ARTICULO ORIGINAL

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

Pacientes difíciles en Dermatología

DIFFICULT PATIENTS IN DERMATOLOGY

Oct - Dic 2015 | Vol. 96 N°4

Artículo Original
Rev. argent. dermatol. 2015; 96 (4): 01 – 30.
Publicado en línea 2015, Diciembre / Published online December 2015.
Pacientes difíciles en dermatología

Autores | Contacto

GA Oliveira *

*** Médica Dermatóloga. Médica Concurrente. Servicio de Dermatología. Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano. Av. Monroe 3550 (1430) Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.**

E-mail: goliveira@intramed.net

La autora no posee conflicto de interés económico.

Recibido: 30-09-2015
Aceptado para su Publicación: 12-11-2015

RESUMEN

La prevalencia de los trastornos psicosomáticos, dentro de los pacientes dermatológicos es muy alta, pero con frecuencia no se logra una terapéutica adecuada, debido a las severas dificultades en el abordaje, diagnóstico y tratamiento que los mismos representan. Patologías psiquiátricas y psicológicas, pueden desempeñar diferentes funciones en el mecanismo patogénico de varias enfermedades, que se manifiestan en la piel. La base del diagnóstico y del tratamiento, reside en poder diferenciar entre los trastornos de la piel asociados con enfermedades psiquiátricas y las de carácter puramente psiquiátrico pero que se expresan en la piel. Los dermatólogos y psiquiatras deben ser conscientes de estas patologías y trabajar juntos en equipo, para resolver estos difíciles casos.

PALABRAS CLAVES

Psicodermatología; Trastornos psiquiátricos con manifestación en piel; Pacientes difíciles.

SUMMARY

The prevalence of psychosomatic disorders in dermatology patients is very high, but often adequate treatment is not achieved due to the severe difficulties in addressing diagnosis and treatment thereof. Psychiatric and psychological factors may play different roles in the pathogenic mechanism of some skin diseases. The basis of diagnosis and treatment is the differentiation between skins disorders associated with mental illness and psychiatric purely character. Dermatologists and psychiatrists should be aware of this condition and work together as a team to solve these difficult cases.

KEY WORDS

Psychosomatic disorders; Difficult cases; Skin diseases.

INTRODUCCIÓN [2,3]

Al producirse la expansión de la medicina tradicional, hacia otras ciencias sociales y disminuir los espacios de inserción comunitaria, se observa un aumento de la cobertura en asistencia médica, por lo que los hospitales, consultorios, salas de atención primaria y guardias, se ven colmadas por personas que reclaman la porción de salud que les corresponde. En muchos casos el reclamo es adecuado, ya que se trata de la búsqueda de una solución médica, relacionado con aspectos puramente biológicos referidos a una patología determinada, situación que puede englobarse dentro de las destrezas, que están incluidas en la formación tradicional de los profesionales de la salud [3].
Pero como las personas son en sí mismas, individuos complejos, sus problemas muchas veces también lo son y por lo tanto, varios pacientes tienen problemas en los que no logramos hallar un origen o justificación estrictamente somática de los mismos (o que quizá también superan las destrezas de los profesionales de la salud, en un área específica y determinada).
Dentro de este contexto, en los últimos años se ha descrito un tipo particular de paciente, que tiene como característica peculiar la de despertar *malestar*, *enojo* e incluso *"odio"* en el médico. Se los denomina de diversas maneras: *"agujeros negros*", *"difíciles", heartsink* (según el Collins English Dictionary*), "problemático", "antipático", "frustrantes" o inclusive "odiosos"* [3].
El término odioso podría ser el más representativo, en relación con los sentimientos que origina y produce en el médico promedio, ya que denominaciones como frustrante, problemático o difícil, pueden dar lugar a confusión con otro tipo de pacientes, quienes padecen problemas orgánicos de complejo y difícil diagnóstico, resolución y manejo, pero que no son necesariamente complicados en cuanto a la relación médico paciente.
Los pacientes odiosos son personas difíciles, que se presentan exigiendo respuestas inmediatas y se quejan del funcionamiento de los sistemas de salud, plantean a los profesionales qué se debe hacer o pedir y muchas veces sobre-utilizan las prestaciones del Servicio [3], pero que también presentan un tipo de patología que excede nuestra formación tradicional biologicista/somática.

CONCEPTO GENERAL [3,4]

Los dermatólogos habitualmente asumimos que los pacientes buscan nuestra ayuda, a causa de una noxa definida o por definir y en la mayoría de los casos plausible de iniciar una terapéutica. La expectativa consiste en que, los pacientes presentaran los signos y síntomas relacionados con un proceso patológico principal, ya sea alérgico, inflamatorio, infeccioso o neoplásico, cuestiones que serán develadas por nuestra destreza profesional.
En la práctica actual muchas veces se pierde la antigua figura e imagen paternal del médico, por lo que muchas veces puede existir una gran discrepancia entre médico y paciente respecto del abordaje del problema, debido a que no se ha establecido una relación adecuada, que permita una alianza terapéutica.
Un caso particular es aquel en que, el propio paciente asegura padecer una severa patología de origen dermatológico, por la que nos consulta, pero carece de una correlación adecuada con los hallazgos detectados al examen físico o incluso, por el proceso propio de la evolución de la enfermedad.

ALGUNOS ASPECTOS PSÍQUICOS [3,4]

Existen ciertos tipos de pacientes en todas las ramas de la medicina, que por sus rasgos de personalidad o patología psiquiátrica, pueden ser particularmente desafiantes al momento de lograr un adecuado abordaje terapéutico. Como ejemplo de esto último, los pacientes "borderline" pueden tener todos o algunos de los criterios de desorden de personalidad, pero también utilizan mecanismos de defensa mal adaptados como ser la escisión de su personalidad o expresan sus sentimientos de un modo intolerable para los demás, en lugar de hablar sobre ellos o procesarlos de manera funcional. Las luchas de estos pacientes tienen características personales y habitualmente, fluctúan entre desear estar cerca de su médico cuidador y a rechazar agresivamente el desarrollo de esta relación. La relación médico paciente, varía desde un extremo de idealizar al profesional como el más capacitado y único, que lo puede comprender hasta su desmedro total y absoluto, dejando en el mismo la sensación de inutilidad, desorientación, enojo y confusión. El paciente que ha experimentado abuso o maltrato temprano en su vida y con recuerdos dolorosos ligados a sus imágenes parentales, le puede resultar dificultoso confiar en la figura del médico.
El examen físico dermatológico, habitualmente de cuerpo completo, puede ser percibido ya sea como abusivo o como una demostración de amor y cuidado. El paciente habitualmente rechaza los consejos, pero simultáneamente, demanda que el profesional cumpla con este requerimiento de bienestar emocional. El médico también debe controlar sus reacciones personales, como sentimientos de omnipotencia que podrían llevar a realizar excepciones en su práctica usual o una impotencia que hace que deje de luchar o incluso una ira tan intensa, que se puede descargar incluso sobre el propio paciente.
El paciente narcisista devalúa a otros y demanda cuidados especiales, en un intento desesperado de evitar sentirse inferior, se comporta de modo atildado y se niega a respetar las reglas de la clínica, lo que puede enojar incluso al médico con mejor temperamento. El paciente narcisista puede ya haber consultado con numerosos médicos en el pasado, siempre habiéndolos encontrado faltos de habilidades e incompetentes. El médico puede encontrar útil emplear este derecho del paciente para captarlo y realizar una alianza terapéutica, comunicándole que se merece el "mejor" cuidado posible y solicitándole su "participación" como socio en el tratamiento.
La propia autoestima del médico se encuentra habitualmente en juego por este tipo de pacientes y es de vital importancia, estar alerta sobre las actitudes del mismo, para no permitirle la manipulación en la relación médico-paciente [3].
A veces puede tratarse de un paciente maníaco o bipolar, que periódicamente se transforma en maníaco o hipomaníaco.

UN NUEVO PARADIGMA

Cada vez son mayores los conocimientos, acerca de varias patologías que se ubican en la interfaz de la dermatología y la psiquiatría [4]. La piel y el sistema nervioso comparten mucho más que un origen ectodérmico. La piel es uno de los principales caminos de percepción del mundo exterior y es a su vez, la vía a través de la que el medio externo nos percibe. La alteración de dicha percepción del medio externo puede producir angustia en los pacientes, como ocurre en los delirios parasitarios. Pero también cuando es la propia piel que se ve afectada por un trastorno dermatológico, se suelen producir secuelas psicológicas de gran impacto en la autoestima del paciente, como así también en su calidad de vida.
Los pacientes frecuentemente comunican sus emociones a través de sus cuerpos y de sus síntomas físicos [4], pero también es la propia piel el principal medio de expresión que, en la relación médico-

paciente, adquiere la mayor visibilidad posible. Es muy importante para el dermatólogo ser capaz de identificar estos aspectos psicológicos peculiares, que manifiesta la piel en este interjuego común entre condiciones psiquiátricas y dermatológicas.
En la práctica dermatológica, los pacientes que se presentan con trastornos psiquiátricos emocionales o en un interjuego entre patología dermatológica y psiquiátrica, pueden influenciar enormemente en la presentación y en el relato de sus síntomas y esto determinará cómo el paciente maneja su enfermedad y afecta su relación médico-paciente [5]. La piel con sus conexiones con el sistema inmune y sistema nervioso central y la superficie del cuerpo, puede ser vista como una relación entre el medio externo con el cuerpo/mente/cerebro y es un elemento vital de las comunicaciones interpersonales y de conexión.

