

LA PIEL EN LA PRÁCTICA DIARIA

Psicodermatología en atención primaria

Jorge Romaní de Gabriel^a y David Chesa Vela^b

^aServicio de Dermatología. Hospital Municipal de Badalona. Barcelona. España.

^bServicio de Psiquiatría. Centro de Salud Mental de Adultos de Sant Feliu de Llobregat. Barcelona. España.

En el ser humano, es imposible separar la enfermedad física de la enfermedad mental. Por una parte, la fisiopatología de cualquier proceso contiene la esfera psicológica dentro de sus múltiples elementos. Incluso en la patología infecciosa, en la afección en que la etiología es más concreta e identificable, el estatus mental influye en la respuesta del organismo a la infección y al tratamiento. En segundo lugar, las enfermedades, especialmente las de curso crónico, repercuten sobre la esfera mental que, muy frecuentemente, se imbrica en la presentación y la evolución del proceso patológico. Además, hay trastornos psiquiátricos primarios que se manifiestan directamente como signos y síntomas físicos.

Igual que podemos hablar de psicodermatología, otras especialidades pueden reclamar su relación con la psiquiatría, ya que muchas de las enfermedades que tratan tienen un nexo de unión con la patología mental. Así ocurre en la gastroenterología con la úlcera gástrica y la enfermedad inflamatoria intestinal, en la endocrinología con las tiroidopatías o las enfermedades de las glándulas suprarrenales, o en la neumología con el asma bronquial. Sin embargo, en la dermatología sorprende la gran variedad y la frecuencia de los trastornos psiquiátricos relacionados. Se ha hablado del origen común ectodérmico de la piel y el sistema nervioso central para explicar su capacidad para reaccionar conjuntamente, y también con la infinita variedad de patrones clínicos observables en la piel, un órgano que, a diferencia de otros, está siempre a la vista y es capaz de ofrecer una nosología florida y compleja que desorienta al médico poco experimentado.

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS PSICODERMATOLÓGICOS

Preferimos seguir a Koo et al¹ en su intento de clasificación de las enfermedades psicodermatológicas en 3 grupos (tabla I): trastornos psicofisiológicos, trastornos psiquiátricos primarios y trastornos psiquiátricos

secundarios. En el primer grupo se incluyen las dermatosis en que la influencia psicofisiológica participa, como un elemento más, de la fisiopatología de la enfermedad. Es el caso de la psoriasis, la dermatitis seborreica o la alopecia areata. En general, se tiende a considerar la alteración psíquica como un desencadenante o agravante, más que como una *noxa* única. Éste es el caso de las enfermedades del segundo grupo, los trastornos psiquiátricos primarios, en los que la enfermedad primaria es la mental. El trastorno paradigmático de este grupo es el delirio de parasitosis, o síndrome de Ek-bom. El tercer grupo comprende trastornos dermatológicos con una repercusión psicológica, fundamentalmente por la alteración de la imagen del individuo. En este caso, la dirección de la fisiopatología va de la piel al sistema nervioso central, mientras que en el primer grupo de trastornos psicofisiológicos dicha dirección va de la mente a la piel. En el primer y el último grupo hay trastornos comunes, como la psoriasis, la dermatitis atópica y la alopecia areata, ya que la alteración psicológica es a la vez causa y consecuencia de la enfermedad, y es difícil separar uno y otro aspecto.

Trastornos psicofisiológicos

Abordaremos en este apartado la alopecia areata, la dermatitis atópica, el liquen simple crónico o neurodermatitis, la psoriasis y la dermatitis seborreica.

Alopecia areata

Es casi del dominio público que las placas alopécicas redondas y de inicio súbito de la alopecia areata (AA) son consecuencia de problemas «nerviosos», y así suele asegurarlo muchas veces el paciente o su peluquero cuando descubren las lesiones de forma accidental. Sin embargo, los trabajos publicados son contradictorios respecto al desencadenamiento de la AA por acontecimientos estresantes, o su asociación con determinados rasgos de personalidad. Ciertos estudios han llegado a conclusiones sobre la asociación de ciertos tipos de personalidad con la susceptibilidad a padecer AA^{2,3}, aunque es discutible si la alexitimia, la dificultad para las relaciones sociales o los trastornos depresivos son una causa o una consecuencia de la AA. Un interesante trabajo de Brajac et al⁴ intenta diferenciar la influencia de la ansiedad crónica o de los acontecimientos vitales estresantes sobre los brotes de AA. Los resultados indican que la ansiedad crónica no parece influir sobre la aparición de AA, pero sí los acontecimientos vitales estresantes concretos, que desencadenarían algunos de los brotes. En cualquier caso, la reacción del paciente ante la situación ansiógena parece tan sólo actuar como un modulador de un proceso autoinmune, con una fisiopatología poco aclarada. Es probable que exista una AA donde predomina el desencadenante psicosomático, y otra en la que la fisiopatología toma otras vías que se suponen más ligadas con el proceso de autoinmunidad. A la espera de nuevos estudios que aclaren exactamente las vías fisiopatológicas de la AA, es interesante recordar cómo se hablaba de la importancia de los factores psicofisio-

Correspondencia: Dr. J. Romaní de Gabriel.

