SECTOR PSICODERMATOLOGIA

REVISTA ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA
Propiedad de la Asociación Argentina de Dermatología
ISSN 1851-300X | Número de Propiedad Intelectual 20459734

Excoriaciones psicogénicas identificación, interpretación y abordaje de una patología de atención compartida

PSYCHOGENIC EXCORIATIONS: IDENTIFICATION, INTERPRETATION AND APPROACH OF A DISEASE OF DUAL ASSISTANCE

Oct - Dic 2013 | Vol. 94 N°4

Sector Psicodermatología
Rev. argent. dermatol. 2013; 94 (4): 26 - 35.
Publicado en línea 2013, Diciembre / Published online December 2013.
Excoriaciones psicogénicas identificación, interpretación y abordaje de una patología de atención compartida

Autores | Contacto

AD Pérez-Elizondo *, GT del Pino-Rojas ** y M Gómez-Espinoza ***

*** Dermatooncólogo. Jefe de la Consulta Externa del Hospital para el Niño. Instituto Materno-Infantil del Estado de México. Presidente de la Academia Mexiquense de Dermatología. Universidad Autónoma del Estado de México.**
**** Dermatooncóloga. Práctica Privada. México DF.**
***** Médico Psiquiatra. Jefe del Departamento Académico. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.**

E-mail: apederma@yahoo.com.mx

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

RESUMEN

Las excoriaciones psicogénicas corresponden a una patología cutánea autoprovocada, que resulta de una conducta compulsiva y repetida de excavar la piel, previa inspección detallada tanto táctil como visual, con el consecuente daño tisular que puede resultar muchas veces desfigurante. Se observa más frecuentemente en mujeres jóvenes, adultas y personas de mediana edad con trastornos obsesivo-compulsivos, como así también en trastornos de ansiedad y depresión. De difícil tratamiento médico, es recomendable la participación conjunta del dermatólogo y del psiquiatra, para la obtención del mejor control terapéutico.

PALABRAS CLAVES

Excoriaciones psicogénicas; Dermatilomanía; Trastorno obsesivo-compulsivo.

SUMMARY

Psychogenic excoriation is an inflammatory dermatosis resulting from compulsive behavior, repeated and self-inflicted skin digging after detailed inspection both tactile and visual with consequent tissue damage often disfiguring. It is observed in young women, adults and middle-aged people with obsessive-compulsive disorders and with anxious and depressive disease. As it is difficult to be medically treated, co-participation between a dermatologist and a psychiatrist is recommended for obtaining the best therapeutic control.

KEY WORDS

Psychogenic excoriations; Dermatilomania; Obsessive-compulsive disorders.

INTRODUCCIÓN

Sin dudas, una buena parte de los pacientes que acude a la consulta dermatológica, presenta un componente psicopatológico que participa de manera directa en la génesis de su enfermedad. Las alteraciones mentales subyacentes más comunes, a las que se enfrenta el médico tratante en tales casos son: la depresión con manifestaciones somáticas, cuadros de ansiedad y los trastornos obsesivo-compulsivos en su variado espectro de manifestaciones clínicas. El médico interesado, perceptivo, tolerante y experimentado identificará con relativa facilidad, tanto la afección cutánea como el trastorno psicopatológico que experimenta el paciente. Por lo general, durante la entrevista inicial la observación minuciosa de su comportamiento y un interrogatorio cuidadosamente dirigido, aportarán los datos suficientes para integrar un problema conductual, muchas veces enmascarado u oculto asociado a la patología cutánea.

Gupta y Gupta señalan recientemente que entre un 25 y un 33% de los casos dermatológicos, es posible la influencia de una evidente disfunción psico-social y rara vez un problema psiquiátrico grave. Así se agrupan los casos con acné, alopecia areata, dermatitis atópica, psoriasis o vitíligo; dermatosis inflamatorias primarias de evolución crónica recidivante, con singular impacto psico-social concomitantes y aquellos que padecen alteraciones psiquiátricas primarias, con expresión somática secundaria. La complejidad de las interrelaciones factoriales participantes se muestra en la Tabla I [1,2,3].

