas o inespecíficas poco orientadoras en la mucosa oral, bordes laterales de la lengua o en los labios.¹⁻³

PRESENTACIÓN DE CASOS

CASO 1

Se atiende en consultorio particular paciente femenino de 12 años de edad con dermatosis localizada en cabeza con afectación en área perioral y labio in-

ferior, se caracteriza por fisuraciones, descamación fina de tono blanquecino de elementos secos y adherentes y algunas manchas hiperpigmentadas postinflamatorias, según refiere ocasionalmente pruriginosas. Remisiones parciales y exacerbaciones con un año de evolución (*Figura 1*). Ha sido tratada con antimicóticos y antiinflamatorios tópicos con respuesta terapéutica favorable transitoria. Durante el interrogatorio intencionado manifestó ser molestada por su padrastro y se constató el hábito de mordisquear el labio inferior de forma reiterada ante preguntas dirigidas al daño tisular consecuente (*Figura 2*). Ante la sospecha diagnóstica se prescribió un protector labial aplicado varias veces al día, además de sertralina 50 mg al día por las mañanas. Se interconsultó con médico psiquiatra para su atención integral, se contrarrefirió con la impresión diagnóstica de depresión menor y trastorno obsesivo-compulsivo dejando el mismo manejo. En las visitas médicas de control se obtuvo mejoría apreciable.

CASO 2

Se presenta paciente masculino de 13 años de edad con dermatosis localizada en cabeza con afectación en labio inferior, clínicamente caracterizada por queilitis de labio inferior de varios meses de evolución. Se

* Dermatooncólogo, Hospital para el Niño, Instituto Materno-Infantil del Estado de México.

observan erosiones, formaciones escamosas laminares, pústulas aisladas y costras hemáticas. Inicialmente se pensó en una dermatosis solar impetiginizada, pero no se evidenciaron otros datos cutáneos sugestivos como eritema difuso, huellas de rascado, cambios discrómicos residuales, pápulas excoriadas o pseudoalopecia de la «cola de las cejas» compatibles con prurigo actínico (Figura 3). Al interrogatorio dirigido manifestó un ambiente familiar hostil con padre exigente y madre emocionalmente distante. Es tratado con anterioridad a base de antihistamínicos orales y corticoides locales sin respuesta satisfactoria. Otro facultativo prescribió aciclovir oral a dosis habituales con leve mejoría clínica. A la pregunta intencionada de si se autolastimaba de manera reiterada en situaciones estresantes confesó que «chupeteaba» sus labios como acto de autocastigo frente al rechazo familiar. Se maneja con ácido fusídico crema tres veces al día además de Microdacyn 60 solución tres atomizaciones cada seis horas por 15 días con buen resultado. El médico psiquiatra prescribió citalopram tabletas 20 mg por las noches como antidepresivo,



Figura 1. Dermatitis perioral y queilitis fisurado-costrosa.



Figura 2. Acto de mordisquear espontáneamente durante el interrogatorio.



Figura 3. Queilitis impetiginizada por «chupeteo» labial en situaciones de estrés.



Figura 4. Mejoría clínica tras seis meses de manejo.

observando mejoría clínica hacia el sexto mes de revisión (Figura 4). Se recomendó psicoterapia familiar, sesiones a las que los padres no acudieron.

COMENTARIO

El cuadro clínico es variable, corresponde a lesiones unilaterales o bilaterales con edema, enrojecimiento, erosiones, fisuras o úlceras de superficie irregular y macerada de bordes mal definidos, generalmente asintomáticas de curso crónico con remisiones y agudizaciones. Son lesiones autoprovocadas de manera consciente con respuesta tisular al traumatismo repetitivo.

El interrogatorio dirigido, la detallada exploración física y el reconocimiento clínico de las lesiones muchas veces inespecíficas nos orientan al diagnóstico, la biopsia para análisis anatomopatológico no es de-

terminante. Puede confundirse con un gran número de patologías mucotegumentarias como candidiasis pseudomembranosa, nevo blanco esponjoso, liquen plano atrófico, queratosis friccional o leucoplasia de origen a determinar, entre muchas otras.

Esta patomimia se relaciona con trastornos obsesivo-compulsivos, retraso mental o diferentes alteraciones psicóticas. Pese a que la automutilación con los dientes, manos, instrumentos cortantes o agentes cáusticos es una conducta lesiva consciente, se acompaña de amnesia selectiva.

Se comparte este escrito con el fin de estar atentos frente a pacientes con esta patología con frecuencia desapercibida o no reconocida.⁴⁻⁶

BIBLIOGRAFÍA

1. Lamey PJ, McNab L, Lewis MA, Gibb R. Orofacial artefactual disease, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1994; 77 (2): 131-134.
2. Kotansky K, Goldberg M, Tenenbaum HC, Mock D. Factitious injury of the oral mucosa: a case series, *J Periodontol*, 1995; 66 (3): 241-245.
3. Tribó-Boixareu MJ. Patomimia: seguimiento de 30 casos, *Acta Dermatol*, 2007; 46 (1): 41-42.
4. Johnson CD, Matt MK, Dennison D, Brown RS, Koh S. Preventing factitious gingival injury in an autistic patient, *J Am Dent Assoc*, 1996; 127 (2): 244-247.
5. Honigl D, Kriechbaum N, Zidek D, Hasiba K, Zapotoczky HG. Self-injury behavior, *Acta Med Austr*, 1997; 24: 19-22.
6. Glass LF, Maize JC. Morsicatio buccarum et labiorum (excessive cheek and lip biting), *Am J Dermatopathol*, 1991; 13 (3): 271-274.

Correspondencia:

Dr. Antonio David Pérez-Elizondo

Valladolid Núm. 3-903,

Col. Roma Norte, 06700,

Delegación Cuauhtémoc,

Ciudad de México.

E-mail: antoniodavid54@gmail.com

apederma@yahoo.com.mx