Avda. Catalunya, 62-64. 08917 Badalona. Barcelona. España.

Correo electrónico: joromani@bsa.gs

TABLA I. Clasificación de las enfermedades psicodermatológicas

	EXPLICACIÓN FISIOPATOLÓGICA	EJEMPLOS
Trastornos psicofisiológicos	La esfera psíquica está implicada en su patología entre otras múltiples causas	Alopecia areata Psoriasis Neurodermatitis Dermatitis seborreica
Trastornos psiquiátricos primarios	La enfermedad primaria es la psiquiátrica, que se manifiesta con signos o síntomas cutáneos	Delirio de parasitosis Dermatitis facticia Glosodinia Tricotilomanía
Trastornos psiquiátricos secundarios	La enfermedad dermatológica es el desencadenante primario de una repercusión psicológica	Vitiligo Alopecia areata Psoriasis Acné

lógicos en la úlcera gastroduodenal antes de descubrirse la implicación principal de *Helicobacter pylori*.

Ningún estudio ha tratado sobre la influencia del tratamiento psicológico o psiquiátrico sobre el curso de la AA, aunque la experiencia clínica indica que el tratamiento del problema mental subyacente no influye sobre el curso de la alopecia. En cualquier caso, al informar al paciente de la relación del estrés con la alopecia, es importante no crear en él un sentimiento de culpa, ni insistir en la ansiedad crónica como responsable del problema. Es fundamental el apoyo psicológico para superar la alteración de la imagen corporal que puede suponer una AA.

Dermatitis atópica

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad con una clara base genética, en la que la interacción de la piel con determinados factores desencadenantes ambientales parece modular en gran manera su curso y pronóstico. Entre estos factores figuran los de índole psicológica. Está bien establecido que el paciente atópico desarrolla una personalidad caracterizada por la alteración de la relación materno-filial y la dificultad para el control de los impulsos, así como una actitud posesiva y de dependencia de su entorno. Numerosos estudios han demostrado que el impacto de la dermatitis atópica sobre la calidad de vida puede igualar o superar al motivado por enfermedades graves, como el cáncer⁵.



Figura 1. Distrofia neurodérmica ungueal, provocada por el hábito repetido de tocar o apretar la base de la uña con el dedo índice de la misma mano. La uña pierde la cutícula, y se observan surcos transversales en la lámina ungueal.

La influencia de los acontecimientos vitales estresantes sobre la enfermedad es incuestionable. El prurito es el síntoma dominante de la DA, y puede estar modulado a través del sistema neurohormonal cutáneo. El control de los impulsos es un objetivo interesante para el paciente atópico; se ha ensayado con diferentes técnicas de relajación, *biofeedback*, meditación, e incluso mediante hipnoterapia⁶, lo que demuestra que estas técnicas pueden modificar el umbral de la piel para el prurito y evitar el ciclo de picor y rascado que pone en marcha la producción de lesiones de eccema en la DA.

Neurodermatitis o liquen simple crónico

La neurodermatitis o neurodermitis (ND) es una respuesta de la piel ante el rascado o fricción crónicos. Se caracteriza por placas de eccema, con superficie liquenificada y excoriada, en zonas accesibles al rascado. Las más frecuentes son la nuca, los tobillos, las piernas, la vulva, el pubis, el escroto o la región perianal. En la uña del primer dedo de la mano se ha descrito una neurodermitis o distrofia neurodérmica ungueal provocada por la manipulación repetida e involuntaria (fig. 1). Algunos casos graves de liquen simple crónico pueden derivar en el prurigo nodular (fig. 2), un trastorno caracterizado por los nódulos extremadamente pruriginosos e infiltrados en las extremidades inferiores.

En la mayor parte de los casos es posible identificar una tensión emocional que deriva en una sensación pru-



Figura 2. Prurigo nodular en las extremidades inferiores en un paciente con ansiedad crónica. El prurigo nodular es una dermatosis idiopática, pero en algunos pacientes la psicopatología subyacente puede contribuir al desarrollo y el mantenimiento de las lesiones.

iginosa localizada, perpetuada por el rascado. El alivio transitorio del prurito mediante la manipulación de la piel provoca una sensación agradable que mitiga temporalmente la tensión emocional. La ND es característica de individuos con rasgos neurotiformes leves y, en general, no conlleva la presencia de una patología psiquiátrica grave. En la mayoría de los casos subyace una ansiedad crónica y rara vez un trastorno de control de los impulsos.

