

FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
TRABAJO DE FIN DE GRADO/MASTER EN MEDICINA
AÑO DE DEFENSA 2016



GUÍA DE UTILIDAD PARA EL DIAGNÓSTICO
Y TRATAMIENTO DE LAS
PSICODERMATOSIS

ALUMNA: MARÍA CUBILLO JIMÉNEZ
TUTOR: JAVIER BRAVO PIRIS

ÍNDICE

1. Resumen	1-2
2. Introducción	2-3
3. Justificación	3-4
4. Objetivos	4-5
5. Material y Métodos	5
6. Resultado	6-12
7. Discusión	13-14
8. Conclusiones	14
9. Bibliografía	15-17
10. Anexos	18-40
a. Imágenes	18-31
b. Tabla 1	32-34
c. Tabla 2	35
d. Tabla 3	35-36
e. Tabla 4	37-40
f. Tabla 5	40

RESUMEN

La interacción entre la salud mental y la enfermedad dermatológica está claramente establecida, tanto desde el punto de vista clínico como desde el científico.^(1,2,4,15,16,17,33,38)

Existen determinadas dermatosis que pueden estar inducidas o bien agravadas por factores psíquicos que se denominan **dermatosis psicósomáticas**. Además, determinados cuadros cutáneos muestran una clara dependencia psíquica, que en ocasiones resulta ser la única causa, y que se califican de *Psicodermatosis*.

Se trata de diagnósticos excepcionales que suelen generar perplejidad y ansiedad en el médico que se encuentra ante ellas. Esto se debe a la falta de conocimientos sobre el tema, o a la ausencia de unas pautas concretas a seguir para manejar al paciente que las padece. Por ejemplo, en los casos de Dermatitis Artefacta (paradigma de las Psicodermatosis) puede dar la sensación de que éste sabe más de su proceso que el profesional sanitario, lo que favorece los sentimientos de desconcierto.^(2,23)

En el presente trabajo repasamos básicamente qué son las Psicodermatosis, los diferentes tipos y sus formas de presentación. Hacemos una recopilación con fines prácticos de criterios diagnósticos, así como de posibles tratamientos para orientar a cualquier médico que lo desconozca, de modo que pueda ser capaz de iniciar un abordaje lo más completo posible (especialmente orientado a Dermatólogos y Médicos de Atención Primaria por ser a los que más frecuentemente acuden estos pacientes). Pretendemos que así disminuya el consumo improductivo de recursos y de tiempo que suele emplearse en intentar diagnosticarlos y tratarlos.

INTRODUCCIÓN

Es un hecho demostrado que multitud de procesos dermatológicos tienen una fuerte implicación psicosomática, pues la aparición y el diagnóstico de la enfermedad cutánea puede afectar de diferentes modos a la estabilidad psíquica del paciente y a su calidad de vida (y muchas veces no sólo a la del paciente, sino también a las personas de su entorno) (1,2,4,15,16,17,33,38) A saber: Psoriasis⁽⁴⁾, Liquen, Alopecia, Urticaria, Vitíligo, Dermatitis atópica, Acné, etc. [TABLA 2]

Del mismo modo, los aspectos psicológico-emocionales que están integrados en la naturaleza de todo individuo -como la enfermedad mental-, influyen claramente en el estado de la piel, pudiendo provocar que esta o sus anejos sean las víctimas: desde una "ingenua" Tricotilomanía hasta trastornos obsesivos compulsivos y un largo etcétera.^(15,19,38)

La importancia de la implicación entre la Psiquiatría y la Dermatología tiene su reflejo en la existencia de un grupo específico en la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) constituida mayoritariamente por dermatólogos pero también por psicólogos y psiquiatras.

Las dermatosis relacionadas con procesos psíquicos de entrada, generan inquietud en el médico ya que no es fácil asumir que se nos consulte por algo que el propio paciente se está provocando.^(2,13,16,18,23) La Dermatitis Artefacta es el prototipo de las dermatosis psicógenas; el paciente niega su autoría o la oculta con mayor o menor éxito, y este hecho hace que cualquier médico pueda tener la sensación de encontrarse desarmado.^(15,19)

Además, lo que sucede en la gran mayoría de los casos es que, bien por el desconocimiento de estas patologías tan complejas, o por la "sagacidad" del paciente o bien por la falta de habilidad en el médico para llevar a cabo no sólo un diagnóstico sino un tratamiento

adecuado, se dedica una gran cantidad de tiempo y recursos (de material y de personal) a veces innecesarios y otras insuficientes como ya apuntábamos anteriormente.

Otras Psicodermatosis como pueden ser la Tricotilomanía⁽³²⁾ (IMÁGENES 15 y 16), el Acné Excoriado (IMAGEN 20) o las Excoriaciones neuróticas (IMÁGENES 10 – 14 y 19) etc., son más frecuentes que la Dermatitis Artefacta y más fáciles de diagnosticar, pero también de difícil tratamiento.^(2,17,19,29)

En cuadros psiquiátricos como el Trastorno Dismórfico Corporal⁽³⁰⁾ y el *Delusio parasitorium*, por ejemplo, el papel del Dermatólogo o el Médico de Atención Primaria adquiere un relieve especial, ya que el paciente considera que es su piel el órgano enfermo y no otro, por lo que acudirán a ellos pensando que son los únicos que pueden ayudarles, rechazando cualquier proposición que se les haga de ser derivados a servicios de Psiquiatría o Psicología. De hecho, jamás surgirá de ellos esa iniciativa.

En otros casos como las Glosodinas o Síndrome de la boca urente, actualmente clasificados como cuadros psiquiátricos, el Dermatólogo se ve plenamente involucrado^(5,27), y será el encargado de discernir si los factores psíquicos son primarios o secundarios ahondando en la historia clínica y personal.

Por todo esto, no debemos permitir que el abordaje del paciente por parte del profesional sanitario esté reducido a la exploración y tratamiento clínico de la lesión que presente la piel, sino que deberá extenderse a otros aspectos. Esto es, a la capacidad que tiene esa persona para aceptar la enfermedad, sus tratamiento y las secuelas o efectos secundarios que puedan conllevar.^(2,38) Y sobre todo, a descartar la existencia de vulnerabilidades personales, o incluso patologías psiquiátricas que puedan interferir negativamente con la evolución esperada del paciente o ponerle en una situación de mayor gravedad.^(39,40)

JUSTIFICACIÓN

En un momento dado, aunque desconocemos la frecuencia, puede surgir que tengamos ante nosotros un paciente cuya patología cutánea nos desconcierte y nos preguntemos si se trata de un diagnóstico difícil o es que nuestros conocimientos en dermatología no son el 100% de lo que fueron, o de lo que deseáramos.

El paciente o la paciente (especialmente esta última), a menudo vienen acompañados y lo primero que observamos en buena parte de ellos es su mutismo o su escaso diálogo monosilábico o monocorde. Otras veces vienen con una actitud más dominante, pretendiendo

llevar ellos el hilo de la consulta. Pero sobre todo, llama la atención, la mirada, que en cuestión de segundos nos da una información valiosa que no debemos pasar por alto y que debemos saber descifrar para hilarla con el resto de datos (gestos, lesiones características, manera de expresarse...) que nos vaya aportando en el transcurso de la consulta.

¿Por qué debemos conocerlo e intentar tratarlo nosotros mismos? Derivarlos a un Psiquiatra en primera instancia y por lo ya aludido anteriormente, no es la solución. Siempre que sea posible, debemos tratarlos nosotros para evitar que se conviertan en pacientes buscadores de otros profesionales, no siempre médicos. En una segunda fase y ya con una cierta empatía, en algunos casos, derivarlos a Psicólogos y/o Psiquiatras sería lo más oportuno una vez ganada su confianza.⁽³⁸⁾

Así, creemos en la utilidad de una guía, no sólo como elemento práctico básicamente diagnóstico, sino como llamada de atención sobre estos trastornos, su desconocimiento y, debido a ello, la escasa atención que se les suele prestar.

OBJETIVOS

Debido a que las Psicodermatosis son aún, por lo general, patologías poco conocidas fuera del ambiente dermatológico (e incluso en este) el objetivo del presente trabajo es encontrar unas pautas para poner en alerta a los Médicos de Atención Primaria, Dermatólogos y también a médicos de otras especialidades con el fin de que sepan identificar estos cuadros y comenzar su tratamiento sin dejar de lado el componente psicológico-psiquiátrico que es tan protagonista en todo este tema que nos acomete, y en el que muchas veces los médicos especializados en cualquier ámbito no psiquiátrico, suelen eludir.