TABLA I: INTERACCIÓN DE FACTORES PARTICIPANTES EN LAS PSICODERMATOSIS

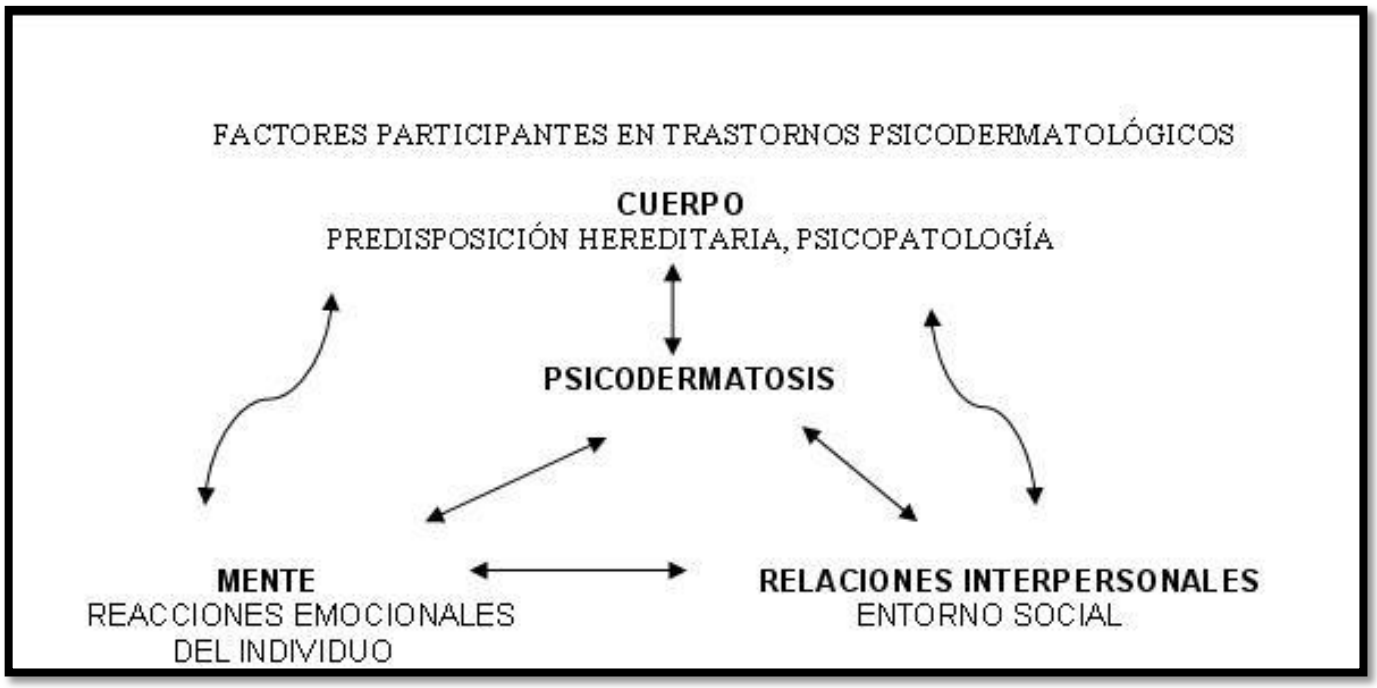
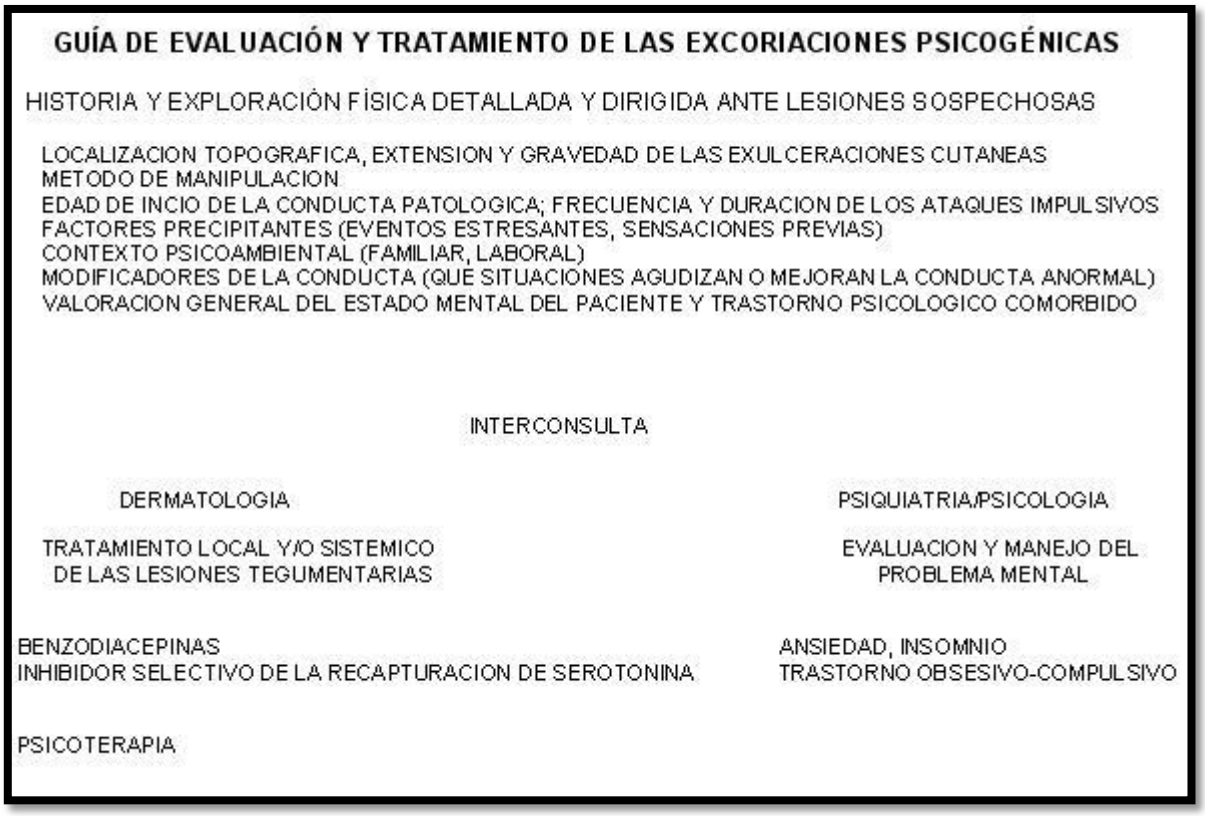