Es útil añadir al tratamiento de la ND, basado en general en los antihistamínicos y los corticoides tópicos, una benzodiazepina a dosis bajas que actúa como ansiolítico, permite el descanso nocturno y acelera la mejoría de las lesiones.

El paciente puede aprender a reconocer los síntomas iniciales de una ND, que aparecen como respuesta a una situación ansiógena; una psicoterapia sencilla es aconsejarle que sustituya el rascado por otras maniobras, como presionar la piel, o apretar una pelota de tenis.

Psoriasis y dermatitis seborreica

Es el ejemplo paradigmático de las dermatosis relacionadas con el estrés emocional. Al igual que en la dermatitis atópica, se ha demostrado el beneficio de las técnicas de relajación, el control del prurito y el consejo psicológico⁷. En la psoriasis, el control de la enfermedad debe ser multifactorial y, además del tratamiento adecuado, debe insistirse en ciertas normas relacionadas con el estilo de vida, como evitar la obesidad y los hábitos tóxicos, realizar ejercicio físico y seguir una dieta sana. Las psoriasis más pruriginosas del cuero cabelludo, generalmente con lesiones en la nuca, suelen agravarse por una neurodermitis sobreañadida, y es importante tratar este aspecto.

Se ha descrito una mayor prevalencia de dermatitis seborreica en pacientes psiquiátricos, hecho al que puede contribuir su alteración mental, así como ciertos psicofármacos (p. ej., neurolepticos).

Tratamiento de las dermatosis psicofisiológicas

Ante una dermatosis resistente al tratamiento, en especial las descritas en este grupo, se debe preguntar al paciente si el estrés social, laboral o psicológico pueden contribuir a la aparición de la sintomatología. Es difícil crear el clima adecuado para tratar estos temas en la consulta médica diaria. En ocasiones el paciente reacciona con perplejidad cuando se aborda el aspecto psicosomático ante un problema que ellos creen puramente dermatológico. Otros agradecen que el interrogatorio derive hacia esta faceta, porque ellos mismos ya han atribuido su dermatosis a un problema de «nervios». En especial, los pacientes con atopia, psoriasis o dermatitis seborreica ya conocen por experiencia propia que su enfermedad se desencadena por el estrés. Otros casos de pacientes con neurodermitis, prurito anal y vulvar pueden haber sido tratados previamente como micosis o como una dermatitis alérgica, y debe reconducirse la orientación diagnóstica. No debemos olvidar que algunos casos de prurito o dolor anogenital pueden ser un

signo de una radiculopatía lumbosacra, y tal vez mejoren con un bloqueo paravertebral. Ante la sospecha de ello, deben solicitarse los estudios de imagen pertinentes.

Al tratamiento médico correcto cabe añadir, en primer lugar, un consejo básico sobre el control del estrés mediante ejercicio físico y relajación, o simplemente animar al paciente a que dedique un poco de tiempo para sí mismo fuera del ámbito laboral o la vida familiar. El uso de antihistamínicos sedantes (difenhidramina, hidroxicina) es obligado, porque en las fases más pruriginosas de la enfermedad permiten conciliar el sueño. Añadir una benzodiazepina a una dosis correcta puede ser útil para controlar la ansiedad, el estrés y la tensión. Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) son útiles en el tratamiento de la ansiedad crónica. Puede tratarse de pacientes con un curso crónico y una respuesta al tratamiento decepcionante, en los que finalmente se sobreañade un síndrome depresivo que puede llegar a ser grave. En determinados casos, puede ser necesaria la derivación a un psiquiatra.

Trastornos psiquiátricos primarios

Delirio de parasitosis (síndrome de Ekbom)

En el delirio de parasitosis (DP), el paciente cree estar infestado por insectos que le provocan sensaciones en la piel, y supuestas lesiones que se provoca él mismo por manipulación. El DP es una psicosis monosintomática, pero el paciente presenta unos síntomas referidos a la piel de una forma tan concreta que sólo acudirán a un dermatólogo, y rechazará en un principio que su problema sea de origen psiquiátrico. Al igual que el paciente, su familia o allegados tendrán la misma actitud. Por ello, el dermatólogo es quien tiene que realizar el diagnóstico y la orientación terapéutica inicial, para lo cual se requiere tener los conocimientos adecuados.

Los pacientes suelen elaborar una teoría sobre cómo los insectos parasitan su piel, se reproducen y depositan sus deyecciones. Pueden presentarse a la consulta con restos de piel, costras o pelos metidos en sobres o pequeñas cajas, solicitando encarecidamente un análisis (signo «de la caja de cerillas»). Pueden referir la presencia de léntigos, queratosis seborreicas, puntos rubí u otras lesiones cutáneas banales, que interpretan que están causadas por los insectos.