Queremos facilitar la comprensión del paciente “psicodermatológico”, que acude a servicios de Atención Primaria y de Dermatología, muchas veces sin ser conscientes de la afección psiquiátrica que padecen. También facilitar la exploración y, especialmente, proporcionar consejos prácticos para fomentar un adecuado establecimiento de la relación médico-paciente, así como la capacidad de ofrecer un tratamiento integral y de calidad. Y si ello fuera posible, intentar crear una casuística específica.

En esta guía queremos remarcar que la consideración del aspecto psíquico de sus enfermos diarios es posible y no difícil.⁽⁴⁰⁾ Una vez se hayan iniciado en el tema, tanto la sospecha de la implicación psiquiátrica como su confirmación o rechazo, cuantificación, clasificación y

tratamiento adecuado son resultado de la experiencia personal que cada médico adquirirá con la práctica.

Tras la presentación de este trabajo, pretendemos confeccionar un tríptico con los conceptos e imágenes en él recogidos, de manera más resumida, esquemática y visual, para repartirlo en Centros de Atención Primaria y Hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Partiendo de la idea sobre la utilidad real de una guía como esta, se recopiló información y evidencias que sustentasen las pautas y consejos que se proponen: La búsqueda en la literatura se realizó utilizando MEDLINE. También se consultó directamente en la revista española “Actas Dermosifiliográficas” (editada en España e indexada en Medline), y en “ Monografías de Dermatología, Vol.28, nº2”.

Asimismo, se recurrió a los siguientes libros: “Manual de Dermatología , Julián Conejo-MIR” y “Dermatología y Psiquiatría. Historias clínicas comentadas”. Éste último fue de mucha utilidad para los apartados de sospecha diagnóstica y orientación del interrogatorio, porque incluye ejemplos prácticos y pautas realizadas por Dermatólogos y Psiquiatras. El manual DSM-V de diagnóstico en Psiquiatría para revisar los criterios diagnósticos de determinadas entidades y las actualizaciones que pudiera haber en Psicodermatología respecto al DSM-IV.

No hubo restricción en el tipo de artículos (casos clínicos, revisiones...) ni en el año de publicación a la hora de hacer la búsqueda puesto que además de que no son tan abundantes, hay artículos y libros publicados hace más de diez años que han sido muy útiles para ampliar los conocimientos y la perspectiva sobre la materia a tratar y por tanto para llegar al objetivo propuesto: la confección de este trabajo.

Por último, se contactó con Antonio Rodríguez Pichardo, dermatólogo del Hospital Virgen de la Macarena de Sevilla puesto que allí la Psicodermatología está reconocida como una subespecialidad, y ha participado en muchas publicaciones de las revisadas para el trabajo. Se le solicitó el permiso para utilizar una serie de imágenes de su autoría así como los datos epidemiológicos.

RESULTADO

Partiendo del desconocimiento general para el diagnóstico correcto y tratamiento adecuado de estos pacientes (y teniendo en cuenta que están presentes en la práctica habitual de Dermatólogos, Médicos de Atención Primaria y otros especialistas) surgió esta iniciativa de crear una guía práctica para su manejo.

¿Qué son las Psicodermatosis?

De manera resumida, podemos decir que las Psicodermatosis o Dermatitis Psicocutáneas son afecciones de la piel causadas, desencadenadas, mantenidas o agravadas por una alteración psiquiátrica primaria o secundaria, de forma consciente o inconsciente⁽²⁾ [TABLA 2]

¿Cómo podemos clasificarlas?

Los pacientes dermatológicos cuya vida psicológica puede mejorar con un tratamiento psicológico-psiquiátrico pueden ser divididos en dos grandes grupos⁽³⁸⁾:

1. **Dermatitis con una clara participación psiquiátrica** (el propio diagnóstico clínico, es decir, la enfermedad en sí misma ya incluye la certeza de la participación psiquiátrica) Las dividimos en:
 - Dermatitis que primariamente son psiquiátricas: Delirios de parasitosis, Dismorfofobias, Glosodinas.^(28,29,30)
 - Dermatitis de origen primordialmente emocional: Dermatitis Artefacta , Excoriaciones neuróticas, Tricotilomanía y Onicotilomanía , Púrpura psicogénica [IMAGEN 22] (Síndrome de Gardner-Diamond como ejemplo característico⁽²¹⁾).
 - Dermatitis debidas a respuestas psicológicas acentuadas: Hiperhidrosis, Flushing...
2. El otro grupo está formado por aquellas consultas en las que **las características personales del paciente levantan la sospecha de un factor psicológico importante** (lo que determina la participación psiquiátrica no es la enfermedad, la dermatosis, sino el paciente). No son trastornos psicocutáneos por si solos. Lo serán según las características del paciente. Habremos de identificar en él factores emocionales reseñables que puedan precipitar o perpetuar la enfermedad, prestando atención a las formas en que el paciente se refiere a su afección.

- Eczema dishidrótico
- Dermatitis atópica del adulto
- Liquen plano
- Acné excoriado
- etc

¿Cuál de todas ellas podemos considerar que es el paradigma de las Psicodermatosis?

Si tenemos que elegir una de las entidades como modelo, el gran ejemplo es la Dermatitis Artefacta (DA)^(2,15,18).

La Dermatitis Artefacta es un proceso por el cual el paciente se induce lesiones destructivas, secreta y misteriosamente, negando continua e insistentemente su participación, no suponiendo estas lesiones un beneficio económico ni exención de responsabilidad (a diferencia de los simuladores), pero sí un "llamar la atención"

Se trata de un diagnóstico excepcional ya que, por un lado, genera perplejidad al ser difícil de comprender la conducta autoagresiva, y por otra parte, muchas veces queda la duda de hacer un mal diagnóstico y que lo que realmente esté presentando el paciente sea una forma atípica de una dermatosis.

Puede presentarse bajo tantas formas cutáneas como posibilidades le brinde su imaginación al paciente.^(6,8,10,11,16,20,22,24,36) Las más frecuentes son: Excoriaciones (IMÁGENES 10 a 14), Úlceras (IMAGEN 5), Ampollas, Paniculitis (IMAGEN 29), Costras localizadas (IMAGEN 19), Eccema por irritantes o alérgenos conocidos por el paciente (IMÁGENES 23, 24 y 25), Edemas, Púrpuras y hematomas (IMAGEN 22).⁽¹³⁾

¿Qué motivos pueden llevar al paciente a provocarse estas lesiones? ¿Qué patologías están detrás de este tipo de comportamientos?^(2,9,15,17,33) [ver TABLA 3]

Las alteraciones psiquiátricas de estos pacientes son estados discretos de ansiedad, con trastorno depresivo enmascarado o sin él. En algunos podemos encontrar tendencias obsesivas. En otros casos, aunque menos, podemos observar fobias.

La ansiedad puede afectar al paciente con mayor o menor intensidad, y éste puede ser más o menos consciente de su estado. Bien es cierto que los trastornos depresivos que vienen a nuestras consultas suelen ser enmascarados. Éstos suelen somatizar su alteración, y con mucha frecuencia lo hacen en la piel, pues es un órgano muy grande y muy expuesto.

Estos trastornos psiquiátricos suelen ser discretos y desconocidos por los pacientes. Las alteraciones psiquiátricas importantes e intensas, conscientes por el paciente, ya han acudido al psiquiatra y generalmente no llegan a las consultas de Dermatología, pero sí a Medicina de Familia y a Psiquiatría.

Conviene investigar si los pacientes tienen una historia psiquiátrica previa, pues a veces nos podemos encontrar con enfermos que consultan por cualquier dermatosis real, pero que lo hacen movidos por una recidiva discreta de una alteración psiquiátrica no reconocida por ellos que había sido previamente consultada y dada de alta por un Psiquiatra. Lo hacen bien porque la dermatosis haya reaparecido o haya empeorado, o porque debido a la alteración de su estatus emocional el individuo le ha dado una importancia que antes no le daba.