TABLA II: ALGORITMO DE ATENCIÓN DE LA DERMATILOMANÍA



CONCEPTO

La dermatilomanía, excoriaciones neuróticas o más correctamente denominadas psicogénicas, aún no se encuentran dentro de las clasificaciones de enfermedades del DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª Edición).
Las excoriaciones psicogénicas son el resultado de conductas conscientes, repetitivas, de arrancarse la piel. Se caracteriza por la necesidad de los pacientes, de manipular de manera impulsiva o compulsiva y ritualista, las imperfecciones o defectos mínimos de la superficie cutánea, provocando lesiones excoriadas cubiertas por elementos costrosos adherentes y cicatrices inestéticas, con áreas de pigmentación post-lesional. El daño tisular puede resultar desfigurante con detrimento de la imagen corporal y desempeño psico-social. Como entidad nosológica se considera una variante fenotípica, de un pobre control de los impulsos o una expresión del trastorno obsesivo-compulsivo, con rasgos de ansiedad y un componente depresivo[4,5].

En el presente trabajo se enfatizan las actualizaciones respecto de su reconocimiento clínico, interpretación y abordaje integral de la patología de piel con su componente psicopatológico, así como las alternativas terapéuticas para su control.

EPIDEMIOLOGÍA

A la fecha se desconoce la prevalencia de las excoriaciones psicogénicas en la población general; aunque subestimada, se calcula que el 2% de los pacientes dermatológicos la padecen. Puede alcanzar un 9% en los que sufren un prurito inexplicable. Hace más de 50 años, Michelson distinguió dos grupos de pacientes afectados: mujeres adolescentes con acné comedónico o pápulopustuloso y

aquellas de la cuarta o quinta décadas de la vida, mayoritariamente solteras. Aunque puede observarse en varones jóvenes ansiosos, existe un predominio femenino de 3-8:1. Un grupo de pacientes en estado depresivo experimenta excoriaciones psicogénicas, algunos varones adolescentes con acné y mujeres maduras. La falta de entusiasmo, aislamiento del entorno social, fatiga crónica, dolores crónicos, irritabilidad, labilidad emocional, anomalías en el patrón alimenticio o sueño, ocasionalmente también ideación suicida, son manifestaciones sugerentes de esta patología [6,7].