El DP debe diferenciarse de otros trastornos psicóticos, como la esquizofrenia, y de la drogodependencia, en especial a la cocaína o las anfetaminas, que provocan sensaciones cutáneas conocidas como «formicaciones» o sensaciones de picor o pinchazos en la piel. En otros trastornos alucinatorios, como el *delirium tremens* del alcoholismo, puede haber alucinaciones visuales de temática insectiforme («micropsias», animales de pequeño tamaño), pero el paciente suele percibirlos en el exterior de su cuerpo. En ocasiones las alucinaciones pueden ser de tipo cenestésico, con sensaciones táctiles de dichos animales.

Ante el paciente con DP, es importante descartar la drogodependencia, el déficit de vitamina B₁₂, la esclerosis múltiple, la enfermedad cerebrovascular o la sífilis



Figura 3. Excoriaciones simétricas causantes de hiperqueratosis en un paciente con déficit mental que se mordía repetidamente las manos en respuesta a la ansiedad. Fue traído a la consulta de dermatología por sus padres, que no habían observado el hábito. El paciente lo realizaba en las horas en las que asistía a un taller ocupacional.

antes de centrarse en un tema puramente psiquiátrico. Por supuesto, hay que tener en cuenta una posible infección de la piel, y no es mala idea prestar atención a los objetos que aporta el paciente, estudiándolos con calma o incluso analizándolos al microscopio, con lo que el paciente percibe que nos preocupamos realmente por su problema. Introducir la medicación antipsicótica adecuada sin provocar al paciente, y por tanto perder su confianza, es todo un arte. Si el paciente percibe que estamos tratando su problema como un proceso psiquiátrico, no volverá a la consulta y peregrinará de dermatólogo en dermatólogo sin dejar que nadie pueda abordar el problema en profundidad. Inicialmente, no es conveniente confrontar al paciente con el delirio ni enviarlo al psiquiatra. Se trata de ganar su confianza y en un momento dado introducir la medicación antipsicótica y mencionar la posible consulta a un psicólogo o psiquiatra (el término «psicólogo» es a menudo utilizado como un eufemismo) no como un remedio directo del problema, sino como una ayuda para mitigar la ansiedad y evitar centrar la atención sobre los síntomas cutáneos. Mientras tanto, se pueden prescribir antibióticos tópicos para curar las excoriaciones, o un jabón suave para «limpiar la piel». En una situación ideal, el paciente debería ser visitado conjuntamente por un dermatólogo y un psiquiatra, y ser transferido a este último cuando se haya ganado su confianza. En la actualidad, se considera el pimozide como fármaco de primera elección para el tratamiento del DP, aunque algunos psiquiatras rechazan su uso y promueven el de otros agentes, como la risperidona, la olanzapina u otros antipsicóticos atípicos.



Figura 4. La paciente se provocaba de forma consciente lesiones ulcerosas en sacabocados por medio de ciertos instrumentos, como pinzas de depilar, alicates o utensilios de cocina. Bajo estas lesiones cutáneas subyacía un trastorno ansioso y depresivo crónico, multitratado con psicofármacos en el momento de la consulta. (Imagen perteneciente al archivo fotográfico del Servicio de Dermatología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo.)

Un metaanálisis⁸ que englobaba 1.223 casos de DP concluyó que en la era previa a los psicofármacos, antes de los años sesenta, se conseguían alcanzar remisiones del delirio en el 34% de los pacientes, proporción que aumentó hasta el 52% tras la introducción de estos fármacos. Desde luego, tales conclusiones apuntan a la dificultad en el tratamiento de estos pacientes, incluso contando con una medicación específica para el control de los síntomas delirantes.

Excoriaciones neuróticas y dermatitis facticia (tabla II)

Bajo estas 2 denominaciones se engloban diferentes trastornos caracterizados por la autoprovocación de lesiones en la piel. En general, nos referimos a las excoriaciones neuróticas (EN) cuando el paciente se provoca excoriaciones con las uñas o los dientes (fig. 3). En la dermatitis facticia (DF) la autolesión se produce con determinados instrumentos, como cigarrillos o utensilios cortantes (fig. 4). El término «patomimia» (figs. 5 y 6) se refiere en general a las autolesiones provocadas con el fin de simular una enfermedad cutánea. En general, estos términos difieren en la psicopatología de base. En las EN suele haber depresión o ansiedad, pero en la DF puede haber una psicopatología más profunda, como un trastorno de la personalidad o un trastorno obsesivo-compulsivo (tabla II). Por ello, los pacientes con EN suelen reconocer que se provocan las lesiones en respuesta a los «nervios» o al extremo desconsuelo que acompaña al síndrome depresivo, mientras que en la DF el paciente niega en general la autolesión. Si la excoriación surge como respuesta a una ideación delirante bien

TABLA II. Diagnóstico diferencial entre la excoriación neurótica y la dermatitis facticia