En concreto en la Dermatitis Artefacta, existe un trastorno psiquiátrico primario aunque el paciente pueda no aparentar síntomas psíquicos. El paciente produce las lesiones cutáneas para satisfacer una necesidad psicológica, habitualmente el deseo de ser tratado médicamente. Las lesiones cutáneas pueden ser consideradas como una defensa que distrae al paciente de sus problemas psiquiátricos subyacentes. El diagnóstico psiquiátrico más frecuente es el de trastorno de la personalidad con rasgos paranoides, borderline o histéricos. No es raro que la Dermatitis Artefacta aparezca tras haber pasado otro proceso clínico que haya puesto al paciente con el medio hospitalario. [ver criterios diagnósticos en TABLA 5]

¿En qué se diferencian estos pacientes de los denominados pacientes simuladores? ⁽²⁾

Los simuladores son pacientes que inventan de forma consciente y deliberada un trastorno mental o físico, e intenta reproducirlo. También pueden pretender fingir una incapacidad producida por un accidente o enfermedad, que en realidad no fueron causantes de esta. En cualquier caso, cualquiera que fuese su actuación, estaría motivada porque de ello obtendría alguna ventaja personal (beneficio económico o exención de responsabilidad). A pesar de este punto clave, establecer los límites entre unos y otros no siempre es tan sencillo como pueda parecer.

¿Qué puede y debe hacernos sospechar que nos encontramos frente a un paciente que presenta una psicodermatosis? ^(9,33,39)

La sospecha se establece por la actitud general del paciente, por lo que dice, pero sobre todo por cómo lo dice. Un interrogatorio específico y sistemático permite aceptar o rechazar un

trastorno psiquiátrico. Además de prestar atención a la historia clínica, debemos estar atentos también a la personalidad del paciente y a la morfología de las lesiones.

Cuando no se tiene suficiente experiencia, no se puede sospechar de una “manera automática” que el paciente que aparentemente nos consulta por una “dermatosis banal”.

Los **motivos de sospecha** son múltiples. En un enfermo pueden presentarse uno o varios de estos a la vez. Se pueden dividir en dos puntos principales:

a) **Comportamiento general del paciente (datos no verbales)** ⁽³⁹⁾:

- Que el paciente tenga, desde que entra a la consulta, una actitud general que nos resulte chocante de algún modo (por ejemplo sin mirar a la cara del médico o sin apenas contestar al saludo)
- Cuando un paciente se sienta en el extremo anterior del asiento que se le indica y su aspecto es de tensión. O por el contrario se sienta mostrando un aspecto de decaimiento y abatimiento. Suelen mostrar una expresión facial tipo “cara de Poker-Mona Lisa” (IMÁGENES 30 y 31)
- Cuando ataja las frases iniciales de cortesía, como si éstas pudieran distraerle de la exposición que lleva preparada de sus dolencias y muestra mucha prisa en exponerla (parece que intenta librarse de una carga).

b) **Contenido y forma de exposición de las molestias** ⁽³⁹⁾:

- Cuando la descripción de síntomas se convierte casi exclusivamente en una queja.
- Cuando se exponen demasiadas alteraciones cutáneas no relacionadas entre ellas (policonsulta), sobre todo si a ellas el paciente añade males extracutáneos.
- Cuando nos describa con gestos del rostro llamativos o poco habituales visajes su gran descubrimiento de que rascarse con intensidad, por ejemplo, le provoca placer. Otros exponen esto bajando la voz y con una sonrisa, con la que solicitan nuestra complicidad en su hallazgo, que de alguna manera ellos catalogan como desorden.
- Cuando el enfermo usa descripciones de dolor como “roer, arrastrar, surcar” o sensaciones de “ardor, calor” o de “estar atrapado”. El paciente con un dolor real físico suele emplear otros términos como “intenso, sordo o pulsátil”.
- Cuando expone lenta y apagadamente con aspecto de cansancio, monocorde...

- Cuando el enfermo refiere “cosas raras”: es decir, frente a lesiones reales objetivables, expone síntomas que no suelen explicar otros pacientes con la misma alteración.
- Cuando el dermatólogo no consigue objetivar una pretendida lesión de cualquier zona que el enfermo intenta señalar, especialmente en la boca (siempre que existe una desproporción entre lo que el paciente expone y lo que el médico consigue observar). Aunque en casos como éstos es importante hacer un buen diagnóstico diferencial (tumores ORL, Liquen plano, etc.)
- Cuando el enfermo expone sus dolencias guiado por una larga lista donde las ha anotado previamente
- Cuando traen consigo bolsitas en las que guardan el pelo o la piel desprendido, aportándoselo al médico como una prueba más de lo “real” de su padecimiento.
- Cuando exigen ser intervenidos por una lesión banal o prácticamente inapreciable, del tipo que sea. O bien podemos sospechar cuando las demandas son reiterativas.
- Siempre que se responde con “¡Fatal!” al preguntarle cómo se encuentra, como si estuvieran deseando oír esa pregunta para soltar esa respuesta.

c) Aspecto y distribución de las lesiones ⁽¹³⁾:

Las lesiones, sean del tipo que sean, se encontrarán en zonas accesibles, especialmente para la mano dominante. La distribución puede ser más o menos simétrica, pero otra cosa que tienen en común es que estarán localizadas en zonas visibles a los demás, o que se puedan enseñar fácilmente. Se enumeran algunos ejemplos.

- a. **Erosiones y excoriaciones:** son las más comunes. Suelen ser lineales. En su mayor parte son ocasionadas por las uñas pero no es infrecuente el uso de diversos objetos cortantes de cualquier tipo. [IMÁGENES 6-9, 10-14 y 19]
- b. **Úlceras:** también muy frecuentes, así como las **quemaduras**. Los bordes pueden ser muy regulares o bien de contornos angulosos, rectilíneos o con formas específicas (triangulares, estrelladas...), es decir, no son lesiones que se observen en las enfermedades cutáneas. Habitualmente están sobreinfectadas. Ante una úlcera que no mejora a pesar del tratamiento adecuado y descartadas otras patologías dermatológicas, se debe pensar en que el paciente interfiera para impedir la curación. [IMÁGENES 1, 2 y 24 de úlceras, y 3 y 4 de quemaduras]

- c. **Ampollas:** la mayor parte de las veces coexisten con otras lesiones. Pueden estar causadas por agentes químicos, medicamentos, fricción, succión, e incluso dermatitis de contacto.
- d. **Induraciones:** nódulos o “Paniculitis facticias” por inyección de sustancias como leche, orina etc. [IMAGEN 29]
- e. **Lesiones eccematosas:** aplicación cutánea de irritantes o alérgenos conocidos (Dermatitis de contacto y alérgicas: IMÁGENES 21, 23 y 25).
- f. **Edema:** puede estar causado por cualquier tipo de ligadura. Se debe sospechar Linfedema facticio cuando es recidivante, unilateral, sin aparente obstrucción linfática o venosas. Suele ser un edema bien delimitado por un anillo de distinta coloración.

Teniendo en cuenta estas consideraciones que acabamos de exponer, la sospecha se puede afianzar o rechazar llevando a cabo un interrogatorio más dirigido de tipo psicológico-psiquiátrico [En la TABLA 1 del anexo, se incluyen una serie de preguntas junto con la interpretación de las respuestas que pueden sernos de utilidad para indagar sobre la existencia de patología psiquiátrica]⁽⁴⁰⁾

¿Cómo debe ir encaminado nuestro interrogatorio? ¿Debe ser para todos igual? ¿Qué debemos evitar decir en una primera entrevista? ^(2,13,15,38)

Tras habernos puesto en alerta por detalles como la expresión de la cara, la mirada, el lenguaje verbal, el corporal y la morfología de las lesiones, debemos adaptar el interrogatorio al tipo de paciente, del que en pocos minutos habremos debido saber hacer un boceto de su personalidad para saber si debemos abordarlo con preguntas directas o con un interrogatorio sutil. Y también debemos considerar si es mejor interrogar al paciente sólo, sin que esté presente ninguno de sus acompañantes, o bien solicitar que éstos se queden durante el interrogatorio, para contrastar la veracidad y precisión de las respuestas. Esto se decidirá según sea el transcurso de la consulta.

Un interrogatorio específico y sistemático como el propuesto en el apartado anterior permite aceptar o rechazar un trastorno psiquiátrico. Transmitirlos directamente a un psiquiatra o a un psicólogo sería un gran error, porque no irían a él, no volverían a nosotros, y se convertirían en enfermos perdidos, con su mal y sin médico.

La relación médico-paciente es especialmente importante en las Psicodermatosis. Debemos reforzar la empatía, y en la anamnesis hay que priorizar aquellos aspectos que generen

angustia y frustración, así como valorar el impacto que tenga en la calidad de vida del paciente.

Una estrategia que podemos utilizar para crear y reforzar la relación de confianza es citarles semanalmente durante el primer mes. De este modo el paciente sentirá que el médico está pendiente de él y de su patología, pudiéndose prevenir así la terminación abrupta del tratamiento. De este modo, además de hacer un seguimiento estrecho de las lesiones cutáneas, iremos introduciendo un tratamiento psicofarmacológico cuando sea necesario, sin tener que derivarles de entrada a otros especialistas, para tranquilidad de estos pacientes.