El patrón conductual patológico puede consistir en numerosos ataques de impulsividad de corta duración, o menos frecuentemente, escasos episodios de manipulación cutánea intencionada, que duran en promedio menos de tres horas al día. Bohne y col estiman que el 43% de una población estudiantil, experimenta un rascado incontrolable diario entre 1 y 10 minutos, mientras que alrededor del 7% lo efectúa de forma continúa entre 30 y 90 minutos al día[8].

ASPECTOS PSICODINÁMICOS

Desde una perspectiva psicodinámica, la persona con excoriaciones psicogénicas puede ser insegura, perfeccionista y rígida en su devenir social, casi siempre cargada con culpa y miedo ante el fracaso o situaciones ridiculizantes, carente de la confianza suficiente en sí misma. Regularmente tiene baja autoestima con gran dificultad para la adecuada canalización de su agresividad e ira; muchas veces, argumenta una infancia emocionalmente complicada con padres distantes, poco afectivos, exigentes y punitivos. La profunda incapacidad de exteriorizar sus sentimientos reprimidos, un rechazo contradictorio hacia una imagen autoritaria ambivalente, provoca las lesiones cutáneas características del padecimiento, una manifestación de su agresión desplazada y autocastigo [9,10,11]. La creciente sensación estresante e indefensión subjetiva, la evidente agitación ocasionalmente asociada con hiperventilación, sudoración profusa, tensión muscular, temblores, palpitaciones y/o polaquiuria son datos debutantes orientadores. Este cuadro de ansiedad generalizada conlleva inexorablemente al sujeto, predispuesto en plena conciencia a: apretar, excavar, frotar, friccionar, pellizcar, pinchar o rascar vigorosamente una piel de apariencia normal o con irregularidades insignificantes o triviales. De forma reiterada, organizada y planificada irresistible, causa una sensación de gratificación placentera inicial; conforme la conducta se perpetúa, un sentimiento de arrepentimiento, culpa o vergüenza dominan el cuadro con la consecuente evitación de compromisos circunstanciales y limitación de la vida afectiva e incluso sexual[12,13,14].

Los pensamientos y actos egodistónicos incontrolables e inaceptables, acontecen preferentemente en momentos de ocio o por las noches entre las 20 y 0 hs, después de una tranquilidad insospechada que se apodera de los pacientes en el transcurso de la mañana[15].

CUADRO CLÍNICO

Se caracteriza por pequeñas erosiones rojizas, circulares y ovaladas bien delimitadas o soluciones de continuidad de mayor dimensión y profundidad, de formas lineales, cartográficas o abigarradas, de bordes sobreelevados discrómicos cubiertas por elementos escamo-costrosos adherentes circundados por leve eritema y edema localizados. Quedan lesiones hipercrómicas y cicatrices deprimidas de tinte nacarado residuales; puede evidenciarse el marcado de las uñas y dedos o algún objeto punzocortante. En las Figuras 1, 2, 3 y 4 se ejemplifican las lesiones tegumentarias características.

Fig 1: excoriaciones psicogénicas.

Fig 2: exulceraciones costrosas bilaterales en nalgas.

Figs 3 y 4: excoriaciones psicogénicas por instrumento punzocortante.

Las zonas corporales comúnmente involucradas son: la cara, en especial el mentón, mejillas o frente, la cara lateral de brazos y piernas, así como la parte posterior del tronco, sitios de fácil accesibilidad para la manipulación, excavado y remoción de poros foliculares taponados e irritados, lesiones acneicas aisladas, picaduras de insecto o variadas imperfecciones superficiales.
Keuthen y col afirman que el 46% de los pacientes afectados, disimulan sus lesiones con cosméticos o maquillajes cubritivos [16].