EXCORIACIÓN NEURÓTICA	DERMATITIS FACTICIA
Autolesión menos elaborada Depresión, ansiedad, deseo irremediable de provocar la autolesión Generalmente, conciencia y afirmación de la autolesión	Autolesión más elaborada (uso de instrumentos para provocarla) Psicopatología más profunda: en general, trastorno de personalidad No hay un reconocimiento claro de la autolesión



Figura 5. La paciente acudió a la consulta con lesiones en surcos tortuosos en la región glútea, con un extremo ulcerado. Aseguraba haber contraído la enfermedad tras unas vacaciones en una zona tropical. Las lesiones simulaban una larva *migrans* cutánea, que no respondió al tratamiento antiparasitario. Finalmente, se diagnosticó una patomimia. Tras varias entrevistas, la paciente reconoció que se las provocaba para sentirse atendida. Se detectó un grave problema de relación con la pareja, y la paciente aceptó la derivación a un psiquiatra.

construida (p. ej., cuando el paciente cree que hay seres que le hacen daño y le provocan lesiones), se debe sospechar una psicosis y, por supuesto, establecer una actitud terapéutica mejor orientada hacia esta posibilidad.

Para cualquier médico es importante estar entrenado para reconocer una lesión cutánea autoprovocada. Debe sospecharse ante una morfología extraña, angulosa o geométrica. Las lesiones surgen de forma espontánea sin presencia de una lesión primaria ni una evolución clara que explique la necrosis o la formación de costras. Además, el paciente se niega a explicar cómo comienzan las lesiones o lo hace de forma poco coherente. En ocasiones, es capaz de predecir que en una zona concreta de la piel aparecerá una lesión, porque afirma sentir ciertos síntomas premonitorios de quemazón, picor o dolor que la anuncian. El paciente puede provocarse auténticos «facsimiles» de dermatosis conocidas⁹, como AA, enfermedades ampollosas, quemaduras, dermatitis de contacto, gangrena, distrofia ungueal, púrpura, tumores o infecciones (fig. 5). La expresión del paciente puede variar entre la culpabilidad, el nerviosismo, la crudeza fría del simulador, o la «bella indiferencia» que indica calma y complacencia.

Ante el reconocimiento de una lesión autoprovocada, en primer lugar debemos centrar al paciente y establecer ante qué tipo de alteración psicopatológica nos encontramos. La orientación es diferente ante, por ejemplo, la adolescente inmadura que se autolesiona de forma leve para simular una enfermedad, la mujer adulta con un síndrome depresivo mayor que se automutila como una respuesta primitiva a su tristeza, o el anciano manipulador que puede llegar a tener pendiente a toda su familia respecto a sus lesiones cutáneas. Para realizar una valoración psicopatológica en profundidad debe trabajarse la derivación al psiquiatra.



Figura 6. El paciente, un varón de 70 años de edad que vivía solo, acudió a la consulta con una lesión ulcerosa auricular de evolución desconocida, que no curaba pese al tratamiento con antibióticos tópicos. Se practicó una biopsia para descartar un carcinoma basocelular, que evidenció una úlcera cutánea sin signos de malignidad. Ante el diagnóstico de una posible dermatosis autoprovocada, se le practicaron curas oclusivas con seguimiento diario. La lesión remitió en 2 semanas. Se estableció el diagnóstico de patomimia.

El inicio del tratamiento siempre debe ser la confrontación del paciente con la lesión, pero de una forma sutil y poco agresiva. Un error del dermatólogo es hacer visible la autocomplacencia obtenida con el diagnóstico de la dermatosis autoprovocada, que es exhibida inconscientemente como un triunfo en el «tira y afloja» al que le somete el paciente. Esto puede desarmar los argumentos de éste, pero también fomentar un clima de hostilidad con él y su familia que impedirá mantener la relación médico-paciente adecuada. Una buena idea es intentar introducir la medicación psicotrópica como una ayuda para controlar la ansiedad, poder descansar y «ver las cosas más claras», mientras se impide la autolesión con vendajes o yesos que deben cambiarse cada día en la consulta. Como en cualquier trastorno psiquiátrico, el primer punto a valorar siempre es el riesgo de suicidio. Algunos autores han calificado la automutilación como un «suicidio parcial», mientras que otros sostienen que el paciente con conductas autolesivas de este tipo no es capaz en general de acometer la autólisis total. Es necesario que la valoración de esta posibilidad la realice un psiquiatra.

El abordaje farmacológico es complejo y depende de la psicopatología subyacente. El antidepresivo tricíclico doxepina es muy utilizado por los dermatólogos porque tiene un potente efecto antihistamínico y sedante, y parece muy adecuado para romper el ciclo de prurito, rascado y excoriación que es característico de estos pacientes.