Si la confrontación inicial no provoca negativas o huidas, posiblemente pueda instituirse un plan de psicoterapia, y podría estar indicado el ingreso hospitalario. Siempre es mejor adoptar una aproximación de apoyo y no de condena, pues juzgar no es nuestro trabajo.

¿Qué tratamiento propondremos de entrada? ¿Debemos emplear psicofármacos? ¿Cuáles utilizar en cada caso? ^(7, 12,27-32) [Ver TABLA 4]

El tratamiento de las lesiones cutáneas es muy variado, pues son tan diversas como las distintas posibilidades que brindan las imaginaciones de los pacientes

Las lesiones cutáneas pueden ser curadas con vendajes oclusivos (clásica cola de Zn por ejemplo). La rápida curación de una úlcera que antes se había mostrado rebelde a todas las terapéuticas tiene gran valor diagnóstico, al igual que lo tiene el que aparezcan lesiones en lugares no vendados y que en la mayoría de los casos no se habían afectado previamente. Como los vendajes oclusivos pueden ser traspasados por objetos punzantes y permiten que e inyecten sustancias a través de ellos, puede interponerse una hoja de papel metálico entre la piel y el vendaje en la que quedarían grabadas posibles manipulaciones.⁽²⁾

Lo más importante, es saber que siempre hay que darles algo. Si lo precisan, se les aplicarán principios activos como corticoides o antibióticos por vía tópica u oral en casos más graves. Si no fuera necesario, recomendarles algún otro producto inocuo, como emolientes, por ejemplo, y así se quedarán más satisfechos, porque “el médico les ha mandado algo para lo que tienen”.

Si no se tiene experiencia en manejar psicofármacos, o decide dejarlo en manos del especialista en Psiquiatría, tendrá que ganarse al paciente en las sucesivas entrevistas y luego derivarlo, si consigue que éste acceda.

DISCUSIÓN

Existe escaso conocimiento a nivel general sobre dermatosis condicionadas o provocadas por diversos procesos psiquiátricos, e incluso dentro del ámbito dermatológico, es limitado el número de especialistas dedicados a esta parcela de la especialidad, de ello que se haya creado un grupo de trabajo específico .

Se han publicado pocas series acerca de las diferentes Psicodermatosis. Las que más abundan, o al menos las más variadas, son las relativas a diferentes manifestaciones de la Dermatitis Artefacta. La frecuencia es aún desconocida. Hay muchos sesgos porque no todos los casos se registran, y muchos no llegan a diagnosticarse ni identificarse de modo alguno.

Debido a que en el servicio de Dermatología y Venereología del Hospital Universitario de Salamanca no hay una unidad específica sobre Psicodermatosis, no se dispone de un registro de pacientes, a excepción de algunos casos que hayan destacado especialmente por la complejidad del diagnóstico o por lo llamativo del cuadro cutáneo, como por ejemplo un caso de síndrome de Munchausen que tardó en diagnosticarse 30 años.⁽³⁷⁾ Por ello, para estimar la frecuencia de las Psicodermatosis nos hemos servido de los datos del hospital Virgen de la Macarena de Sevilla, aprovechando que allí sí está reconocida la Psicodermatología como subespecialidad dermatológica. Se observó en una de sus series de casos, que había una clara predilección por el sexo femenino (3:1), y la edad media fue de aproximadamente 30 años. Las dermatosis primariamente psíquicas más prevalentes son con diferencia las excoriaciones neuróticas, seguidas de la Tricotilomanía, el Delusio parasitorum, y la Dermatitis Artefacta. Se considera que hasta un 5% de las consultas médicas pueden tener un origen facticio.⁽¹³⁾

Es más frecuente en los siguientes grupos de población: pacientes institucionalizados, personas relacionadas con el ámbito sanitario como auxiliares de enfermería, familiares de médicos, y en general, en el sexo femenino, en edades medias y que predomina en personas con escaso nivel socio-cultural.^(15,38)

A raíz de la confección de este trabajo, nos planteamos la posibilidad de confeccionar un tríptico o *flyer* más resumido y esquemático que lo que se expone en el apartado de resultados, acompañado de imágenes como las que aportamos en los anexos, para que sea mucho más visual y poder repartirlo en centros de atención primaria y hospitalaria. Así podría resultar realmente útil y accesible; un elemento más que integre el cajón auxiliar o la librería de consulta de diferentes médicos. Lo realizaremos próximamente.

Sería conveniente para casos como los que nos acometen, fomentar el uso de psicofármacos en dermatología (no son exclusivos de la psiquiatría, teniendo en mente que los Médicos de Atención Primaria son los segundos que más los manejan).

CONCLUSIONES

1. Aunque las Dermatosis Psicógenas puedan ser motivo de controversia o de dificultades varias en la práctica clínica, la relación de la patología dermatológica con la psiquiátrica no se pone en duda. Indudablemente suponen una dificultad para el médico por lo difícil de estructurar una buena historia clínica que establezca el diagnóstico de certeza, por su expresividad variable y por la dificultad del tratamiento y seguimiento.
2. Las muchas formas que tienen de manifestarse las Psicodermatosis suponen un reto diagnóstico diario en cualquier consulta externa o incluso en pacientes ingresados. No debemos olvidar que la patogénesis de estos trastornos es un proceso multifactorial en el que participan aspectos físicos, mentales y sociales bien como predisponentes o bien como detonantes.
3. Como consecuencia del punto anterior, el diagnóstico preciso puede, y de hecho conduce, a numerosas pruebas complementarias y a un lógico gasto económico
4. Consideramos importante dar una serie de parámetros que puedan insinuar o dirigir al Médico de Atención Primaria e incluso al Dermatólogo a un diagnóstico "casi" de entrada.
5. El médico debe estar preparado para un tratamiento prolongado, aceptando los empeoramientos repetidos, sin dejar ver en ningún momento sentimientos hostiles por estos fracasos. La terapéutica de la enfermedad psicodermatológica es poco satisfactoria en muchos casos, ya incumbe al Dermatólogo, al Psiquiatra o a ambos.
6. Si este trabajo llega a buen fin, nuestro objetivo a continuación será confeccionar un "flyer" tipo tríptico, sencillo y demostrativo que será presentado y repartido en centros de Atención primaria y Hospitalaria. Lo que pretendemos es hacer una llamada de atención sobre la importancia de una asistencia adecuada a todos los afectados de dermatosis estrechamente relacionadas con disfunciones psicológicas y/o psiquiátricas, puesto que se trata de un tema que en general se tiene poco presente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guerra Tapia A. El cine y la dermatología psiquiátrica. *Stigmata. Más Dermatología*. 2011;(14):28-29.
2. Rodríguez-Pichardo A. Dermatosis psicógenas. En: Conejo-Mir J, Moreno J, Camacho F. *Manual de Dermatología*. Madrid: Grupo Aula Médica; 2010. P 627-38
3. Alcántara Luna S, García Bravo B, Rodríguez Pichardo A. Dermatitis Artefacta in Childhood: A Retrospective Analysis of 44 Patients, 1976-2006. *Pediatric Dermatology*. 2016;5(32):604-8.
4. Balasundaram S, Lakshmy S, Sarkar S, Audhya M, Subramaniam E. A cross-sectional study of prevalence and implications of depression and anxiety in psoriasis. *Indian J Psychol Med*. 2015;37(4):434.
5. Brufau-Redondo C, Martín-Brufau R, Corbalán-Velez R, de Concepción-Salesa A. Síndrome de la boca urente. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2008;99(6):431-440.
6. Dermatitis artefacta in an adolescent female. *Journal of Cutaneous Pathology*. 2015;9(42):660-1.
7. Escalas J, Guerra A, Rodríguez-Cerdeira M. Tratamiento con psicofármacos de los trastornos psicodermatológicos. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2010;101(6):485-494.
8. Espinosa M, Martínez V. Dermatitis facticia: comunicación de un caso. *Revista Mexicana de Dermatología*. 2010;3(54):154-8.
9. García-Campayo J, Pérez-Yus M. Early Detection of Emotional and Behavioral Disorders in Dermatology. *Actas Dermosifiliográficas*. 2016;15(7310):457-3.
10. Hernández-Gil J, Victoria Guiote M, Vilanova A, Mendoza F, Linares J, Naranjo R. Úlceras genitales artefactas de aparición simultánea en pareja. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2006;97(2):122-125.
11. Kar S, Singh H, Tripathi A. The girl shedding glass pieces from her body parts: Unfolding the mystery behind dermatitis artefacta. *Indian Journal of Dermatology*. 2016;61(2):193.
12. Rodríguez Martín A, González Padilla M. FR-Utilización de psicofármacos en dermatología. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2015;106(6):507-509.
13. Rodríguez Pichardo A, García Bravo B. Dermatitis artefacta: revisión. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2013;104(10):854-866.

