

## CASE REPORT

### Toe Self-Amputation. Case Report

### Autoamputación Digital en el Pie. Caso Clínico

Campillo Campaña R <sup>1\*</sup>, Alonso Peña D <sup>2</sup>, Bendito Guilarte B <sup>1</sup>, Estefanía Díez ME <sup>3</sup>, Arnáiz García ME<sup>4</sup>.

1. Médico interno residente de Cirugía Plástica. Hospital Universitario "Río Hortega", Valladolid, España.
2. Médico especialista en Cirugía Plástica. Hospital Universitario "Río Hortega", Valladolid, España.
3. Médico especialista en Cirugía Plástica. Hospital Universitario de Burgos, Burgos España.
4. Médico especialista en Cirugía Cardio-vascular. Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca, España

\* Correspondencia: Ramón Campillo Campaña. Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora. Hospital Universitario "Río Hortega". C/ Dulzaina 2. 47.012 Valladolid, España. Email: campillo.rc@hotmail.com

### Abstract

Self-mutilation is a (notorious) manifestation within the spectrum of self-injuries behaviours and is a rare expression of mental disease. The high risk population include people with mental retardation, psychosis, antisocial personality disorder and borderline personality disorder. We should also named drug abuse as a participating factor in many cases of self-mutilation. Proper management in emergency room is essential, including psychiatrists and surgeons participation. Nevertheless, control of these patients is difficult with a high rate of morbidity. The aim of this article is to describe a case of toe self-mutilation treated in our department as well as highlighting the key aspects associated with this entity.

**Key Words:** self-injured injuries, self-injurious behavior, mutilation.

### Resumen

La automutilación es una manifestación mayor dentro del espectro de comportamientos autolesivos y supone una expresión poco frecuente dentro de las enfermedades mentales. La población de mayor riesgo incluye personas con retraso mental, psicosis, trastorno de la personalidad antisocial así como trastorno límite de la personalidad. También debemos nombrar el abuso de drogas como factor participante en numerosos casos de automutilaciones.

Un adecuado manejo en urgencias resulta fundamental en estos casos, incluyendo la colaboración de psiquiatras y cirujanos. Pese a todo, el control y seguimiento de estos pacientes resulta difícil con un alto porcentaje de morbilidad. El objetivo de este artículo es describir un caso de auto mutilación digital del pie atendido en nuestro servicio así como destacar los aspectos fundamentales asociados a esta entidad.

**Palabras Clave:** Lesiones autoinflingidas, Comportamiento autolesivo, Mutilación.

Recibido: 07 May 2016; Aceptado: 27 May 2016.

### Conflictos de Interés

Ninguno Declarado.

### Fuentes de Financiación

Ninguno Declarado.

## Introducción

Las lesiones por automutilación representan una entidad poco frecuente que aparece en el contexto de enfermedades psiquiátricas y abuso de drogas.

Las enfermedades mentales donde pueden aparecer son variadas, pudiendo encontrarse casos en trastornos de la personalidad, síndromes ansioso-depresivos o psicosis. Recientemente los comportamientos autolesivos sin tendencias suicidas han sido clasificados como una entidad patológica independiente. Para que se considere un comportamiento autolesivo debe cumplirse que sea socialmente inaceptable, repetitivo y que cause una moderada lesión tisular (1). El espectro de lesiones físicas también es variado, incluyendo desde excoriaciones o dermatitis hasta amputaciones mayores e incluso el suicidio como forma más extrema. Han sido publicados en la literatura científica casos sobre autoamputaciones genitales e incluso auto-enucleaciones.

Presentamos a continuación un caso clínico no publicado previamente en la literatura científica de amputación digital en el pie por compresión llevada a cabo durante meses.

## Caso Clínico

Paciente mujer de 86 años de edad acude a urgencias traída por sus familiares tras descubrir una amputación digital en el 2º dedo del pie derecho, una subamputación en el 3º y lesiones iniciales en la cara lateral del 4º dedo. Como antecedentes presentaba hipertensión arterial, dislipemia y síndrome ansioso-depresivo. Vivía en su domicilio bajo el cuidado de sus hijos haciendo una vida principalmente sedentaria.

En cuanto a las heridas el 2º dedo presentaba una amputación a nivel de la articulación interfalángica proximal. El 3º dedo presentaba una subamputación a nivel interfalángico proximal con mantenimiento de un pedículo cutáneo y buena perfusión de los tejidos distales. Los bordes cutáneos presentaban epitelización lo que nos hablaba de la cronicidad del cuadro. Así mismo presentaba lesión cutánea en la cara lateral del 4º dedo (Imagen 1).