Tricotilomanía

Este trastorno consiste en el arrancamiento del pelo de forma inconsciente. El DSM-IV la califica como un trastorno de control de los impulsos. Como el signo presente en los pacientes es cutáneo (zonas desprovistas

de pelo), el dermatólogo es el encargado de su diagnóstico y tratamiento iniciales. Bajo la tricotilomanía puede subyacer un trastorno obsesivo-compulsivo, una simple reacción a un estrés concreto, un retraso mental, una depresión o un síndrome ansioso. En la mayoría de los casos de tricotilomanía diagnosticados en niños no hay una psicopatología grave asociada, sino una ansiedad leve producto de situaciones como el nacimiento de un hermano o la excesiva presión o exigencia familiar (fig. 7). El arrancamiento del pelo actúa como un mecanismo sencillo de alivio de la tensión emocional. Si el arrancamiento del pelo es el resultado de un trastorno delirante, el cuadro se conoce como «tricotofobia», y las consideraciones terapéuticas son muy diferentes.

Desde el punto de vista dermatológico, las lesiones son zonas desprovistas de cabello, sin excluir otras áreas pilosas, como las cejas, las pestañas o el vello púbico, que pueden remedar una AA, una pseudopelada de Brocq, una lúes o una tinea capitis (fig. 7). Normalmente, se sospecha la tricotilomanía por la presencia de cabellos rotos de distintas longitudes en el interior de una lesión de bordes poco precisos. El cuero cabelludo tiene un aspecto normal. Ante dudas diagnósticas, la biopsia cutánea puede confirmar la sospecha de tricotilomanía, y mostrar una alteración del folículo pilosebáceo conocida como tricomalacia, prácticamente patognomónica de esta entidad.

La tricotilomanía puede asociarse con la tricofagia y la producción de bolas de pelo en el interior del tracto digestivo (tricobezoar) que, en algunos casos, han llegado a provocar cuadros de obstrucción intestinal.

El tratamiento dependerá del trastorno de base. La tricotilomanía en niños suele ser un trastorno benigno y transitorio. La mayor parte de los casos pueden remitir con una psicoterapia sencilla. En algunos casos se recurre a la transferencia del hábito a un muñeco de peluche. El tratamiento de la tricotilomanía en adultos puede incluir el uso de variados psicofármacos en función del trastorno de base.

Dinias

Los trastornos conocidos como dinias engloban la glosodinia, la orodinia, la vulvodinia y la coccidinia. Se caracterizan por una sensación dolorosa, urente o punzante en las zonas orogenitales afectadas (lengua, mucosa oral, vulva o ano), sin que haya una patología orgánica subyacente.

La orodinia-glosodinia es más frecuente en mujeres (hasta un 90% de los pacientes) entre 50 y 70 años de edad. La zona más afectada es la lengua, pero también las encías, la mucosa yugal o el paladar. La sensación referida es de quemazón, sequedad, dolor o sensación punzante, generalmente en la punta de la lengua. A la exploración física no hay hallazgos destacables, salvo la presencia de una parte anterior lingual brillante y lisa, debida a un hábito constante de fricción y rascado con los dientes. Las pacientes acuden al especialista después de haber peregrinado por las consultas de los médicos de cabecera, dentistas o cirujanos, y con frecuen-



Figura 7. La paciente, una niña de 3 años de edad, presentaba una área de alopecia difusa en la región parieto-occipital. La exploración detenida mostraba cabellos rotos, de distintas longitudes, y un cuero cabelludo de aspecto normal, sin eritema ni descamación. La sospecha inicial fue de tricotilomanía. La madre reconoció finalmente que la niña había desarrollado el hábito de manipularse el cabello. Se encontraba disgustada por las exigencias laborales de la madre. Unos consejos sencillos y el paso del tiempo consiguieron que la niña abandonara el hábito en pocos meses.

cia su problema se ha atribuido a micosis y a problemas dentarios. Es interesante señalar el desconocimiento de las orodinias por parte de muchos especialistas que tratan problemas de la boca.

En más de la mitad de los pacientes, una depresión, en ocasiones enmascarada, es el trastorno subyacente que explica la sintomatología oral. El paciente no es consciente de la depresión, y muchas veces es un cuadro diferido en el tiempo respecto al suceso vital desencadenante. Algunas pacientes refieren la muerte de un familiar o el diagnóstico de un cáncer meses antes del inicio de la orodinia. Puede ser que hayan sido tratadas precozmente con ISRS, que han enmascarado el cuadro, y sufrir después el llamado «duelo diferido». En otros casos, cuando el paciente comienza a remontar su período depresivo es cuando tiene «fuerzas» para somatizar y desarrollar una orodinia que no estaba presente en el momento de la depresión franca.