14. Saha A, Seth J, Gorai S, Bindal A. Dermatitis artefacta: A review of five cases: A diagnostic and therapeutic challenge. *Indian Journal of Dermatology*. 2015;60(6):613.
15. Rodríguez-Pichardo A. Dermatitis artefacta. En: Grimalt F, Cotterill JA, editores. *Dermatología y Psiquiatría. Historias clínicas comentadas*. Madrid: Aula Médica; 2002. p. 143-63.
16. Rodríguez-Pichardo A, García-Bravo B, Rodríguez-Rey E, Camacho F. Dermatitis artefacta. Clinical study of 201 patients (1976-2006). En: 21 World Congress of Dermatology. 2007.
17. Jafferany M. Psychodermatology: A guide to understanding common psychocutaneous disorders. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2007;9:203-13.
18. Harth W, Taube KM, Gieler U. Factitious disorders in dermatology. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2010;8:361-72.
19. Musalek M, Hobl B, Mossbacher U. Diagnóstico y clasificación en psicodermatología. En: Grimalt F, Cotterill JA, editores. *Dermatología y Psiquiatría. Historias clínicas comentadas*. Madrid: Grupo Aula Médica; 2002. p. 133-42
20. Rodríguez-Pichardo A, Hoffner MV, García-Bravo B, Camacho FM. Dermatitis artefacta of the breast: a retrospective analysis of 27 patients (1975-2006). *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24:270-4
21. Ivanov OL, Lvov AN, Michenko AV, Kunzël J, Mayser P, Gieler U. Autoerythrocyte sensitization syndrome (Gardner-Diamond syndrome): review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009;23:499-504.
22. Unamuno P, Gauro M, Martín-Pascual A. Patomimias. Revisión de casuística. *Actas Dermosifiliogr*. 1977;78:459-66
23. Ahmad K, Ramsay B. Misdiagnosis of dermatitis artefacta: how did we get it wrong? *Clin Exp Dermatol*. 2009;34:113-4
24. Potenza C, Bernardini N, Mambrin A, Skoroza N. Dermatitis artefacta in a patient affected by impulse control disorder: Case report. *Acta Dermatovenerol Croat*. 2011;19:28-30
25. Boyd A, Ritchie C. Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy in dermatology. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2014;71(2):376
26. Guía de consulta de los criterios diagnóstico del DSM-V. 5th ed. Washington D.C: American Psychiatry Association; 2014.
27. Kaminsky A. Alteraciones sensoriales cutáneas. *Dinas. Monografías de*

- Dermatología. 2015;28(2):76-84.
28. Tous F, Morales-Raya C, Guerra Tapia A. Delirio de parasitosis. Monografías de Dermatología. 2015;28(2):101-107.
 29. Rodríguez Pichardo A. Algunos trastornos obsesivo-compulsivos en dermatología. Monografías de Dermatología. 2015;28(2):126-135.
 30. Morales-Raya C, Tous Romero F. Trastorno dismórfico corporal. Monografías de Dermatología. 2015;28(2):95-100.
 31. Escalas Taberner J. Tratamientos piscatorios en alteraciones psicodermatológicas. Monografías de Dermatología. 2015;28(2):143-147.
 32. Camacho F, Moreno Ramírez D. Tricotilomanía. Monografías de Dermatología. 2015;28(2):108-125.
 33. Blanco N, Jiménez J, Blanco A. Aspectos psicológicos en la enfermedad dermatológica. Monografías de Dermatología. 2015;28(2):136-142.
 34. Ehsani AH, Toosi S, Mirshams Shahshahani M, Arbabi M, Noormohammadpour P. Psycho-cutaneous disorders: an epidemiological study. J Eur Acad Dermatol Venereol 2009; 23: 945-7.
 35. Nielsen K, Jeppesen M, Simmelsgaard L, Rasmussen, Thestrup-Pedersen K. Self-inflicted skin diseases. A retrospective analysis of 57 patients with dermatitis artefacta seen in a dermatology department. Acta Derm Venereol 2005; 85: 512-5
 36. Verraes-Derancourt S, Derancourt C, Poot F, Heenen M. Dermatitis artefacta: retrospective study in 31 patients. Ann Dermatol Venereol 2006; 133:235-8.
 37. Gimeno I, Roncero M, Bancalari D. Thirty years delay for a diagnosis: Cutaneous Munchausen syndrome. Case report and review of the literature. AEDV. 2015;.
 38. Grimalt Sancho F. Psicodermatología. Introducción. Monogr Dermatol. 2015;28(2):69.
 39. Grimalt F, Cotterill JA, editores. Dermatología y Psiquiatría. Historias clínicas comentadas. Madrid: Aula Médica; 2002. p. 38-39.
 40. Grimalt F, Cotterill JA, editores. Dermatología y Psiquiatría. Historias clínicas comentadas. Madrid: Aula Médica; 2002. p. 40-5.

ANEXOS

IMAGEN 1. Paciente ingresada hace años por lesiones necróticas en muslo derecho autoprovocadas y que recuerdan extraordinariamente a la imagen de un libro de 1916.

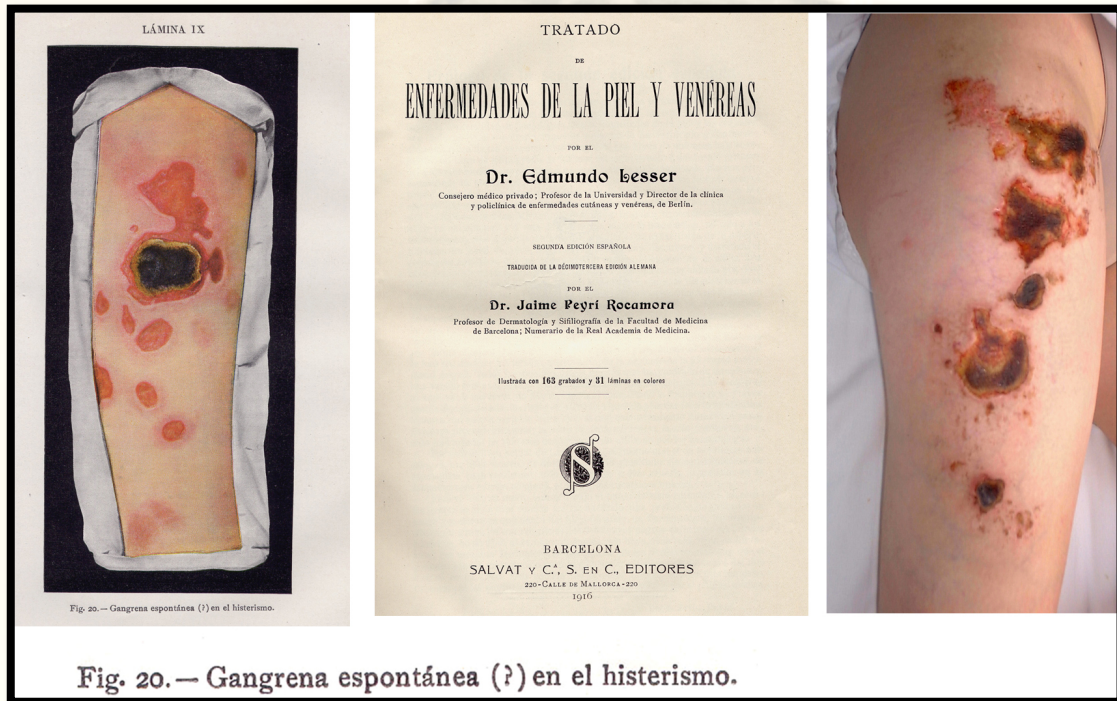


IMAGEN 2. Paciente varón. Úlceras similares a las de la imagen 1, pero más acusadas.



IMAGEN 3. Quemaduras por cigarrillo en brazo izquierdo.



IMAGEN 4. Quemadura por plancha, brazo izquierdo.



IMAGEN 5 : Úlceras por cáusticos.



IMAGEN 6. Erosiones extensas en paciente varón.



IMAGEN 7. Arañazos-raspaduras “ingenuos” en adolescente. Mano izquierda.