LAS FUNCIONES DE LA PIEL (Según el Prof. J Ulnik) [6]

La piel es receptora de estímulos internos y externos, pero también es pantalla de proyección de dichos estímulos y barrera de protección anti-estímulos (función paradojal respecto de las anteriores). Se la considera límite o cubierta exterior del organismo que separa un adentro y un afuera, funciona como cubierta o envoltura pero también es el sostén y nos relaciona con el sostén del esqueleto.

Sistema neuroendócrino cutáneo: el origen embriológico común de la piel y el sistema nervioso central, hacen que ambos tengan en común neuromoduladores, péptidos y sistemas bioquímicos de información interna [7]. Por este motivo, la piel es un órgano que reacciona con intensidad a emociones como miedo, vergüenza, ansiedad, ira.
El concepto neuroendócrino de la piel, ha sido formulado más de diez años atrás y avances recientes en este campo han fortalecido este rol. La piel forma una plataforma bidireccional para el intercambio de señales con otros órganos periféricos, endócrinos e inmunológicos o el cerebro para permitir una respuesta rápida y selectiva al ambiente, para mantener la homeostasis local y sistémica. La piel se relaciona con gran variedad de respuestas a neurolépticos esteroides, pero también participa en la síntesis activa de factores y en la expresión de receptores. Las respuestas normales al estrés a través de la piel, son estrechamente reguladas por factores sintetizados localmente y mediante la expresión de sus receptores. La desregulación de las señales neuroendócrinas de la piel puede llevar a una variedad de enfermedades de la misma.
La psiconeuroinmunología [8,9] es una disciplina que ha evolucionado en los últimos cuarenta años, para estudiar la relación entre la inmunidad, el sistema endócrino y el sistema nervioso central y periférico. De esta manera, se han encontrado neurotransmisores, hormonas y neuropéptidos para regular las células inmunitarias y éstos a su vez, son capaces de comunicarse con el tejido nervioso a través de la secreción de una amplia variedad de citoquinas. [8] Un buen ejemplo de cómo este concepto opera en vivo, se hace evidente cuando se analizan los efectos del stress. El estrés crónico afecta significativamente a la función del sistema inmunológico, como así también, modifica la evolución de una variedad de enfermedades de la piel; de este modo, las intervenciones psicosociales han demostrado ser muy eficaces en su tratamiento.
Un nivel elevado de stress, puede inhibir la respuesta del sistema inmunitario bloqueando la actividad de células NK, la producción de interferón y de interleucina 2. El estrés altera las concentraciones de neurotransmisores y la sensibilidad de sus receptores. Estos cambios en los neurotransmisores pueden mediar respuestas cutáneas diversas como: vasoconstricción, vasodilatación o secreción de mastocitos o fagocitos, expresión de factores de adhesión de leucocitos a la pared de los pequeños vasos sanguíneos. En las estructuras nerviosas de las capas superficiales de la piel intervienen péptidos similares al sistema nervioso central.

Es sabido que varios mediadores neuroendócrinos como: adrenocorticotrofinas, beta endorfinas, catecolaminas y cortisol se producen en respuesta al estrés. Este aumento de glucocorticoides endógenos pueden lesionar la función de barrera de la piel, dejándola vulnerable a desórdenes inflamatorios.

HISTORIA [11,12]

La historia del interjuego entre Dermatología y Psiquiatría es bastante antigua e interesante. Desde el principio de los tiempos, la humanidad se ha preocupado por la existencia de una fuerza que es externa al cuerpo. Hipócrates (460-377 AC) menciona la relación entre el estrés y sus efectos sobre la piel en sus escritos, citando los casos de personas que rasgaron las vestiduras en respuesta al estrés emocional. Aristóteles (384-322 AC) creía que la mente y el cuerpo no eran dos.
Como resultado de los estudios realizados por Wolfang Köhler, Kurt Koffka y Max Wertheimer, el concepto del cuerpo humano ha cambiado de nuevo en años más recientes. La llamada «teoría de la Gestalt» fue desarrollada a partir de estudios sobre la percepción visual de las figuras y fondos y se aplicó posteriormente a los procesos de pensamiento, en general y el nuevo concepto consiste que «el todo es más que la suma de sus partes».
En 1857, el dermatólogo y cirujano Inglés William James Erasmus Wilson escribió el libro «Enfermedades de la Piel», en el que describe por primera vez la llamada «neurosis de la piel», abordando temas tales como delirios de parasitosis, la alopecia areata, prurito y lesiones hipopigmentadas. Wilson también explica que la cantidad de pérdida de sudor, depende de un número de factores que afectan el cuerpo físicamente o a través de las acciones del sistema nervioso. Por lo tanto, la ansiedad, la depresión o el miedo podrían ser responsables de la hiperhidrosis.
Aunque mencionado por Hipócrates en la antigüedad, el término tricotilomanía no apareció hasta 1889, cuando el dermatólogo francés François Henri Hallopeau (1842-1919) describió el caso de un paciente que “tiró de su pelo”. Otras descripciones históricas de la tricotilomanía se pueden encontrar en la Biblia y en las obras de Shakespeare.
En 1894, el dermatólogo persa Thibierge Georges (1856-1926) comunicó un caso con una descripción detallada de la enfermedad, que calificó de «acarofobia». Aunque otros nombres como entomophobia (miedo a los insectos o artrópodos) y parasitophobia (miedo a los parásitos) también se han utilizado. En 1938, el neurólogo sueco Karl Axel Ekbom fue el primero en distinguir esta condición patológica del simple miedo a los insectos. Mientras Ekbom denomina al trastorno «*engaño dermatológico*,» el epónimo «síndrome de Ekbom» todavía se utiliza hoy en día. En 1946, en una publicación en la revista Archives of Dermatology, Wilson y Miller acuñó el término aceptado actualmente: «parasitosis delirante».
El trastorno dismórfico corporal es otra psicodermatosis, con orígenes que se pueden remontar al pasado lejano. Se documentó por primera vez en 1886 por el italiano psicopatólogo Enrique Morselli, bajo el nombre de «dismorfofobia». Más tarde, Sigmund Freud también describió un caso que involucra a un paciente con dismorfofobia corporal. En el libro titulado: «El hombre lobo y otros casos» (1909), Freud nos cuenta la historia de un aristócrata ruso constantemente molestado por la apariencia de la nariz y de cómo este defecto físico percibido negativamente, afectaba su vida social. A pesar de haber sido descrito hace más de 100 años, no fue hasta 1987 que el trastorno dismórfico corporal se incorporó al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM).
Mediante el análisis de la historia de Psicodermatología, se han encontrado datos muy interesantes y curiosos. Filósofos, cirujanos, dermatólogos y psiquiatras, han informado desde hace mucho tiempo, la presencia de enfermedades psicocutáneas en varios escenarios. Aunque bien establecida como

una subespecialidad de la Dermatología, la Psicodermatología sólo recientemente ha ganado popularidad y se ha estudiado cada vez más por los dermatólogos de todo el mundo, en las últimas dos décadas. La comprensión de la existencia de un ciclo, por lo que los trastornos psicológicos causan enfermedades de la piel y enfermedades de la piel causan trastornos psicológicos, es la base para una buena práctica dermatológica.

UNA APROXIMACIÓN A LA PSICODERMATOLOGÍA [13]

Se puede afirmar que la piel es un espejo de la psiquis, pero la psiquis se enferma, también lo hará la piel. El mayor conocimiento de esta interrelación, abre al dermatólogo nuevas posibilidades de lograr un diagnóstico más certero y al mismo tiempo, mejorar las posibilidades de realizar un tratamiento específico. [7]

Un trastorno psicodermatológico es una condición patológica, que involucra una interacción muy cercana entre la mente y la piel. El sistema nervioso central, puede influir sobre el estado de salud real o subjetivo de otros sistemas del organismo, incluso la piel. Los mecanismos psicofisiológicos que median esa interacción, abarcan desde la respuesta al estrés mediada por conexiones noradrenérgicas y los cambios asociados en la función inmunitaria, hasta la acción tanto sistémica como local de distintos neuropéptidos y hormonas. La conexión entre estas dos entidades, estaría muchas veces determinada por una compleja relación entre el sistema neuroendócrino e inmunológico, en lo que se conoce como sistema neuro-endócrino-inmuno-cutáneo. [8]

Dado que la piel es la parte más accesible de nuestro organismo, no es raro que muchas personas expresen a través de ella los impulsos de naturaleza agresiva, ansiosa o autodestructiva, provocándose cuadros dermatológicos complejos. Por otro lado, las personas con enfermedades dermatológicas que comprometen la autoimagen (acné severo, psoriasis) también pueden sentirse deprimidos, avergonzados y ansiosos, principalmente como consecuencia de su enfermedad.