Figura 1 Lesiones en 2º, 3º y 4º dedo del pie derecho.

Ante la entrevista clínica los familiares relatan haberlo descubierto ese día y acudían para un posible tratamiento quirúrgico. Desconocían la causa de la amputación.

La paciente admitió haberse realizado compresiones progresivas con bandas elásticas durante los meses anteriores. Reclamaba estar poco atendida por sus hijos y haberse realizado las heridas para llamar su atención.

Ante el cuadro clínico indicamos llevar a cabo la amputación del 4º dedo lo cual fue rechazado por la paciente y su familia en el primer momento.

Ante esto, se realizó interconsulta a psiquiatría para evaluación de la paciente. La paciente ya diagnosticada previamente de síndrome ansioso-depresivo fue seguida de forma ambulatoria por el servicio de psiquiatría y su tratamiento fue modificado. Un mes después de ser atendida en urgencias la paciente acudió a consultas externas de cirugía plástica solicitando la amputación digital por lo que fue intervenida de forma programada.

## Discussion

Resulta difícil obtener una cifra exacta sobre la incidencia de las automutilaciones. Se considera que están aumentando pese a que la incidencia real está infraestimada debido al estigma social que puede suponer. Se ha estimado recientemente que alrededor de 3 millones de personas pueden tener comportamientos autolesivos en Estados Unidos (2).

La mayoría de los casos aparecen en pacientes jóvenes, con una incidencia mayor en el sexo femenino con odds ratio de 1,41 según algunos datos publicados (3). La aparición de lesiones en niños tiene que hacernos sospechar la posibilidad de malos tratos.

Estratificando por grupos, los datos son variables. Los porcentajes se sitúan en torno al 4% en adultos (1), 69% en jóvenes de riesgo (víctimas de abusos sexuales o adictos a drogas) (4) o 21-82% en pacientes psiquiátricos (1, 5).

Las automutilaciones suelen producirse en ambientes privados por medio de cuchillos, sierras o cristales.

Por áreas anatómicas las extremidades y la cabeza y cuello son las zonas más afectadas debido a su fácil accesibilidad. Dentro de las extremidades las muñecas y los antebrazos son especialmente frecuentes debido a su connotación asociada al suicidio.

En cuanto al territorio de la cabeza y el cuello, algunos estudios señalan que representan el 75% de los casos. Lesiones que simulan ulceraciones en lengua, gingiva, auto extracciones dentarias o heridas en la mejilla son algunas de las formas que pueden presentarse, siendo muy difícil llevar a cabo el diagnóstico diferencial con otras entidades en algunos casos (6-8).

Los genitales también suponen zonas anatómicas frecuentes, sobre todo en pacientes psicóticos en un contexto de creencias religiosas importantes o alucinaciones de contenido religioso, aunque también se han descrito casos relacionados con abuso de drogas con amputaciones incluso de forma repetida (9).

También se han descrito casos de lesiones autoinflingidas en mamas, abdomen y cara aunque con muchas menor frecuencia. No hemos encontrado en la bibliografía casos publicados de auto amputaciones en dedos del pie llevados a cabo de forma crónica.

Existen publicaciones de enucleaciones como forma de automutilación (10). Estas han sido asociadas sobre todo a pacientes con síntomas psicóticos, delirios o alucinaciones de contenido sexual o religioso y al abuso de drogas (11, 12).

La clasificación más aceptada con respecto a las lesiones autoinflingidas es la propuesta por Simeon y Favazza quienes diferencian comportamientos autolesivos estereotípicos, mayores, compulsivos e impulsivos (13,14). Las formas estereotípicas engloban comportamientos de mordeduras o rascado propio a defectos del desarrollo, autismo o condiciones semejantes. Las formas mayores son propias de las psicosis e incluyen lesiones de mayor entidad como amputaciones, enucleaciones, etc. Por otra parte las autolesiones compulsivas serían aquellas como el arranque del cabello, escoriaciones cutáneas o mordedura ungueal que estarían dentro del espectro de rasgos obsesivo-compulsivos.

Por último las formas impulsivas pueden verse en trastornos límite de la personalidad, personalidad antisocial o trastornos alimentarios y son por ejemplo lesiones como cortes o quemaduras.