Debemos tener en cuenta que los pacientes refieren tener prurito intenso, acompañando o precediendo a las excoriaciones. Este síntoma es importante porque conduce al rascado, produciéndose entonces un círculo vicioso de prurito y rascado que empeora la dermatosis. Además debemos buscar la causa del prurito, que puede ser causado por stress o por patologías orgánicas tales como: neoplasias y especialmente linfomas.

Otros hallazgos objetivables relacionados durante el examen físico son: onicofagia (65%), tricotilomanía (10%), queratinofagia (59%), repetida succión labial (50%), mordeduras de los carrillos (23%), espasmos palpebrales (15%) y/o movimiento corporal espontáneo automatizado (9%)[17].

Calikusu y col encontraron que el 45% de sus pacientes con excoriaciones psicogénicas, presentaba comorbilidad con un trastorno obsesivo-compulsivo; casi la mitad de los mismos relacionado con pensamientos intrusivos de limpieza y contaminación y el 23% con orden y simetría. Del mismo modo, Arnold documenta alteraciones del humor y estado anímico en 48-68% de sus casos, predominando la depresión mayor, trastorno bipolar, distimia, ansiedad y fobias específicas [18,19].

TRATAMIENTO

Los limitados reportes de casos y de estudios abiertos, aleatorizados y controlados dificultan el abordaje médico integral de estos pacientes. Los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son efectivos en el manejo de la depresión, crisis ansiosas, ataques de pánico y trastornos obsesivo-compulsivos y no presentan los efectos indeseables de los antidepresivos del tipo tricíclico. Kalivas y col reportaron que dosis iniciales de 25 a 50 mg, con gradual incremento según tolerancia hasta 200 mg al día de sertralina, resultó eficaz en casi 70% de

sus pacientes con dermatilomanía; una reducción mayor al 50% de la conducta compulsiva, se observó después de un mes de tratamiento[20].

La paroxetina, con menor acción antihistamínica parece eficaz en pacientes deprimidos con prurito incoercible idiopático de naturaleza somatiforme, que no responden al manejo con antipruriginosos orales convencionales, terapia tópica, ansiolíticos y psicoterapia. Biondi publica el caso de una mujer con prurito y excoriaciones psicogénicas, con mejoría clínica significativa después de un año de vigilancia periódica empleando el medicamento a razón de 20 mg/día, con aumento de la dosis a 40 mg/día durante 4 meses.
Para el tratamiento de la ansiedad, pueden ser de utilidad las benzodiazepinas, usadas durante un lapso breve para evitar la dependencia, que pueden provocar los ansiolíticos.
La psicoterapia de apoyo puede producir mejoría importante, de igual manera la terapia analítica y la cognitivo-conductual dependiendo de la habilidad del psicoterapeuta, para manejar el cambio de la personalidad anormal subyacente[21].

La participación del dermatólogo prescribiendo fomentos con agua de manzanilla, solución fisiológica, preparados coloidales o antisépticos suaves, así como productos astringentes o hidratantes favorece la reepitelización lesional, desprendimiento de formaciones escamocostrosas, reducción de la actividad inflamatoria, el riesgo de una infección potencial y la intensidad pruriginosa. Son de relativa utilidad los antihistamínicos orales de primera generación por su efecto sedante. De igual manera, los esteroides locales de baja a mediana potencia son benéficos en algunos casos. Hemos intentado la asociación de procedimientos cosméticos, como las quimioexfoliaciones superficiales a intervalos de 2-4 semanas con antidepresivos serotoninérgicos, observando resultados alentadores[22] (Figs 5 y 6).

Figs 5 y 6: antes y después de quimioexfoliaciones superficiales y sertralina durante tres meses.