Un metanálisis reciente [4] reconoce la importancia de los factores psicológicos en el inicio, mantenimiento y exacerbación de una gran variedad de condiciones de la piel, por lo que se recomienda el uso de intervenciones psicológicas en la práctica rutinaria, lo que demuestra una importante mejora objetiva de la calidad de vida, como consecuencia de la preocupación por la salud de la piel.

La Psicodermatología [14] es un área en desarrollo que se centra en la interacción íntima entre la mente, la piel y el cuerpo y propone un modelo de trabajo integral, que ofrece al paciente una unidad psicodermatológica, con el fin de proporcionar el sostén y el encuadre necesario, de modo tal que el propio paciente pueda integrar sus padecimientos cutáneos con los psíquicos. De esta forma se logra la integración psicosomática, es decir, la residencia de la psique en el soma: el verdadero ser, una continuidad existencial. La metodología de trabajo incluye: intervenciones, señalamientos, preguntas, asociaciones y sugerencias.

Se interpreta al psiquismo como algo en permanente y constante modificación, a partir de la interacción y adaptación al entorno.

Se enfatiza la importancia de este entorno como ambiente propicio, para crear vínculos nuevos o restituir otros que se han interrumpido, produciéndose así una malla de sostén para el paciente. Es por ello, que esta modalidad de trabajo se suma a la consulta dermatológica clínica realizada previamente.

El modo de abordaje terapéutico comienza con la consulta médica dermatológica tradicional, en la que se realiza el estudio básico del paciente confeccionando una historia clínica adecuada, solicitando todos los estudios complementarios de acuerdo a la patología de base que hubiere, de modo de establecer una relación médico-paciente lo suficientemente poderosa, que permita sugerir

la consulta psicológica, siempre con la presencia del dermatólogo tratante, durante los primeros seis meses aproximadamente.

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS CUTÁNEOS [3,9]

Teniendo en cuenta la descripción original de Koblenzer, este tipo de trastornos de la piel se pueden organizar de acuerdo con su etiología primaria en:
1) **trastornos psiquiátricos primarios:** se acompañan de una variedad de síntomas y conductas, que pueden desencadenar enfermedades dermatológicas, subjetivas o reales.
2) **trastornos dermatológicos primarios:** vitíligo, acné o rosácea, que comienzan o se amplifican ante determinada situación del contexto como: eventos vitales o relaciones inter-personales y que por el impacto que tienen sobre la apariencia física y el bienestar general del paciente, pueden llevar a importantes sentimientos de desmoralización, ansiedad, depresión y angustia.
En los trastornos primarios psiquiátricos con expresión en la piel, pueden detectarse factores emocionales y/o psiquiátricos como punto principal para el comienzo de la afección, pero la alteración psíquica siempre es previa al comienzo y es la causa de la enfermedad dermatológica.

IMPORTANCIA DEL ROL DEL DERMATÓLOGO [14,15]

En este escenario, es básico considerar que el dermatólogo se debe preparar para este tipo de pacientes con diagnósticos más complejos, para la atención psicológica adecuada y el tratamiento específico. Una buena relación dermatólogo-paciente es una de las claves fundamentales del éxito. Entre el 30% y el 40% de los pacientes que consultan por afecciones de piel, presentan a su vez algún tipo de problema psiquiátrico o psicológico, que puede ser la causa de los síntomas o bien actuar como factor agravante de los mismos. La gran mayoría de estos pacientes, no tienen ningún tipo de percepción del posible origen psicógeno de sus síntomas y en general, no solo se rehúsan firmemente a realizar cualquier clase de consulta con el colega psiquiatra, sino que por el contrario, afirman de manera casi irreductible el origen cutáneo de su patología y demandan firmemente, ser evaluados por médicos dermatólogos. Es por ello, que en ausencia de un centro psiquiátrico de derivación a corto plazo en el ámbito de la consulta dermatológica, es el propio dermatólogo quien se debe familiarizar con estos diagnósticos psiquiátricos frecuentes y sus manifestaciones clínicas, de modo de lograr un abordaje adecuado para luego realizar una eficaz derivación al psiquiatra.
A la hora de evaluar estas enfermedades es importante explorar los síntomas psiquiátricos, en particular los síntomas psicóticos y el cumplimiento del tratamiento farmacológico. Puede ser de mucha ayuda, la información que se obtenga al interrogar a los individuos de su entorno y al grupo familiar. También se debe establecer qué consecuencias tienen los síntomas que presenta el paciente, sobre su vida familiar o social.

TRASTORNOS PRIMARIOS PSIQUIÁTRICOS [14,16,17]

Delirio parasitario: se lo conoce como disestesias pseudoparasitarias. Es un trastorno en el que los pacientes tienen la firme e irreductible creencia de estar infectados por parásitos cutáneos, a pesar que las pruebas objetivas no confirman este pensamiento, lo que ocasiona múltiples y repetidas asistencias a consultorios dermatológicos y guardias generales. A pesar de ser un trastorno psiquiátrico, estos pacientes suelen presentarse a un dermatólogo, porque están convencidos que tienen un problema puramente de origen dermatológico. Los pacientes con delirios de parasitosis, generalmente rechazan firmemente la propuesta de derivación psiquiátrica, al menos en las primeras consultas.

No se disponen de datos fiables referentes a su incidencia.
También conocida esta entidad como psicosis monosintomática hipocondríaca, es una forma de desorden delirante, tipo somático, caracterizado por una convicción fija y falsa de estar infectado por parásitos. El deterioro está usualmente acotado a su creencia específica, en ausencia de otros delirios adicionales u otro trastorno psicótico, por este motivo el paciente cursa un modo de vida aceptable sin otros datos de patología mental o física, dato incluso corroborado por sus familiares o amigos. Este tipo de pacientes se presentan a la consulta ansiosos por recibir ayuda, habitualmente ya han consultado a gran número de otros colegas y tienen la certeza que su problema no fue nunca correctamente valorado. La mayoría de los casos ya tienen una detallada descripción del comportamiento, biología de los insectos y "evidencia" de los mismos, incluyendo piezas de piel seca, hilo y tierra en pequeños recipientes (signo de la caja de fósforo). Aparte de la atención en su falsa creencia, estos pacientes están seriamente afectados. Pudieron haber abandonado su hogar a causa de su infestación, no pueden ser capaces de trabajar o mantener relaciones sociales, debido a su preocupación por sus parásitos o al sentimiento que otros no puedan apreciar su problema. Estos pacientes pueden permanecer durante horas aseando sus ropas y calzados, lo que les provoca un cuadro de agotamiento.

Los delirios de parasitosis fueron descritos por primera vez en 1946, para referirse a pacientes con una idea falsa y fija de infestación [17], a diferencia del término Morguellons en 2003, para referirse a aquellos pacientes que creen tener fibras o motas en su piel. La gran comunidad dermatológica aún no ha adoptado este último término, con la creencia que es una nueva denominación dentro del cuadro de delirio parasitario. [14,16,17]

Claves diagnósticas del delirio dermatozoico (*Praeseniler Dermatozooenhawn*) Karl Ekbom (1938)

1) Aparición en mujeres de edad presenil de comezones o sensaciones en la piel, explicadas por estar infectadas por parásitos.

2) Múltiples y originales tentativas por destruirlos.

3) Creencia delirante estable e irreductible establecida como un sistema delirante pobre y relativamente coherente.

4) Conservación de una aceptable integridad intelectual.

5) Molestias distribuidas por todo el cuerpo, pero en especial con predilección por la piel de cabeza, cara, oídos y cuello, parte superior de la espalda, manos y genitales.

6) Pacientes enérgicas que van de "médico en médico" recopilando información y estudiando su dolencia.

7) Los pacientes descuidan sus tareas cotidianas y pasan la mayor parte del tiempo rascándose, peinándose con peines finos y supervisando los hallazgos con lupas.

8) En el relato faltan los rasgos bizarros y fantásticos.

9) No es una fobia.