La revisión de los casos publicados en la literatura deja ver patrones comunes que podemos identificar como población de riesgo para desarrollar este tipo de comportamiento, siendo estos pacientes psicóticos o con trastornos de la personalidad límite o antisocial, sobre todo jóvenes con historia de abuso de drogas o alcohol.

Otras entidades como la depresión o el trastorno bipolar también han sido asociados a casos de autolesiones. El caso presentado en este artículo no corresponde a la edad de pacientes de mayor riesgo. En nuestro caso se trataba de una persona mayor que fue diagnosticada de trastorno ansioso-depresivo y que realizó este comportamiento como reclamo hacia sus familiares al sentirse poco atendida.

Por otra parte, automutilaciones que respondan a entidades orgánicas están caracterizadas por ser provocadas de manera inconsciente y compulsiva, sin buscar un fin concreto. Entre estas enfermedades destacan síndromes genéticos como Lesch-Nyhan, Cornelia de Lange, Guilles de la Tourette, etc .

Existe mucha controversia sobre la definición de una nueva categoría diagnóstica conocida como autolesiones no suicidas que contempla aquellos casos con tendencia a comportamientos autolesivos sin intención de cometer suicidio (15, 16). Esta entidad viene recogida en la 5ª edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

## Conclusiones

Las lesiones autoinflingidas suponen un desafío para los médicos de urgencias. Deben ser afrontadas de una manera multidisciplinaria. En un primer momento debe procederse a la estabilización del paciente en caso de que fuese necesario, sobre todo en automutilaciones importantes ocasionadas de forma aguda. Tras esto una valoración por el cirujano, donde se indicará la posibilidad de reimplante de la zona anatómica afectada o bien la amputación con remodelación del muñón. Resulta fundamental la valoración por el psiquiatra tanto en el momento agudo como en el seguimiento del paciente para evitar la recidiva del cuadro. Pese a esto el manejo de este tipo de paciente resulta muy difícil siendo imposible en muchas ocasiones evitar un nuevo caso de autolesiones.

## References

1. Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *The American journal of orthopsychiatry*. 1998;68:609-620.
2. Van Sell SL, O'Quin L, Oliphant E, Shull P, Johnston E, Nguyen C. Help stop self-injury. *Rn*. 2005;68:54-58.
3. Cutler GJ, Flood A, Dreyfus J et al. Emergency Department Visits for Self-Inflicted Injuries in Adolescents. *Pediatrics* 2015; 136(1):28-34.
4. Whitbeck LB, Chen X, Hoyt DR, Tyler KA, Johnson KD. Mental disorder, subsistence strategies, and victimization among gay, lesbian, and bisexual homeless and runaway adolescents. *Journal of sex research*. 2004;41:329-342.
5. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2004;72:885-890.
6. Medina AC, Sogbe R, Gomez-Rey AM, Mata M. Factual oral lesions in an autistic paediatric patient. *Int J Paediatr Dent* 2003; 13:130-137.
7. Compilato D, Corsello G, Campisi G. An unusual traumatic ulceration of the tongue. *Journal of paediatrics and child health* 2012; 48:1104-1105.
8. Mass E, Gadoth N. Oro-dental self-mutilation in familial dysautonomia. *J Oral Pathol Med* 1994; 23:273-276.
9. Anand JS, Habrat B, Barwina M et al. Repeated self-mutilation of testicles in the context of methamphetamine use- A case report and brief review of literatura. *J Forensic Lef Med* 2015; 30:1-3.
10. Clinebell K, Valpey R, Walker T et al. Self-enucleation and severe ocular injury in the psychiatric setting. *Psychosomatics* 2016; 57:25-30.
11. Moskovitz RA, ByrdTB: Rescuing the angel within: PCP-related self-enucleation. *Psychosomatics* 1983; 24:402-406.
12. Bergua A, SperlingW, KuchleM: Self-enucleation in drug-related psychosis. *Ophthalmologica* 2002; 216(4):269-271.
13. Simeon D, Hollander E. Self-injurious behaviors: assessment and treatment. Washington D.C: American Psychiatric Press 2001:1-28.
14. Favazza AR. Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psychiatry. 2nd ed. Armando R. Favazza. ed. Baltimore, Md London: Johns Hopkins University 1996:1-325.
15. Angelotta C. Defining and refining self-harm: a historical perspective on nonsuicidal self-injury. *J Nerv Ment Dis* 2015; 203(2):75-80.
16. Selby EA, Kranzler A, Fehling KB, Panza E. Nonsuicidal self-injury disorder: The path to diagnostic validity and final obstacles. *Clin Psychol Rev* 2015; 38:79-91.