CONCLUSIONES

Descrita por Wilson en 1875 como rascado cutáneo compulsivo, la dermatotilomanía o excoriaciones psicogénicas, es una entidad observada con relativa frecuencia en nuestra práctica clínica diaria, a pesar de ser identificada con facilidad por su morfología y distribución topográfica lesional de singular carácter autoinflingido, muchas veces ignoramos la psicofenomenología detrás de esta condición patológica. La duración media de los síntomas es de 5 a 8 años, aunque puede ser más prolongada; los niños afectados tienen mejor pronóstico siendo benéfico el apoyo de la familia, la comprensión de la naturaleza de la enfermedad y cumplimiento de sus necesidades emotivas. En adultos puede darse un buen pronóstico, en el caso de una evolución aguda sin complicaciones psiquiátricas de difícil control. El tratamiento coordinado entre dermatólogo y psiquiatra, sin duda brinda los mejores resultados para este padecimiento muchas veces de manejo complicado.

REFERENCIAS

1. Gupta MA, Gupta AK. The use of antidepressant drugs in dermatology. JEADV 2001; 15: 512-518.

2. Poot F, Sampognat F, Onnis L. Basic knowledge in psychodermatology. JEADV 2007; 21: 227-234.

3. Stein DJ, Hollander E. Dermatology and conditions related to obsessive-compulsive disorder. J Am Acad Dermatol 1992; 26: 237-242.

4. Koblenzer CS. Neurotic excoriations and dermatitis artefacta. Dermatol Clin 1996; 14: 447-455.

5. Cyr PR, Dreher GK. Neurotic excoriations. Am Fam Physician 2001; 64: 1981-1984.

6. Arnold KM, McElroy SL, Mutasim DF y col. Characteristics of 34 adults with psycochogenic excoriations. J Clin Psychiatry 1998; 59: 509-514.

7. Fruensgaard K. Neurotic excoriations. A controlled psychiatric examination. Acta Psychiatr Scand Suppl 1984; 312: 1-52.

8. Bohne A, Willhelm S, Keuthen N, Baer L, Jenike M. Skin Picking in German Student. Behav Modif 2002; 26: 320-339.

9. Murphy DL, Pato MT, Pigott TA. Obsessive-compulsive disorder. Treatment with serotonin selective uptake inhibitors, azapiroben and others agents. J Clin Psychopharm 1990; 19 (supI): 915-989.

10. Dell'Osso B, Altamura AC, Allen A, Marazziti D, Hollander E. Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders: a critical review. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2006; 256(8): 464-475.

11. Mutasin DF, Adams BB. The psychiatric profile of patients with psychogenic excoriation. J Am Acad Dermatol 2009; 61: 611-613.

12. Brodin MB. Neurotic excoriations. J Am Acad Dermatol 2010; 2: 341-342.

13. Shah KN, Fried RG. Factitial dermatoses in children. *Curr Opin Pediatr* 2006; 18(4): 403-409.

14. Nielsen H, Fruensgaard K, Hjorshoj A. Controlled neuropsychological investigations of patients with neurotic excoriations. Pychother Psychosom 1980; 34: 56-61.

15. Jafferany M. Psychodermatology: A Guide to Understanding Common Psychocutaneous Disorders. Prime Care Companion. J Clin Psychiatry 2007; 9(3): 203-207.

16. Keuthen NJ, Deckersbach T, Wilhelm S y col. Repetitive skin-picking in a student population and comparison with a sample of self-injurious skin-pickers. Psychosomatics 2000; 41(3): 210-215.

17. Pérez-Elizondo AD, Pineda-Pineda JA, Arellano-Flores J. Tricotilomanía: investigando una patología desapercibida. Rev Argent Dermatol 2012; 93(2), edición digital.

18. Calikusu C, Yücel B, Polat A, Baykal C. The relation of psychogenic excoriation with psychiatric disorders: a comparative study. Compr Psychiatry 2003; 443: 256-361.

19. Arnold L, Auchenbach M, McElroy S. Psychogenic excoriation, clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment CNS. Drugs 2001; 15: 351-359.

20. Kalivas J, Kalivas L. Sertraline in the treatment of neurotic excoriations and related disorders. Arch Dermatol 1996; 132: 589-590.

21. Biondi M, Arcangeli T, Petrucci RM. Paroxetine in a case of psychogenic pruritus and neurotic excoriations. *Psychother Psychosom* 2000; 69(3): 165-166.

22. Rodríguez-Pichardo A. Trastorno obsesivo-compulsivo en dermatología. Piel 2013; 28(3): 469-479.