10) Personalidad sintónica, en contraposición a un carácter esquizoide, típico de otros cuadros psicóticos

En el abordaje dermatológico hacia el paciente, es importante tener en claro que el paciente se encuentra muy estresado, ha buscado ayuda anteriormente y quizás se sienta bastante ignorado o no tomado en serio y rotulado como un paciente "psico", en vez de paciente "real" con un desorden médico tratable. Es importante para el dermatólogo valorar las quejas y su angustia, ya sea acordando con sus creencias específicas y no utilizando la confrontación directa.
Estos enfermos [17] configuran un grupo con diagnósticos heterogéneos desde desórdenes somatomorfos, bipolaridad o trastornos de personalidad, lo que dificulta en gran manera el adecuado abordaje terapéutico, con presentaciones variables y con diversas opciones de tratamiento.
Es importante para el dermatólogo descartar otros problemas médicos, que puedan explicar esta peculiar experiencia del paciente, como por ejemplo, escabiosis y desórdenes neurológicos como intoxicaciones o síndromes de abstinencia, que incluyan medicamentos prescriptos, alcohol y sustancias ilícitas. El delirio parasitario debe ser diferenciado de otros desórdenes psiquiátricos incluyendo, pero no limitándose, a alteraciones obsesivo compulsivas, depresión mayor con rasgos psicóticos y esquizofrenia. Es frecuente la asociación a trastornos físicos como diabetes, insuficiencia renal, hepatitis, déficit de vitamina B12, esclerosis múltiple o lepra.
Tienen una gran tendencia a aislarse, el dermatólogo puede ser una de las pocas personas en las que el paciente puede confiar y puede adquirir un rol esencial en su vida, ya sea en el cuidado de la salud, soporte social y terapéutico
Estos pacientes usualmente carecen de noción acerca de la naturaleza delirante de su patología, puede ser desafiante y casi imposible convencerlos de consultar con un psiquiatra. A veces, hacerle saber al paciente que la consulta psiquiátrica es sólo una parte del conjunto de su tratamiento y que la relación médico dermatólogo siempre será prioritaria, puede ayudar a que el mismo acepte la interconsulta.
Estos enfermos pueden tener otras quejas dermatológicas de naturaleza delirante. Los pacientes con depresión mayor pueden desarrollar creencias delirantes, ej: que sus cuerpos están en estado de putrefacción y emiten olor pestilente. Los pacientes con esquizofrenia o desorden bipolar en el estado maníaco, pueden también desarrollar delirios relacionados con la piel. Estos pacientes tienen una seria enfermedad mental y precisan ser incluidos en tratamiento psiquiátrico a la brevedad.
El tratamiento de estos enfermos puede ser todo un reto y un desafío, que requiere paciencia y compasión, la consulta con el colega psiquiatra puede ser una guía útil para el dermatólogo. La mayor parte del tiempo más allá del óptimo tratamiento, el paciente nunca cesará en su creencia de infestación, sin embargo, el objetivo terapéutico está dado en ayudar a disminuir su preocupación, mejorar su funcionalidad social y ocupacional. [12]
El medicamento de elección es la pimozida, droga antipsicótica. La principal dificultad consiste en persuadir a los pacientes de tomar el medicamento. Esto es consecuencia de la discrepancia evidente entre el sistema de creencias de los pacientes y la comprensión de la situación por parte del médico. Los efectos adversos más comunes de pimozida son síntomas extrapiramidales como rigidez y con menor frecuencia, un sentido interno especial de inquietud llamado acatisia. El tratamiento eficaz de este tipo de reacciones extrapiramidales incluye benztropina 1 a 2 mg hasta cuatro veces al día según sea necesario, o difenhidramina 25 mg tres veces al día. La pimozida puede tener efectos cardiotóxicos en dosis altas. Tradicionalmente, se ha recomendado la realización de electrocardiograma, ya sea pre tratamiento o post tratamiento, para descartar patología cardiovascular, incluso en pacientes sin antecedentes o trastornos de la conducción cardíaca o

arritmias. Las dosis efectivas de pimozida para delirio de parasitosis se han extendido de 1 a 10 mg/día. La dosis eficaz más baja de pimozida debe utilizarse durante el menor tiempo posible, para reducir al mínimo el riesgo de discinesia tardía, en desarrollo en estos pacientes. Las mejoras significativas en la calidad de vida, se han logrado con éxito en el tratamiento con pimozida. Los antipsicóticos atípicos como la risperidona con un perfil de efectos adversos mucho más seguro, pueden demostrar ser eficaces para el tratamiento de delirios de parasitosis en el futuro.
También es de gran utilidad el uso de aripiprazol, en dosis de 5 a 10 mg por día, con escasos efectos adversos, por ejemplo el síndrome metabólico.
Alentar al paciente para que consulte con el psiquiatra es otra parte importante de la evaluación médica completa. Si hubiera dudas si el paciente es peligroso para sí o para terceros por su condición psiquiátrica, debe ser derivado a una sala de emergencia, incluso sin el consentimiento del propio paciente, para evaluación urgente con psiquiatra.

TRASTORNOS SOMATOFORMES [13,14]

En principio conviene distinguirlos de los considerados tradicionalmente como psicosomáticos. En ambos el desencadenante es psicológico y existen síntomas físicos; sin embargo, mientras en los trastornos psicosomáticos existe un daño en el sistema fisiológico correspondiente (ej: úlcera de estómago), en los trastornos somatoformes no se desprende una patología orgánica demostrable. Hablamos de trastornos somatoformes, por tanto, cuando existen los síntomas físicos pero sin que existan hallazgos orgánicos o mecanismos fisiológicos demostrables y además, se observan pruebas o firmes presunciones de la existencia de factores o conflictos psicológicos ligados a ellos.
Los pacientes con desórdenes somatoformes, frecuentemente se pueden presentar con múltiples quejas dermatológicas, que no tienen un correlato adecuado en el examen físico ni por efecto directo de una sustancia u otro trastorno psiquiátrico y el grado de discapacidad, excede lo esperable por los hallazgos médicos. [15]
Estos pacientes tienen síntomas asociados con múltiples sistemas, incluyendo neurológico, reproductivo y gastrointestinal. Pueden también referir prurito o sinestesias.
La hipocondría es un trastorno somatoforme. Consiste en la preocupación, miedo o creencia de tener una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de signos o sensaciones físicas normales, pero que el paciente considera pruebas certeras de patología. Los exámenes médicos adecuados no dan ninguna prueba en apoyo de la creencia, que persiste independientemente de las explicaciones médicas. No obstante su naturaleza no es delirante, ya que el sujeto es consciente de la posibilidad que quizá exagere en la magnitud de sus problemas. Estos pacientes se muestran muy afligidos y no son evaluados apropiadamente para descartar la patología. A diferencia del desorden de somatización puro, en el que el paciente tiene la sensación de estar enfermo, el paciente hipocondríaco, teme estar enfermo [16,17]
El paciente hipocondríaco se puede presentar al dermatólogo con la preocupación que un lunar, ya evaluado por otros colegas como benigno, pero sin embargo es percibido como de origen canceroso o una pequeña mácula en la zona genital, la que es evidencia de una infección de transmisión sexual grave e intratable. Posteriores evaluaciones de enfermos con desórdenes de somatización o hipocondríacos, habitualmente revelan la presencia de múltiples quejas actuales o pasadas y de búsqueda de ayuda en varios profesionales a lo largo de los años, siempre con resultado infructuoso y decepcionante para el individuo.
Los pacientes también pueden concurrir al dermatólogo con un trastorno de conversión, otro tipo de desorden somatoforme. Involucra la aparición de signos y síntomas que no pueden ser totalmente explicados luego de una correcta evaluación médica y el sujeto no presenta intencionalidad en sus actos, siendo un proceso psicológico subyacente lo que precipita o exacerba los síntomas. Es la

presencia de síntomas no deliberados o déficit de ellos, lo que afecta al funcionamiento motor voluntario o sensorial que lleva a pensar que existe una condición médica. La disfunción somática sugerente de trastorno físico, parece ser la expresión de un conflicto o necesidad psicológica. [18]
Ejemplos de estos síntomas pueden ser: cefaleas, continuas enfermedades, ceguera, parálisis, anestesia, afonía, ataques, inconsciencia, sordera, amnesia, fatiga, debilidad, bolo faríngeo, dificultad respiratoria, palpitaciones, crisis de ansiedad, pérdida de peso, náuseas, hinchazón abdominal, intolerancia alimentaria, diarrea o estreñimiento, vómitos, menstruación dolorosa o irregular, dificultades sexuales, dolores, miedos, llanto, etc.
La púrpura psicogénica ha sido conceptualizada por algunos, por ser un desorden de conversión en el que un proceso autoinmune crea equimosis dolorosas, que desencadenan un estrés psíquico.
Los hormigueos, quemazones y otros síntomas sensoriales son síntomas comunes de conversión que se ven en la consulta dermatológica.
Los pacientes con desorden somatoforme [19] se aprecian a sí mismos como pacientes con un problema de salud médico o dermatológico, no psiquiátrico. Muchas veces es difícil, incluso imposible, comprometer a estos pacientes con un tratamiento psicológico en primera instancia. El dermatólogo puede ayudar a los pacientes con desorden somatoforme validando sus quejas, pero sin reforzar la idea que su patología se debe a un trastorno médico. Las visitas regulares, colocar un limite a la elaboración que realiza el paciente de su problema médico, el que es temido o creído (comunicando que el paciente puede hablar sobre una queja especifica durante la consulta, sólo por un período determinado de tiempo) y prudentemente el paciente será referido para su evaluación psiquiátrica en conjunto, pero sin reemplazar la relación médico paciente con el dermatólogo.