En nuestro medio social tradicional, los factores desencadenantes más frecuentes en las mujeres a la edad típica de presentación de la orodinia son la muerte de un familiar o de la pareja, los problemas familiares, como los conflictos con los hijos o su marcha del hogar paterno, que provoca un vacío difícil de llenar a cierta edad, o incluso la jubilación del marido, que crea más espacios para la convivencia, no siempre fácil, o traslada la repercusión a la pareja del «síndrome del jubilado».

Antes de abordar el problema de la orodinia como una manifestación psiquiátrica, es necesario descartar la diabetes mellitus, los déficit de vitamina B₁₂ o ácido fólico, o la candidiasis oral. Hay casos infrecuentes en los que la orodinia es el síntoma de presentación de una enfermedad ampollosa oral o de una dermatitis de contacto a los materiales dentarios.

Un interrogatorio psiquiátrico básico («¿Duerme bien?», «¿Se levanta con ganas de empezar el día?», «¿Alguna vez se disgusta hasta el punto de llorar?») orientará hacia un trastorno depresivo. Muchos pacientes acuden al dermatólogo cuando ya están siendo tratados por una depresión. Hay que tener en cuenta que los antidepresivos clásicos pueden empeorar el problema al provocar un agravamiento de la sequedad oral, propia de muchas personas de edad avanzada. Como en tantas otras psicodermatosis, interesa no entrar difectamente en el problema psicopatológico, ni insinuar enseguida la necesidad de visitar a un psiquiatra. En muchos casos, es el mismo dermatólogo el que inicia el tratamiento, generalmente con ISRS, que pueden tener un efecto muy favorable sobre la dinia junto con la psicoterapia y las explicaciones adecuadas. En las pacientes de edad avanzada, es preferible evitar los ISRS con más propiedades estimulantes, como la fluoxetina, y emplear los más sedantes, como la paroxetina.

La vulvodinia es, en cambio, frecuente en mujeres en edad fértil, y consiste en una sensación disestésica o quemante, en ocasiones francamente dolorosa, que dificulta las relaciones sexuales e impide llevar ropa ajustada. Se ha distinguido entre la vestibulitis vulvar, que aparece provocada por el coito, y la vulvodinia disestésica, en la que el dolor no se desencadena por las relaciones sexuales, y parece de tipo neuropático¹⁰. Es frecuente que, como en la orodinia, haya una depresión enmascarada, e igualmente la vulvodinia provoca una depresión reactiva muy importante, agravada por la peregrinación previa de ginecólogo en ginecólogo, que ha tratado el problema como una candidiasis vulvar sin éxito.

Los síndromes de dolor vulvar se han tratado con antidepresivos, gabapentina, anestésicos tópicos, *biofeedback*, técnicas de relajación o hipnoterapia, entre otras opciones.

La coccigodinia, o dolor anal crónico idiopático, afecta a personas adultas de ambos sexos, y su fisiopatología aún no se ha dilucidado por completo. Algunos autores han formulado la hipótesis de que el trastorno subyacente es una distonía del esfínter anal, y en ciertos pacientes el tratamiento con toxina botulínica ha tenido éxito. En algunos casos, el trastorno puede ser tan invalidante que motiva la práctica de una colostomía. Las valoraciones psicológicas realizadas a los pacientes con proctalgia crónica indican una tendencia a la personalidad inmadura con mecanismos de defensa primitivos¹¹.

Tratamiento. El tratamiento más frecuentemente empleado en las dinias son los antidepresivos tricíclicos y los ISRS. Algunos autores han descrito buenos resulta-

dos con el uso de doxepina, pimoide, olanzapina¹² o gabapentina^{13,14}. Hay que prestar atención a los efectos anticolinérgicos de algunos de estos fármacos (tricíclicos, ISRS como la paroxetina), que son responsables de la sequedad oral y pueden agravar los síntomas de la orodinia. Una revisión sistemática¹⁵, que incluyó 7 estudios sobre el tratamiento de la orodinia con antidepresivos, tratamiento cognitivo del comportamiento, analgésicos, tratamiento sustitutivo hormonal y complejos vitamínicos, no consiguió demostrar evidencias de eficacia para ninguno de ellos. La intervención psicológica pareció ser útil en la mayoría de los pacientes para convivir con los síntomas.

En las dinias de la región genital es posible demostrar en algunos casos una causa neuropática, como la manifestación de una radiculopatía lumbosacra¹⁶, y debe plantearse la realización de estudios de imagen para descartarlo.

Trastornos psiquiátricos secundarios

Como cualquier enfermedad crónica, las dermatosis tienen una elevada capacidad para provocar una repercusión psicológica en el paciente, que viene reforzada por su naturaleza visible y difícil de disimular. La lista de procesos dermatológicos desfigurantes es muy amplia, e incluye la psoriasis, el acné nodulo-quístico grave, las malformaciones congénitas, la psoriasis, el vitiligo o la AA. En gran parte de ellas la esfera psicosomática puede estar implicada también en la fisiopatología de la enfermedad, con lo que se convierten en un problema psicodermatológico de doble dirección, en el que siempre hay que prestar atención a la posible psicopatología acompañante.