IMAGEN 8. Arañazos en áreas muy visibles que pretenden imitar estigmas.

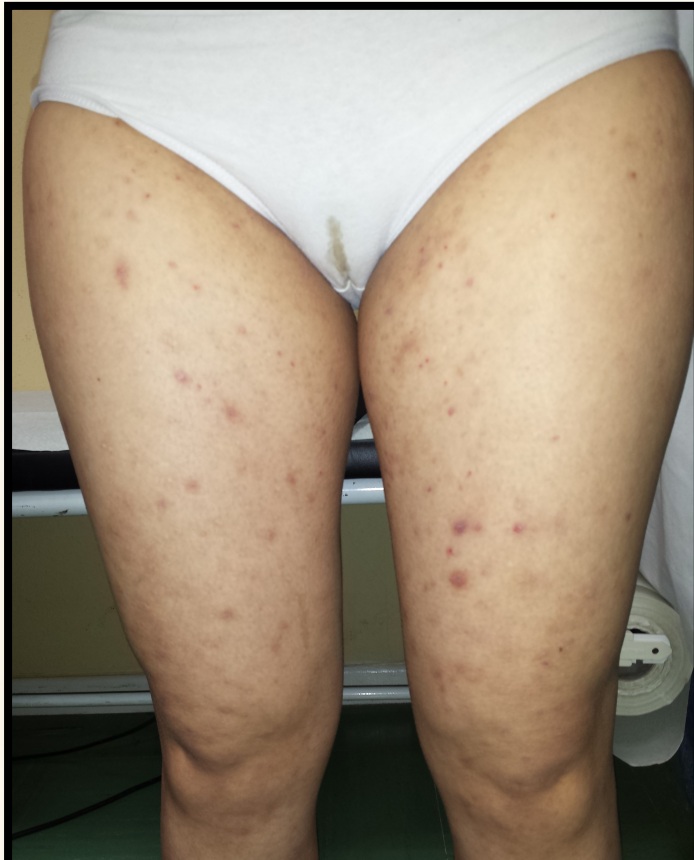


IMAGEN 9. Arañazos-erosiones en joven. Áreas visibles y fáciles de mostrar.



IMÁGENES 10 y 11 Excoriaciones neuróticas en mujer de 20 años.





IMÁGENES 12 y 13. Erosiones por rascado distintos pacientes. Lineales, más accesibles a la mano dominante, y en zonas visibles.





IMAGEN 14. Otra apariencia de excoriaciones neuróticas.



IMÁGENES 15 y 16: Tricotilomania en niños.



IMAGEN 17. Mordeduras y sobreinfección para evitar relaciones sexuales.



IMAGEN 18. Costras de labio en adolescente con anorexia.



IMAGEN 19. Excoriaciones en paciente con Liquen Plano Oral.



IMAGEN 20. Acné excoriado



IMAGEN 21. Dermatitis de Berloque (fotosensibilidad por perfume).



IMAGEN 22. Púrpura y Equimosis artefactas



IMÁGENES 23, 24 y 25

Paciente sabedora de su alergia a mercuriales (antisépticos tipo Mercromina...), se lo ponía para desarrollar eczemas agudos que además se sobreinfectaban, y dada su aparatosidad, ingresaba (que era lo que ella pretendía)





IMAGEN 29. Panniculitis.



IMÁGENES 30 y 31

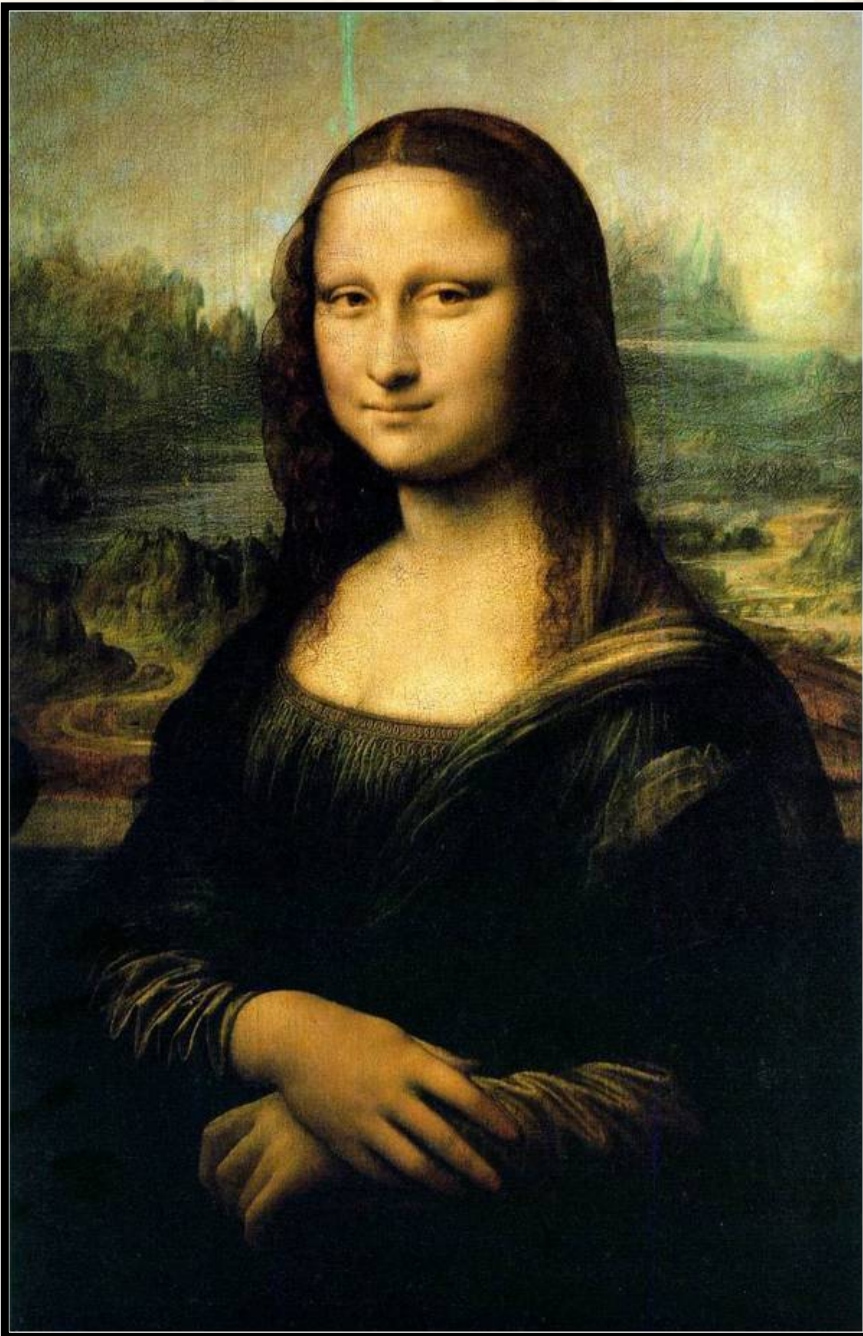


TABLA 1⁽⁴⁰⁾

<p>1.¿Cuántas horas duerme usted? ¿Duerme usted poco por falta de sueño o por falta de horas?</p>
<p>2.¿Las duerme usted bien?</p> <p>(De 30 días que tiene el mes, ¿cuántos días duerme usted mal: dos o tres, cinco o seis, quince, más de quince, la mayor parte de los días?) 2. ¿Toma pastillas para dormir? (En el caso de ancianos se debe preguntar a los acompañantes si suele hacer siestas prolongadas diurnas que le dificulten dormir por la noche. Y también a qué hora se acuestan. Algunos de ellos lo hacen muy temprano)</p>
<p>3.¿Le cuesta conciliar el sueño? («Insomnio primario o de conciliación».) Cuántos minutos, horas? 2. Una vez conciliado el sueño, ¿duerme usted bien el resto de la noche?</p>
<p>4.¿Se desvela a las pocas horas después de haberse dormido? («Insomnio secundario».) ¿Se desvela muchas veces durante la noche pero se duerme pronto otra vez?</p>
<p>5.¿Se desvela unas horas antes de la hora de levantarse y no consigue volverse a dormir a pesar de desearlo? («Insomnio terciario».)</p>
<p>6.¿Se levanta usted descansado o cansado? ¿Cuánto tiempo tarda en espabilarse? (Después de la ducha, después de tomar café, a media mañana, al mediodía, no se espabila en todo el día.)</p>
<p>Las dificultades en conciliar el sueño («insomnio de conciliación») y despertarse varias veces durante la noche («insomnio secundario») sugieren ansiedad. Desvelarse de madrugada y no poder volver a dormirse, aún con ganas de poder hacerlo, es característico de estado depresivo («insomnio terciario»).</p>
<p>7.¿En qué momento del día se encuentra más «en forma»: por la mañana, al mediodía, a media tarde, por la noche?</p>
<p>En cuanto al ritmo circadiano (<i>circum die</i>, «alrededor del día»), las personas se dividen entre los «tipo alondra», que se encuentran más eufóricos por las mañanas, y los «tipo lechuza», que por la noche «están más en forma». El deprimido suele sentirse mejor por la noche, o por la tarde, que por la mañana. Es frecuente que ambos, ansiosos y deprimidos, despierten algo cansados, pero el ansioso pronto despabila.</p>

**8.¿Hay días en que se encuentra usted más cansado, sin relación al trabajo realizado?
¿Cuántos días al mes? ¿Se encuentra cansado algún domingo?**

9.¿Hay días en los que le parece todo una montaña? ¿Cuántos al mes?