Dermatitis artefacta [20,21]

Es un tipo de desorden facticio en el que el paciente, intencionalmente produce signos y síntomas (en contraste con el desorden de conversión en los que los síntomas se conducen de modo inconsciente) con el objetivo de asumir el rol de enfermo. El prurito es intenso y la patología puede durar muchos años. El paciente con excoriación se siente impulsado a rascarse de manera compulsiva y perpetuar un círculo “prurito-rascado”. En la dermatitis artefacta el paciente se crea lesiones de piel o agrava las existentes, las úlceras producidas pueden ser bastante serias, pudiendo provocar cicatrices, infecciones o incluso la muerte. Su personalidad es característica, perfeccionista y pueden presentar comorbilidad psicopatológica con un trastorno obsesivo compulsivo o bien un trastorno del impulso. Las lesiones se observan en zonas donde los pacientes pueden llegar con facilidad. La actividad se produce normalmente al anochecer o cuando el paciente esta distraído. El fracaso de auto-control disminuye aún más su autoestima. Es una forma de presentación muy frecuente de pacientes con labilidad psicovegetativa. La patología aparece en el desarrollo de stress psicosocial o trauma severo. Estos pacientes tienen serias dificultades para tolerar ciertas emociones y en trasladar sus emociones psíquicas a síntomas físicos.
La condición es más frecuente en mujeres 3:1 que en hombres y también en adolescentes que en adultos jóvenes, en comparación con adultos mayores.
Las lesiones deben ser distinguidas de dermatosis primarias, por signos que ocurren por ejemplo en partes accesibles de la superficie corporal (a las que el paciente puede acceder fácilmente), tienen forma definida, bordes geométricos con apariencia de piel normal por fuera de los márgenes y por la aparición de lesiones nuevas o desconocidas, en forma casi constante. Otros puntos de interés incluyen elementos en relación con el paciente como un discurso vago o hueco, con referencia a su mecanismo de producción o responsabilidad.
Estos pacientes buscan constantemente procedimientos médicos o intervenciones invasivas

variadas, con varios profesionales de la salud, en clínicas o salas de emergencia. Tiene un alto riesgo de morbilidad ya sea por infección, desfiguración, invalidez, como resultado de los esfuerzos médicos para acertar el diagnóstico.
Los dermatólogos que sospechen dermatitis facticia deben saber que se enfrentan a una patología seria, de largo y difícil tratamiento y que se deben minimizar el uso de procedimientos o tests injustificados. Pero es conveniente tener en cuenta que estos pacientes, cambiarán rápidamente a otro doctor nuevo en cuanto perciban o sospechen un retraso en sus tratamientos, por lo que es crucial elaborar una alianza terapéutica, esencial pero desafiante.
El diagnóstico puede ser bastante difícil. En ocasiones, las lesiones están muy elaboradas, simulando diversas dermatosis, con lo que en muchas oportunidades el diagnóstico sólo se logra por exclusión después de una minuciosa investigación.
Se debe hacer también el diagnóstico diferencial con otras dermatosis autoinfligidas, en las que las lesiones son producidas también por el propio paciente, pero cuyo significado (y por tanto la actitud terapéutica) son muy diferentes: los simuladores, los hábitos compulsivos (excoriaciones neuróticas) y las psicosis hipocondríacas monosintomáticas (delirios). Los simuladores se pueden autoprovocar lesiones cutáneas cuya autoría niegan pero que, a diferencia de los pacientes con dermatitis artefacta, son sin embargo, totalmente conscientes de por qué lo hacen (para obtener un beneficio pecuniario o ganancia secundaria ("malingering": baja laboral, indemnizaciones, subsidios, pensión etc.).
En cambio, en los pacientes con dermatitis artefacta no existe esa evidencia de ganancia tan obvia. Los pacientes con hábitos compulsivos reconocen ser los causantes de sus trastornos y comprenden su origen.
Los pacientes aquejados de una psicosis hipocondríaca monosintomática (cuyo paradigma es el delirio parasitario) creen firmemente que padecen un problema orgánico (idea de parasitación) y reconocen que parte de su cuadro dermatológico, es el resultado de sus esfuerzos por combatir su «dolencia».
El manejo práctico de los pacientes con dermatitis artefacta no suele ser fácil. El paciente y muy a menudo también la familia, rechazan la imputación del origen del cuadro clínico al enfermo, dificultando extraordinariamente la relación con el médico. Es por ello muy importante evitar la confrontación directa y adoptar una actitud relativamente empática, recordando que el paciente acude a la consulta buscando ayuda y que no es un simulador (no tiene ánimo de obtener un beneficio económico o de otro tipo). Depende de la habilidad personal lograr que acceda a realizar una consulta de salud mental (siempre es mejor evitar el término psiquiatra), pues estos enfermos se benefician enormemente de ello. Muchas veces la corrección de su situación ambiental (social, familiar, de pareja, escolar o laboral) es suficiente para obtener una mejoría sustancial. En otras ocasiones será preciso emplear psicoterapia y/o psicofármacos, dependiendo del trastorno psicopatológico subyacente.
El pronóstico de la dermatitis artefacta depende del trastorno psicopatológico subyacente y de la posibilidad de corregir los desencadenantes.
En un estudio, el 30% de los pacientes con dermatitis artefacta continuaron presentando problemas mentales posteriormente, por largo tiempo. En general cuando no existe una psicopatía grave de fondo y se detecta un desencadenante evidente que se logra corregir, la evolución suele ser satisfactoria. [21]
La confrontación directa acerca de la producción de los síntomas raramente funciona. Si la alianza terapéutica es fuerte, la valoración de las experiencias de sufrimiento del paciente y cierta exploración de los "stresores" psicológicos subyacentes, pueden darle espacio a las técnicas de relajación, ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos, con consulta psiquiátrica.
Pero el paciente puede mostrarse resistente a esta derivación psiquiátrica, el tratamiento debe

incluir una solicitud cordial pero firme, para la pronta evaluación por un psiquiatra con conocimiento del tema. [22]

Excoriación neurógena [23,24]

El término "facticio/a" etimológicamente procede del latín facticius y significa artificial, no natural. Se utiliza también el término patomimia, de phatos, enfermedad y mimos, imitación. Con estos términos en dermatología se designa un conjunto de trastornos de aparición infrecuente, que se caracterizan por la autoprovocación de las lesiones por parte de los enfermos, de manera intencionada en estado consciente o bien en estado disociativos de la conciencia. Se define la patomimia como aquella patología dermatológica con lesiones provocadas por el propio paciente.
La piel y el sistema nervioso se desarrollan de manera estrecha en la etapa embrionaria y se mantienen interconectados a lo largo de la vida. La dermatitis facticia es una afección con componente psiquiátrico primario que afecta de manera secundaria la piel… El paciente se enfrenta a distintos estresores de la vida diaria, que frecuentemente suelen actuar como desencadenantes de esta patología, concretamente se han descrito entre el 19-33% de la pacientes. [22] Estos pacientes nunca intentan fingir una patología dermatológica, pero dañan su piel debido a sensaciones dermatológicas o al intentar remover un defecto de la piel. La causa de esta conducta varía según cada individuo; la morfología clínica es muy variada y los métodos utilizados son muy variados. Pueden presentar diversas formas geométricas (angulada, circinada, circular, etc.); esta gran diversidad de síntomas hace que el diagnóstico y el tratamiento sean dificultosos.
A veces se relaciona con pensamientos obsesivo-compulsivos (existencia de una anomalía en la piel que el paciente siente la necesidad de remover o manipular), para otros puede ser un acto placentero que libera tensión, como así también un desorden en el control del impulso.
Esta conducta puede ser causada por un desorden depresivo subyacente, un trastorno bipolar o incluso un desorden psicótico. Las lesiones en la escoriación psicogénica ocurren típicamente en la superficie cutánea de ciertas partes del cuerpo, de fácil llegada y muchas veces se superponen con otros problemas de piel preexistentes. En el caso del acné excoriado se requiere una mención especial. Los pacientes con esta condición escarban excesivamente en sus espinillas, preocupados por su apariencia, frecuentemente causando mayores lesiones y cicatrices. En el subtipo de acné escoriado de los jóvenes, son mujeres adolescentes que escarban su acné provocando desfiguraciones pronunciadas, mayormente inconscientes muchas veces como justificación, para evitar algunas de las tareas determinadas para su edad, a las que se deben enfrentar, incluyendo la separación e individualización, sexualidad, carrera o desarrollo.
A diferencia de los pacientes con dermatitis facticia, algunos pacientes con excoriaciones psicogénicas, pueden ser capaces de hablar acerca de la naturaleza auto-infringida de su problema de la piel. Estos pacientes se beneficiarán de gran manera con una postura de no juzgamiento y empatía.
La ansiedad y la inmadurez como resultados del estrés se hallan en niños y adolescentes, mientras que la mayoría de los pacientes adultos sufren trastornos de la personalidad. También es habitual la presencia de trastornos depresivos y trastornos del control del impulso. La dermatitis artefacta es «un llamado a la ayuda» y el factor psicopatológico más común, parece ser una personalidad subyacente inmadura. La dermatitis artefacta ha sido informada con mayor frecuencia en las mujeres, de mayor aparición en la adolescencia y en el grupo de adultos jóvenes.
El tratamiento dermatológico debería ser exclusivamente sintomático. Se deben programar visitas breves y frecuentes, ya que el contacto regular con el médico favorece la confianza para lograr un buen tratamiento y la derivación oportuna del paciente al psiquiatra.

Los inhibidores de la recaptación de serotonina, los agentes antipsicóticos y naltrexona han demostrado eficacia en reducir estas conductas. También las técnicas conductuales y de relajación.