La enfermedad dermatológica crónica provoca una alteración en las escalas de calidad de vida, una pérdida de autoestima, la estigmatización social, la dificultad para encontrar un empleo, la desesperanza ante las pocas posibilidades de una curación (el vitiligo o la psoriasis son ejemplos típicos) y, en ocasiones, la depresión y las tendencias autolíticas. En general, la enfermedad dermatológica crónica y desfigurante, como la psoriasis o la AA universal, conduce al paciente a un proceso de lucha, negación y, finalmente, aceptación de la enfermedad. El consejo psicológico puede ser fundamental para atravesar correctamente estas fases.

CONCLUSIONES

El número y la variedad de los trastornos psicodermatológicos es considerable. Sin embargo, hay un gran desconocimiento en atención primaria sobre ciertas enfermedades, como la neurodermatitis, la dermatitis artefacta o la orodinia. Tampoco el dermatólogo suele ser un especialista entrenado en el uso de psicofármacos y en la práctica de una entrevista psiquiátrica. Muchos psiquiatras están escasamente motivados ante los trastornos psicodermatológicos, y la colaboración estrecha entre dermatólogo y psiquiatra, que es la situación ideal para su tratamiento, no es fácil de conseguir en muchos centros. La realidad es que el paciente que presenta es-

tas enfermedades acude primero al dermatólogo, porque el trastorno aparece en la piel y, aunque estamos entrenados para reconocerlas, tenemos poca experiencia sobre su tratamiento. En muchos casos el procedimiento que seguimos es una mera derivación al servicio de psiquiatría de referencia, y no siempre el paciente sigue nuestro consejo.

Sería deseable que los dermatólogos recibiéramos una formación mínima sobre el uso de los psicofármacos, cómo orientar la entrevista psiquiátrica o derivar al paciente a un psiquiatra con la convicción de que acudirá a la visita. La única manera de mejorar la calidad de vida del paciente con psicodermatosis es que los profesionales sanitarios implicados conozcan y traten estos trastornos prestándoles la atención debida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Koo J, Lebwohl A. Psychodermatology: the mind and skin connection. *Am Fam Physician*. 2001;64:1873-8.
2. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS. Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata. *Psychosomatics*. 2003;44:364-81.
3. Gupta MA, Gupta AK, Watteel GN. Stress and alopecia areata: a psychodermatologic study. *Acta Derm Venereol*. 1997;77:296-8.
4. Brajac I, Tkalcic M, Dragojevis DM, et al. Roles of stress, stress perception and trait-anxiety in the onset and course of alopecia areata. *J Dermatol*. 2003;30:871-8.
5. Gieler U, Kupfer J, Niemeier V, et al. Atopic eczema prevention programs: a new therapeutic concept for secondary prevention. *Dermatol Psychosom*. 2000;1:138-47.
6. Stewart AC, Thomas SE. Hypnotherapy as a treatment for atopic dermatitis in adults and children. *Br J Dermatol*. 1995;132:778-83.
7. Lange S, Zschocke I, Langhardt S, et al. Effects of combined dermatological and behavioural medicine therapy in hospitalized patients with psoriasis and atopic dermatitis. *Hautartz*. 1999;50:791-7.
8. Trabert R. 100 years of delusional parasitosis. Metaanalysis of 1,223 case reports. *Psychopathology*. 1995;28:238-46.
9. Shelley WB. Advanced dermatologic diagnosis. Philadelphia: WB Saunders; 1992.
10. Grimalt F, Coterill JA. Dermatología y psiquiatría. Historias clínicas comentadas. Madrid: Aula Médica; 2002.
11. Renzi C, Pescatori M. Psychologic aspects in proctalgia. *Dis Colon Rectum*. 2002;43:535-9.
12. Gick CL, Mirowski GW, Kennedy JS, Bymaster FP. Treatment of glossodynia with olanzapine. *J Am Acad Dermatol*. 2004;51:463-5.
13. Meiss F, Boerner D, Marsch WC, Fischer M. Gabapentin: a promising treatment in glossodynia. *Clin Exp Dermatol*. 2002;27:525-6.
14. White TL, Kent PF, Kurtz DB, Emko P. Effectiveness fo gabapentin for treatment of burning mouth syndrome. *Arch Otolaryngol Head Surg*. 2004;130:786-8.
15. Zakrewska JM, Forsell H, Glenny AM. Interventions for the treatment of burning mouth syndrome: a systematic review. *J Orofac Pain*. 2003;17:293-300.
16. Cohen AD, Vander T, Medvendovsky E, Biton A. Neuropathic scrotal pruritus. *J Am Acad Dermatol*. 2005;52:61-6.