10.¿Hay días en que este cansancio va acompañado de sensación de tristeza, sin tener razón para ello? (Si es una mujer): Siente usted a veces ganas de llorar, aunque no lo haga, aunque no tenga motivo para ello? ¿Coinciden estos días con los días previos a la menstruación?

El cansancio excesivo, «el mal de todo», la apatía, la pérdida de ilusión por salir de casa, por viajar, por nuevas adquisiciones, los dolores crónicos de piernas y de espalda, efectuar los trabajos domésticos sin ganas de hacerlo, orientan hacia estado depresivo. La tristeza, las ganas de llorar, sugieren trastorno depresivo. También es propio de la depresión sentirse mal entre la gente y preferir estar solo («discomunicación»).

11.Si en su trabajo habitual, o en sus labores caseras, le salen mal unas cuantas cosas seguidas, ¿esto le produce rabia (aunque la contenga) o más bien le deja abatido?

El que ante contrariedades reacciona con enfado, en principio, es un ansioso. El que queda aún más hundido suele ser de tendencia depresiva.

«Estoy estresado» constituye una expresión frecuente en boca de algunos enfermos que la utilizan como eufemismo de aceptación de que, en las alteraciones por las que consultan, existe un grado considerable de participación psíquica. El paradigma de aceptación es la expresión: «Sí, es el estrés del trabajo, ¿sabe usted?».

La falta de programación del trabajo habitual orienta hacia la depresión. El individuo con tendencia al estado depresivo no planea sus tareas, las va haciendo, a la fuerza, a medida que éstas van apareciendo. En cuanto el deprimido mejora de su estado, programa lo que va a hacer en los días siguientes

12.Un televisor con el volumen alto, los juegos y gritos de los niños, una motocicleta que circula cerca con el tubo de escape abierto, ¿le alteran?, ¿le «ponen los nervios de punta»?

13.¿Está más irritable de lo habitual? ¿Se enfada con facilidad?

Los ansiosos toleran mal los ruidos imprevistos, que los sobresaltan. Los depresivos, los ruidos excesivos, los gritos de los niños. No hay que confundir la exaltación por ruidos, con la tendencia que tiene el deprimido a rehuir el contacto con los demás (discomunicación).

14. ¿Está usted de acuerdo señor, señora, con lo que dice su esposa, su marido? ¿Considera usted que tiene algo que añadir a lo que se ha comentado aquí? ¿Hay algo que usted sepa que le preocupe y que él, ella, no haya dicho? Si al llegar a este punto del interrogatorio se ha descubierto que el paciente está ansioso y deprimido a la vez, para averiguar si, como terapéutica medicamentosa, es preferible un ansiolítico o un antidepresivo tranquilizante o un antidepresivo euforizante, a nosotros nos resulta útil la siguiente pregunta:

A igualdad de nivel intelectual y cultural, en general las mujeres son mejores psicólogas que los hombres y suelen responder con mayor precisión. En ocasiones proporciona buen resultado preguntar la opinión del cónyuge presente, sobre todo cuando el entrevistado es un hombre. En el caso contrario, este recurso pocas veces proporciona ayuda. El hombre acepta con facilidad como reales las molestias que refiere su esposa. (*La folie à trois* es más frecuente cuando el delirante inicial es la mujer.) Los varones, en general, tienen tendencia a contestar con frases hechas, sin valor real y con conceptos establecidos.

15. Considere usted que en esta mesa tenemos unas balanzas; en un plato de la misma colocamos su nerviosismo, su inquietud, su rabia contenida; en el otro plato colocamos su sensación de estar chafado, el cansancio, las pocas ganas de hacer cosas. En su caso, y desde los tres últimos meses, ¿qué plato ganaría al otro?

Adenda al interrogatorio. Algún enfermo, al principio del interrogatorio, sobre todo si es joven, intenta eludir la concreción de las respuestas con la expresión «depende». Pero si se le apremia: «De acuerdo, “depende”, pero aun así, de 30 días que tiene el mes, ¿cuántos días...?», el enfermo se da cuenta de que el interrogatorio pretende concreciones precisas. Un cierto grado de renuencia a contestar a las preguntas puede encontrarse en una parte de los pacientes que no venían preparados para este tipo de interrogatorio. Pero debemos estar atentos a reconocer, en nuestros pacientes, a los que por el motivo que sea muestran ostensiblemente el desagrado que las preguntas les causan, y en los que hay que suspender el interrogatorio.

TABLA 2⁽³³⁾

Patología primaria	Patología secundaria
<p>Dermatológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psoriasis - Dermatitis atópica - Acné - Rosácea - Urticaria - Alopecia areata - Hiperhidrosis - Herpes simple - Eccemas - Vitíligo - Dermatitis seborreica - Prurito - Albinismo, etc... 	<p>Psiquiátrica y/o psicológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno depresivo - Trastorno del espectro ansioso y fobias - Conductas evitativas - Pobre autoimagen - Trastorno por estrés postraumático - suicidabilidad
<p>Psiquiátrica y/o psicológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dermatitis artefacta - Delirio parasitario - Tricotilomanía - Trastorno dismorfofóbico corporal - Trastorno obsesivo-compulsivo - Adicciones (consumo de sustancias, al bronceado, los tratamientos estéticos...) - Hipocondría - Fobias específicas - Trastornos alimentarios 	<p>Dermatológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Excoriación neurótica - Dermatitis artefacta - Lesiones autoinfligidas: erosiones, eccemas... - Lanugo - Fragilidad capilar y de uñas - Prurito psicógeno - Piel delgada y seca - Problemas con la termorregulación cutánea

TABLA 3⁽³³⁾

Psicopatología	Efectos sobre la patología cutánea	Manifestaciones dermatológicas
<p>Patología psicótica (presente en cuadros psicóticos, patología depresiva mayor y cuadros por abuso de alcohol y/o sustancias):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Delirios parasitarios - Alucinaciones táctiles 	<p>Aparición: Alteraciones de la sensopercepción. Interpretación desajustada de las sensaciones cutáneas</p> <p>Mantenimiento: Dificultad para mantener la higiene y autocuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lesiones autoinfligidas a consecuencia del componente alucinatorio y/o delirante: llagas, eccemas...

<p>Trastornos depresivos</p>	<p>Aparición: Alteraciones de la sensopercepción (hipersensibilidades)</p> <p>Mantenimiento: Dificultad para mantener la higiene y autocuidado</p>	<p>- Lesiones autoinfligidas a consecuencia del componente alucinatorio y/o delirante: erosiones, eccemas...</p>
<p>Trastornos de ansiedad:</p> <p>- Tricotilomanía</p>	<p>Aparición: Problemas sobre el control de impulsos</p>	<p>- Excoriación neurótica</p> <p>- Calvicie autoinfligida</p> <p>- Dermatitis Artefacta</p>
<p>Trastornos dismorfofóbicos</p>	<p>Mantenimiento: Dificultad sobre el control de los impulsos. Seguimiento tratamientos</p>	<p>- Especialmente relevante en problemas de:</p> <p>- Acné</p> <p>- Alopecia</p> <p>- Eccemas...</p>
<p>Trastorno obsesivo-compulsivo:</p> <p>- Compulsiones relacionadas con la higiene</p> <p>- Pobre control de los impulsos</p>	<p>Aparición: Lesiones autoinfligidas</p> <p>Mantenimiento: Dificultad para autocuidado de la piel por componente impulsivo y/o compulsivo</p>	<p>- Dermatitis</p> <p>- Eccemas</p> <p>- Cuadros autoinfligidos (por conductas de rascado)</p>
<p>Trastornos de la alimentación</p> <p>- Anorexia nerviosa</p> <p>- Bulimia</p>	<p>Aparición y mantenimiento:</p> <p>- Problemas de autocuidado e higiene de la piel (por desnutrición...)</p>	<p>- Lanugo</p> <p>- Fragilidad capilar y de uñas</p> <p>- Prurito</p> <p>- Piel delgada y seca</p> <p>- Problemas con la termorregulación cutánea</p> <p>- Callosidades y eccemas de producirse el vómito</p>