Tricotilomanía

Es un desorden en el que el individuo repetidamente se tira de sus propios cabellos, resultando en una visible pérdida del mismo y experimenta una creciente tensión antes del hecho y placer, aunque alivio luego de arrancar el cabello. [22,23,24,25]
Es un trastorno frecuente en la infancia, predomina en el sexo femenino (relación 1 a 5), es la única del grupo de las dermatosis impulsivas reconocidas por la DSM-IV y se caracteriza por el hábito de arrancarse el pelo, normalmente se trata del pelo del cuero cabelludo, pero también puede afectar a las cejas, pestañas y al vello púbico. Son placas alopecias con bordes irregulares, normalmente únicos, grandes y con pelos de diferentes tamaños que son suaves a la palpación. No está claro cuáles son las condiciones específicas causantes de esta respuesta inadaptada del paciente bajo presión. El pronóstico de este trastorno es favorable, si sabemos reconducir la conducta del niño junto a los padres y el entorno.
Algunos pacientes consultan repetidamente al dermatólogo, a causa de los parches alopécicos o por infecciones en el sitio de los folículos. La tricotilomanía comparte características y puede ser comorbilidad con desórdenes obsesivos compulsivos y puede coexistir con otros trastornos de ansiedad, expresión de abuso de sustancias, desórdenes alimentarios y desorden de la personalidad, lo que puede confundir al profesional, demorando su diagnóstico e inicio del tratamiento.
Tiene una edad media de inicio a los 13 años. Puede persistir por años y ser muy difícil de tratar en adultos, en quienes el cuadro persistió por años.
A principios de la década de 1970, las intervenciones conductuales (por ejemplo, la formación de inversión del hábito) se fueron desarrollando y demostraron su eficacia, en el tratamiento crónico para muchos individuos. Con el fin de aumentar aún más la eficacia del tratamiento y mejorar el resultado a largo plazo, varios autores han desarrollado protocolos de tratamiento, que combinan estrategias de comportamiento tradicionales con otras intervenciones cognitivo-conductuales, incluyendo la terapia cognitiva, terapia conductual dialéctica y terapia de aceptación y compromiso.
Los inhibidores de la recaptación de serotonina incluyendo imipramina, han sido útiles incrementando su utilidad con antipsicóticos. Una aproximación conductual puede incluir la internalización de la noción de la conducta, por parte del paciente y los gatillos desencadenantes.
Una combinación de psicofármacos y terapia conductual puede ser más efectiva en conjunto.

Dinias [27,28,29,30]

La vulvodinia fue definida inicialmente como una molestia vulvar crónica, caracterizada por sensación de ardor, dolor, pinchazos y/o irritación. Actualmente este término es aplicado a aquellas pacientes, que padecen dolor o quemazón de forma crónica durante tres meses como mínimo y sin ninguna lesión visible, que explique estos síntomas.
El término «vulvodinia» fue establecido por la Sociedad Internacional del Estudio de Enfermedades Vulvares (ISSVD) en 1983, definiéndolo como una «molestia crónica vulvar, caracterizada por pacientes afectadas de dolor urente, prurito, irritación o crudeza».
En 1985, la ISSVD divide a la vulvodinia en dos subgrupos: la vestibulitis vulvar y la disestesia vulvar. Más tarde, en el año 2003, la misma Sociedad propone una nueva clasificación, con dos categorías distintas: dolor vulvar, asociada a problemas específicos y vulvodinia que, a su vez, puede ser generalizada, afectando a toda la vulva, o bien localizada (más frecuente) a un área específica, por ejemplo, el vestíbulo. También ha sido clasificada la vulvodinia como provocada por estímulos, como

la presión de una pequeña torunda de algodón, o no provocada, espontánea.
Se han observado dos tipos: la vulvodinia disestésica que afecta a mujeres de edad avanzada y los síntomas se localizan en el introito vaginal extendiéndose a veces a los labios mayores y menores, así como también a la zona anal y la vestivulitis vulvar, que afecta a mujeres jóvenes y se caracteriza por dispareunia, aumento de la sensibilidad vulvar y enrojecimiento de la zona.

Diagnóstico diferencial

Se hará con aquellos cuadros que podrían ser causa de vulvodinia o dolor vulvar.

DERMATOSIS VULVARES

Liquen escleroso

Puede afectar a la vulva a cualquier edad. Produce dolor vulvar persistente, estenosis, atrofia, lesiones ulcerativas superficiales. Provoca dispareunia si las estructuras de la línea media del introito, están afectadas o con pérdida de elasticidad. En el examen clínico se evidencian áreas de epitelio engrosado; el hallazgo de zonas de acantosis en estas pacientes puede ocultar áreas de atipia, por lo que debe tomarse una biopsia.

Liquenplano

Suele presentarse como una vaginitis descamativa con erosión del vestíbulo. La mucosa de la vagina o parte de ella, puede presentar un proceso inflamatorio agudo, adoptando el epitelio un aspecto denudado. Hay prurito y ardor, pudiendo coexistir con lesiones en boca.

Dermatitis

Generalmente alérgicas o irritativas. Suele haber, en estas vulvovaginitis de contacto, grados variables de inflamación, dolor, quemazón y, con más frecuencia, prurito.

Vulvodinia disestésica

Se aplica a aquellos casos de dolor urente vulvar de causa desconocida, que no se limitan al vestíbulo y que no presentan anormalidades demostrables. Se presenta en mujeres de edad avanzada con ardor que puede extenderse desde el introito vaginal hasta los labios mayores y en algunos casos, la cara interna de muslos y el ano.

Vaginismo

Consiste en una contracción espástica involuntaria de la musculatura que rodea el tercio externo de la vagina. Las pacientes con vulvodinia, con frecuencia, presentan vaginismo asociado, aunque es necesario diferenciarlo.

Otras enfermedades que no deben ser relacionadas con vulvodinia pero que cursan sólo con dolor vulvar

- Sobre-tratamiento con podofilino o ácido tricloroacético.

- Herpes simple o zoster: lesiones vesiculares dolorosas.
- Candidiasis, trichomoniasis.
- Enfermedad de Sjögren o de Behçet.
- Atrofia (piel y mucosa pálida y delgada) o traumatismo vulvar.
- Neoplasia: enfermedad de Paget, carcinoma escamo-celular.
- Endometriosis vulvovaginal: lesiones blandas de lento crecimiento, que duelen con la menstruación.

Es importante resaltar el hecho que, de forma muy significativa, la vulvodinia se puede asociar a otras patologías, tales como: la fibromialgia, cistitis intersticial y dolor pélvico crónico, síndrome de colon irritable, síndrome de fatiga crónica, depresión, ansiedad, desórdenes de estrés postraumático.

Abordaje terapéutico

Los objetivos fundamentales de este abordaje terapéutico en pacientes con vulvodinia son: reducir el dolor, mejorar la calidad de vida y recobrar la función sexual, si ésta se encontrara afectada.
Hay una serie de medidas generales que se pueden tener en cuenta en todos los casos:

- No usar toallas higiénicas que no sean de algodón.
- Lavar muy bien la ropa interior (que debe ser de algodón), para evitar que queden restos de detergentes o suavizantes.
- Usar lubricantes para las relaciones sexuales.
- No usar duchas genitales ni jabones en el área genital (sólo agua y secar usando un paño suave).
- Utilizar jabones suaves para el baño general.
- Evitar el uso de panty o pantalones ajustados en la zona de los genitales.

El tratamiento debe ser secuencial, aconsejándose un mínimo de dos o tres meses de prueba con cualquiera de las terapias medicamentosas, antes de proceder a un cambio terapéutico.

Los diferentes pasos, de forma escalonada y gradual, son:

Primer paso:

- Indicaciones dietéticas, como consumir alimentos con bajo contenido de oxalatos y aporte de suplementos de citrato de calcio.
- Uso de anestésicos locales, ejemplo lidocaína jalea 2% o ungüento al 5%.
- Hay casos que mejoran con el uso de nitroglicerina y capsaicina, aunque con escasa e insuficiente evidencia y también con doxepina, atropina y baclofén 2%.
- El uso tópico de nifedipina ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de la vulvodinia localizada, provocada.
- No se recomienda el uso de corticoides locales ni tampoco las preparaciones de testosterona.
- En cuanto a los antifúngicos, tampoco se recomienda su uso reiterado.

Segundo paso:

Los antidepresivos se pueden utilizar tanto en la vulvodinia localizada como generalizada, de manera especial los antidepresivos tricíclicos, pero siempre a menores dosis que las utilizadas para los casos de depresión. Estos preparados bloquean la recaptación de los neurotransmisores serotonina y adrenalina e inhiben las fibras dolorosas, modificando la transmisión cerebral. Con frecuencia, son usados como primera línea terapéutica, fundamentalmente la amitriptilina y la desipramina, esta última con menos efectos secundarios. Se describe que la desipramina por vía oral, combinada con la aplicación tópica de lidocaína, son efectivas en la reducción del dolor presente en la vulvodinia. La duloxetina podría tener resultados satisfactorios en algunos casos.

Tercer paso:

Algunos anticonvulsivantes como el gabapentin, han mostrado un efecto beneficioso en los diversos tipos de dolor neuropático.
Es importante tener en cuenta que en pacientes en edad reproductiva, antes de prescribir antidepresivos o anticonvulsivantes, se les debe enfatizar la necesidad de medidas anticonceptivas eficaces.

Cuarto paso:

La fisioterapia en muchos estudios, ha demostrado que es muy eficaz para disminuir y controlar el dolor. La electroestimulación con biofeedback y otros ejercicios específicos, se realizan con el objetivo de corregir el tono de la musculatura del suelo pélvico. La estimulación transcutánea (TENS) también es muy efectiva en el control del dolor.

Quinto paso:

Infiltraciones locales con lidocaína, metilprednisolona o interferón alfa. Este último puede modular las citocinas locales, lo que explicaría el alivio parcial de los síntomas, después de una inyección intralesional.

Glosodinia [22,24,29,30]

El síndrome de la boca ardiente, consiste en las sensaciones de quemazón y dolor en la boca, en ausencia de anomalías significativas. Los variados sinónimos utilizados en las publicaciones incluyen: estomatodinia, estomatopirosis, disestesia oral y glosodinia
En el caso de la glosodinia el paciente refiere sensación de ardor, inflamación, hormigueo en la lengua y/o dificultad para tragar. Puede haber afectación de toda la mucosa yugal.
Es siete veces más frecuente en el sexo femenino, sobre todo en la época menopáusica. Su incidencia en la población general oscila entre el 2,5 y el 5%.
Tradicionalmente, los factores psicológicos tales como la ansiedad, la depresión y las fobias, se han considerado juegan un papel destacado desde el conocimiento de esta entidad nosológica. El comienzo se ha asociado a eventos adversos de la vida, incluyendo el fallecimiento de un ser querido (33 a 82% de los pacientes).
Una de las manifestaciones de suma ansiedad en el síndrome es la cancerofobia.
En ocasiones se advierten causas regionales (candidiasis, lengua geográfica, reacción alérgica). Las alteraciones mucosas son menos frecuentes cuando actúan procesos sistémicos o psicológicos, no obstante los defectos nutricionales están vinculados con frecuencia, a modificaciones de la mucosa lingual.

Entre los factores locales involucrados se ha observado la presencia de la lengua geográfica. Este proceso también conocido como glositis migratriz benigna, consiste en áreas, en general asintomáticas o algo eritematosas, causadas por la descamación de las papilas filiformes siguiendo un patrón circinado. Por definición la lengua geográfica no sería compatible con este cuadro, pero su incidencia del 15% así lo justifica.
La prevalencia intraoral de las especies de cándida es bien conocida y tal es así que algunos autores recomiendan el examen micológico sistemático a pesar de la ausencia de sintomatología. Se la vincula con la existencia de anemia, xerostomía, la utilización de prótesis dentaria y antibióticos. Asimismo, se han de descartar hipoglucemias, enfermedad de Sjögren o el déficit de vitamina B12 y ácido fólico. En algunas publicaciones el 50% de los pacientes con glosodinia, se ha asociado con defectos protésicos; predominan los defectos oclusales. Esta sintomatología puede aparecer después de una manipulación bucal con diferentes anestésicos y/o metales. Se ha de descartar siempre que exista una alergia a los mismos. La defectuosa adecuación de las prótesis dentales y las reacciones alérgicas a sus materiales, también han sido implicadas en su origen. Entre los alergenos relevantes provenientes de las prótesis se mencionan: metacrilato de metilo, sulfato de níquel, cloruro de cobalto y mercurio. Las publicaciones demuestran que un número variable de pacientes con prueba del parche positiva, sufren distintas manifestaciones de la mucosa oral, como eritema, úlceras y liquen. En otros estudios se demuestra la existencia de reacciones alérgicas provocadas por la ingestión de alergenos, que incluyen: ácido sórbico (conservador en algunos alimentos), aldehído cinámico (saborizante de comidas, dentífricos), ácido nicotínico (rubefaciente en dentífricos), propilenglicol (aditivo alimentario). Por lo general, cuando se vincula a la ingestión de alergenos es de carácter intermitente.
Los estudios más extensos sugieren que este cuadro, si se presenta en forma permanente parece asociado con reacciones alérgicas al material de las prótesis, mientras que los episodios intermitentes estarían relacionados con alergia alimentaria.
En algunas comunicaciones se involucra a las características de la saliva. Ésta posee propiedades reológicas específicas con motivo de sus cualidades químicas, físicas y biológicas. Según ciertas investigaciones los pacientes presentan evidencias de variaciones en la composición y flujo salivar, relacionadas en especial con la xerostomía y las alteraciones del gusto. [30]
Como apoyo sintomático puede ser útil recurrir a los buches tibios: en un vaso con agua caliente se incluye una cucharadita, tamaño té, de jarabe de difenhidramina, bicarbonato de sodio y agua oxigenada de diez volúmenes.
Entre los procedimientos locales debe considerarse el propuesto por Gremeau.
Richard y cols que instruyen a los pacientes a ubicar 1 comprimido de 1 mg de clonazepan (Rivotril ®) en los sitios de dolor y mantenerlo, sin tragarlo, durante 3 minutos tres veces al día y luego expulsarlo. El fármaco actuaría disrumpiendo los mecanismos subyacentes a la estomatodinia.

Prurito sine materia [12,14,18,22,24,27,31]

Es un cuadro consistente en excoriaciones sin otras lesiones cutáneas asociadas. Es un síntoma generalizado, intenso e intermitente. Más frecuente en ancianos y en adultos con estrés. La sequedad cutánea es el hallazgo más frecuente. En la mayoría de los casos el prurito se debe a un trastorno de la piel como: eccemas, atopía o psoriasis, sarna, urticaria y xerosis o a un trastorno metabólico (diabetes, disfunción renal, o tiroidea) pero en otros casos no se encuentra una causa física, recibiendo el nombre de prurito psicógeno o idiopático. El prurito puede aparecer en un primer momento debido a una causa orgánica, pero luego se mantiene a pesar que la causa inicial haya desaparecido. Lo que sucede en estos casos, es que el síntoma dermatológico ha servido para expresar o desencadenar un conflicto emocional. Varios estudios han encontrado asociación entre el

prurito crónico, la baja autoestima y problemas en el manejo de la agresión.
A menudo, las personas que se encuentran en situaciones de estrés o tensión emocional y están ansiosos o irritables, se quejan con más frecuencia de prurito en la piel que aquellas personas que se encuentran emocionalmente tranquilas. El rascado puede ser un modo de autoagresión, debido a sentimientos de culpa o bien, puede tratarse de un modo de desviar el malestar emocional hacia el cuerpo. Un prurito intenso puede hacer que una persona se olvide de todo, excepto de su propio prurito. Además, al rascarse obtiene un alivio lo que supone disminución no sólo del prurito en sí mismo, sino también de la tensión y malestar emocional que siente y cuya causa no desea reconocer o admitir. El prurito psicógeno se puede relacionar con la represión de impulsos sexuales o agresivos. Todas las formas de prurito pueden ser modificadas por estrés emocional. La angustia emocional parece tener un efecto, en el umbral de la picazón y en la intensidad de la duración de la respuesta al prurito inducida por histamina.
La incidencia de prurito psicogénico en dermatología es del 2%, con predominio femenino.
Este prurito psicógeno o idiopático, puede ser comprendido como un trastorno de conversión, un tipo de desorden somatomorfo autólogo en el que en aquellos pacientes con síntomas de prurito crónico, no se puede identificar una causa psicológica no orgánica. En una minoría de los pacientes ambas causas, médicas y psiquiátricas coexisten.
Los profesionales de la salud también pueden ver satisfechas sus expectativas de obtener información sobre el prurito: «el síntoma más común en la práctica diaria dermatológica», cuya causa puede ser obvia cuando acompaña alguna erupción de la piel, pero puede ser muy difícil cuando se manifiesta como síntoma aislado -prurito sine materia – 24 se presenta entre el 10% y el 50%de los pacientes.
La búsqueda permite dar con protocolos de diagnóstico del prurito:

✓ Historia clínica: naturaleza del prurito, horas de comienzo y de mejoría, calidad y cantidad, interferencias en la actividad diaria del paciente, posible asociación a medicamentos, cosméticos o sustancias exógenas. Antecedentes familiares.

✓ Examen físico para detectar prurito secundario a la afección dermatológica; dermografismo o iniciación del prurito frente a algún estímulo como sudor, frío, calor, emociones, vibraciones etc.

Es importante hidratar bien la piel e intentar no utilizar corticoides tópicos.
En ausencia de lesiones cutáneas se recomienda:

• Exámenes de laboratorio: hemograma, pruebas de función renal, hepática y tiroidea, VHC, IgE, estudio de anemia (si la hubiere), proteinograma, 5-hidroxiindolacético en orina.

• Biopsia de piel en casos de sospecha de liquen plano, dermatitis herpetiforme, mastocitosis, eritrodermia, penfigoide ampollar, linfomas y liquen escleroso y atrófico.

• Prueba de embarazo.

MANEJO TERAPÉUTICO

El prurito psicógeno siempre debe ser un diagnóstico de exclusión. A todos los pacientes se les debe descartar cualquier otra patología orgánica.