TABLA 4 (27,28,29,30,31,32)

PSICODERMATOSIS	TRATAMIENTO
ALTERACIONES SENSORIALES CUTÁNEAS.DINIAS	
Estomatodinia (boca urente)	<p>Medicamentos tópicos (clorhidrato de bencidamina, antiinflamatorio y analgésico, se recomienda solución al 0'15% en forma de colutorio y spray. Capsaicina en colutorio al 0'02%. Edulcorante sucralosa. Clonazepam tópico (asociado al sistémico).</p> <p>Terapias alternativas: hierbas, acupuntura, quiropraxia, hipnosis así como protectores linguales</p>
Vulvodinia	<p>Medidas higiénico-dietéticas: evitar lavado con jabones, champús y detergentes, así como la utilización de fragancias y toallas higiénicas perfumadas. Evitar prendas del estilo que sean muy ajustadas.</p> <p>Tratamientos locales tópicos: los ungüentos son los mejor tolerados. Lidocaína al 5%. Algunas pacientes alivian los síntomas con la aplicación de vaselina sin ningún agregado. Los corticoides serían útiles si hay inflamación o irritación. En las pacientes con vaginismo se usa amitriptilina al 2% con baclofeno (relajante muscular)</p> <p>Sistémicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antidepresivos tricíclicos: amitriptilina - Otros antidepresivos: venlafaxina y fluoxetina - Biofeedback y terapia física: muy útiles si vaginismo simultáneo - Cirugía: último recurso. - Terapéuticas o complementarias y alternativas: modificaciones dietéticas, ejercicios, relajación, antimicóticos. - Abordaje psicológico.
Escrotodinia	Sistémico: ISRS (amitriptilina)
Disestesia del cuero cabelludo	Pregabalina

<p>DELIRIO DE PARASITOSIS</p>	<p>Aproximación al paciente. Se aconseja introducir la necesidad de tratamiento psiquiátrico por ejemplo, como remedio para aliviar la sensación de hormigueo</p> <p>Tratamiento farmacológico</p> <ul style="list-style-type: none"> -Si delirio primario y los secundarios a esquizofrenia: medicación antipsicótica -Si delirio de infestación secundarios a depresión psicótica: antidepresivos y antipsicóticos (risperidona). Comenzar con la dosis más baja posible. -Tratamiento psicológico adyuvante para las ideas delirantes -Lesiones secundarias al rascado, úlceras e infecciones: antibióticos tópicos o sistémicos, emolientes, cicatrizantes, reparadoras, etc.
<p>TRICOTILOMANÍA</p>	<p>En edad pediátrica</p> <ul style="list-style-type: none"> -Si no hay enfermedad psiquiátrica: medidas de control como la inspección por parte de los padres y maestros varias veces al día y poner guantes para dormir. -En ocasiones se intenta dar clomipramina, y si tienen depresión 10mg/día de fluoxetina. <p>En adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estrategias para desterrar el hábito: Dejar crecer excesivamente las uñas o bien cortarlas mucho, llevar guantes para dormir, poner vaselina o aceite en el cabello. -Podemos efectuar una biopsia, pues tiene dos vertientes positivas: Para los niños sería como una actuación sobre el comportamiento o de “castigo” y sobre los padres nos permite comprobar y demostrarles que es autoprovocada, convenciéndoles de la verdadera naturaleza del problema del niño y así colaborar en su resolución. El uso de curas oclusivas o bandas aislantes mejorarán el proceso. Posibilidades farmacológicas: las del grupo anterior previa evaluación por un psiquiatra, preferentemente
	<p>En adultos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Biopsia, como en el apartado anterior, para que el paciente, temeroso de dicha prueba, cese ese hábito compulsivo. Por el contrario, los casos que se acercan al síndrome de Munchausen solicitarán más biopsias. -La clomipramina podría ser útil. -Terapia de inversión de hábitos (TIH) ha demostrado buenos resultados

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL	<u>Aproximación al paciente:</u> No minimizar la importancia que el paciente le da a su defecto. Realizar exploración física completa para ganarse su confianza e intentar posponer el procedimiento estético médico o quirúrgico por el que nos visitan.
	<u>Tratamiento farmacológico:</u> ISRS a altas dosis (fluoxetina, citalopram... Asociar o no antipsicóticos (pero no estos últimos en monoterapia)
	<u>Tratamiento no farmacológico:</u> Terapia cognitivo conductual, que incluye técnicas como psicoeducación, superación motivacional, reestructuración cognitiva, exposición en vivo y prevención de respuesta, como el reentrenamiento para mirarse al espejo. Enfatizar en la prevención de recaídas
	<u>Tratamiento estético y quirúrgico:</u> poco efectivo

DERMATITIS ARTEFACTA	Reforzar la relación médico-paciente especialmente
	Tratamientos tópicos: Vendajes oclusivos (cola de zinc, a veces escayola). Si las lesiones son muy exudativas pueden utilizarse baños de sulfato de zinc. Si están infectadas utilizar pomadas antibióticas como la mupirocina, por ejemplo. Tratamiento sistémico: antibióticos o antifúngicos si fuera necesario. Ante la imposibilidad de que el paciente consulte al psiquiatra: ISRS, pimozide (0'5 a 1mg/d), aripiprazol (2 a 5mg/d) o risperidona (0'5mg/d) Realizar una biopsia puede resultar de utilidad pero el informe histopatológico suele ser muy inespecífico

TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS EN DERMATOLOGÍA	
Excoriaciones neuróticas (pellizcamiento patológico...)	Comenzar con curas oclusivas usando cremas de corticoides y antibióticos. Si las lesiones son muy exudativas y con signos de infección: añadir AB sistémico según resultado del cultivo. En áreas liquenificadas o con nódulos se puede infiltrar acetónido de triamcinolona 10mg/ml una vez al mes. Programar visitas semanales el primer mes para estrechar la relación médico paciente y poder incidir en nuestras explicaciones de que necesita ayuda. Hacer lo posible para que acaben accediendo a ser derivados a un psiquiatra.

	Psicofármacos: fluoxetina (ISRS)
Acné excoriado	<p>Las terapias tópicas suelen ser poco eficaces. Se suelen requerir antibióticos sistémicos e isotretinoína. Pero el curso evolutivo es malo sin soporte psiquiátrico.</p> <p>Los que tienen TOC: clomipramina o fluoxetina además de terapia cognitivo conductual.</p> <p>Si subyace depresión añadir antidepresivos.</p>
Liquen simple crónico de vial o neurodermitis circunscrita	Relación entre tensión emocional y rascado. Esta respuesta de mala adaptación ha sido tratada con éxito mediante terapia conductual.
Prurigo nodular	<p>Medidas generales: uñas cortas, uso de guantes, aplicar lociones y cremas emolientes.</p> <p>Primera línea de tratamiento: mentol o fenol al 1% en cremas, antihistamínicos potentes (25-75mg de prometaxina por la noche), corticoides potentes tópicos en cura oclusiva o vía oral (0'5mg/día)</p> <p>Segunda línea: fototerapia, infiltración de acetónido de triancinolona, vitamina D3 tópica y capsaicina.</p>

TABLA 5. Trastorno facticio 300.19 (manual diagnóstico DSM-V).⁽²⁶⁾

Trastorno facticio aplicado a uno mismo
<p>A. Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad asociada a un engaño identificado.</p> <p>B. El individuo se presenta a sí mismo frente a los demás como enfermo, incapacitado o lesionado.</p> <p>C. El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de una recompensa externa obvia.</p> <p>D. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno delirante u otro trastorno psicótico.</p> <p>* Especificar: episodio único, episodios recurrentes (dos ó más acontecimientos).</p>

Las imágenes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13 14, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 24 y 25 pertenecen al servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Salamanca y a la iconografía personal del doctor Javier Bravo. Las imágenes 8, 9, 18 y 21 han sido amablemente cedidas por el doctor Antonio Rodríguez-Pichardo, dermatólogo en el Hospital Virgen de la Macarena (Sevilla).