Educación del paciente

La nutrición adecuada es esencial para el mantenimiento de una piel sana.
Se sugiere la ingesta diaria de por lo menos tres litros de líquidos por día. Evitar rascarse o frotarse las áreas afectadas, mantener las uñas cortas con el fin de evitar el daño en la piel al rascarse inconscientemente.
No utilizar cremas, lociones ni pomadas que contengan antihistamínicos ni anestésicos locales, como los productos cuyos nombres incluyen la terminación «caína», debido a que son capaces de empeorar el prurito si es alérgico a ellos.

Evitar agravantes

✓ Deshidratación: fiebre, diarrea, náusea y vómitos o disminución de la ingestión; ambiente seco.

✓ Uso de ungüentos (por ej: vaselina, aceite mineral).

✓ Baños con agua caliente, frecuentes o de más de media hora.

✓ Jabones que contienen detergentes, desodorantes.

✓ Sábanas y ropa lavadas con detergente.

✓ Ropa restrictiva y ajustada o confeccionada con lana, materiales sintéticos o telas ásperas.

✓ Estrés emocional.

✓ Uso de alcaloides del opio, morfina y antibióticos.

Tener cuidado con:

Productos con vaselina, lanolina, aceite mineral, espesadores, opacificadores, conservantes, fragancias y colorantes, polvos y baños de burbujas que pueden causar reacciones alérgicas.
La maicena no debe aplicarse a superficies húmedas, áreas con pelo, glándulas sebáceas, pliegues de la piel o a áreas adyacentes a superficies mucosas, como la vagina y el recto. La maicena húmeda proporciona un medio excelente para el crecimiento de hongos.

Aliviar el síntoma mediante:

• Baños de agua tibia, diarios o en días alternos, de 30 minutos como máximo, con poco jabón y enjuagando completamente. Se recomienda añadir al principio avena o maicena (250 mg. de avena coloidal, o 125-500 mg. de almidón) y aceite al final del baño. El jabón disminuye la grasa y su uso debe limitarse a áreas con glándulas apocrinas; el agua sola es suficiente para el resto del cuerpo.

• No secarse con fuerza con la toalla después de bañarse o nadar. En vez de ello, aplicar palmaditas.

• Lociones o emolientes dos o tres veces al día y después del baño.

• Los residuos de los detergentes se pueden neutralizar agregando vinagre al agua de enjuague. Los detergentes suaves para el lavado de ropa de los bebés también pueden ser una solución.

• En zonas pequeñas, aplicar compresas de una tela porosa embebida con agua fría o en una solución de acetato de aluminio. No se debe cubrir la compresa con plástico.

• Usar técnicas de distracción, relajación. Práctica de una actividad que distraiga del prurito durante el día y que sea lo suficientemente agotadora, para que permita dormir durante la noche.

• Antihistamínicos de venta libre.

Terapéutica tópica

Su objetivo es restituir y preservar la función de barrera de la piel.

• Emolientes
• Limpiadores de bajo pH
• Humectantes
• Refrigerantes
• Anestésicos
• Antihistamínicos
• Capsaicina
• Corticoides
• Inmunomoduladores
• Aspirina tópica
• Combinaciones de humectantes con compuestos antipruriginosos

• Emolientes: En particular resultan eficaces para controlar el prurito causado por xerosis. Deben aplicarse inmediatamente después del baño, para promover la hidratación y evitar la pérdida de agua. Recientemente se ha observado que la inclusión de ceramidas en la preparación, mejora la cohesión del estrato córneo y la hidratación.
• Limpiadores y humectantes con bajo pH: mantienen el pH de la superficie de la piel, preservan la función de barrera y evitan la irritación.
• Refrigerantes: Se pueden usar a discreción lociones o cremas de venta libre con calamina, alcanfor, fenol, pramoxina o mentol al 1%. Estas sustancias alivian la picazón reemplazándola por una sensación de frío.
• Los anestésicos locales pueden ser usados en algunas áreas, cada dos horas si fuera necesario. Están disponibles preparados de cremas y gel con lidocaína al 0,2 al 0,5% y cremas, los que pueden combinarse con refrigerantes para incrementar la eficacia.
• Los antihistamínicos son efectivos para controlar el prurito por picadura de insectos o urticaria. Uno de los más eficaces es la doxepina. Si bien tradicionalmente se la indica como un antidepresivo tricíclico, también se puede emplear en cremas al 5%, cuatro veces al día sin oclusión. Se ha comunicado como efectos adversos dermatitis alérgica de contacto y sedación por absorción percutánea. Se debe conservar en envase opaco bien cerrado, en lugar seco y fresco. Es importante en su preparación la necesidad de incorporarlo a emulsiones no iónicas, ya que incorporarlo en bases aniónicas, inestabilizan a las mismas. Su uso ha resultado exitoso para controlar el prurito crónico de las cicatrices de quemaduras.
• Capsaicina en crema al 0.025% o al 0.075%. Principio activo de los pimientos Chilli. Su mecanismo de acción consiste en la depleción de los neuropéptidos productores de prurito, presentes en nociceptores de la piel. Requiere 4-6 aplicaciones diarias. Puede causar ardor localizado que puede aliviarse empleando EMLA. No se han descrito efectos secundarios sistémicos a largo plazo. El

principal inconveniente es la aparición en algunos casos de taquifilaxia, que suele resolverse haciendo una pausa en el tratamiento de tres o cuatro semanas.
• Corticoides: Son efectivos para aliviar la comezón por dermatitis inflamatorias pero, a largo plazo, pueden causar atrofia de piel, erupciones y xerosis.
• Inmunomoduladores: La mayor experiencia se ha obtenido en pacientes con dermatitis atópica tratados con tacrolimus o pimecrolimus.
• Aspirina: alivia el prurito asociado a liquen crónico simple.

Evaluación psiquiátrica

Los antidepresivos tricíclicos como la doxepina, pueden ser útiles para el prurito crónico y pueden ayudar para la depresión o ansiedad subyacente. Las técnicas de relajación, métodos distractivos (enfriamiento de la piel), mejorar las habilidades para la comunicación y la expresión de sentimientos, también puede ser de utilidad para mejorar la severidad de los síntomas y la angustia emocional que los acompaña.
Los antihistamínicos y los antidepresivos han sido utilizados con mejora de la sintomatología. El prurito es intenso y los pacientes suelen desarrollar insomnio crónico. El tratamiento consiste en la admistracion de neurolépticos.

Psicofármacos

La doxepina 25 a 50 mg VO, una o dos veces al día; fluoxetina 20 a 40 mg diarios; diazepam puede ser útil en algunas situaciones para aliviar la ansiedad y promover el descanso. Se ha ensayado con éxito la sertralina 50 mg/día en pacientes con prurito por neuropatía. También resulta efectiva la paroxetina (20 mg diarios) en el tratamiento del prurito severo de origen no dermatológico. La mirtazapina ha resultado exitosa para controlar el prurito crónico nocturno asociado a dermatitis inflamatorias.

Dismorfofobias corporales [12,18,22,24,27]

Comúnmente estos pacientes se presentan al dermatólogo, percibiendo un grave defecto en la piel en el cabello o en las uñas, su creencia puede ser francamente delirante. Pueden requerir considerables procedimientos invasivos para tratar su anomalía, pero la exposición repetitiva a ciertos procedimientos también puede causar mayor morbilidad. Es un importante motivo de consulta en dermatología y con frecuencia la consideración primordial, para decidir la realización de procedimientos cosméticos o tratamientos instituidos, en algunos trastornos de la piel como el acné. [22] Se trata de una construcción muy subjetiva, que debe ser evaluada dentro del contexto de los factores culturales, psicosociales y psiquiátricos de cada paciente en particular. La evaluación en el paciente dermatológico, se logra mediante un modelo biopsicosocial que debe incluir, la consideración acerca de las preocupaciones sobre la apariencia de la piel, el cabello y las uñas, la evaluación de patologías comórbidas de la imagen corporal, especialmente el trastorno dismórfico corporal y la evaluación de otras comorbilidades psiquiátricas como el trastorno depresivo mayor, que puede confundir a la presentación de la queja. Dependiendo de las comorbilidades psiquiátricas presentes, no puede estar ausente una evaluación del riesgo de suicidio y si fuera necesario, una rápida referencia hecha a un profesional de la salud mental. El médico debe tener en cuenta la etapa del paciente en el desarrollo (por ejemplo, las preocupaciones de imagen corporal, son probablemente mucho mayor en el paciente adolescente) y sociocultural (por ejemplo, el deseo de piel más clara en algunos grupos étnicos), factores que también puede tener un efecto importante. Estos pacientes pueden ser desafiantes para el dermatólogo, porque ellos buscan ayuda para un

problema que su médico no cree que sea “real”. Están “enfermos” sin una patología clara, situación que tiende a vulnerar uno de los principios básicos del acuerdo entre médico y paciente, sin embargo, es esencial comprender que estos pacientes realmente están sufriendo y requieren de pronta ayuda. Muchos de estos pacientes sólo aceptarán ayuda de una persona a la que identifican como su “doctor en medicina”, en este caso su dermatólogo. Lo principal en estos pacientes es disminuir el daño.
Este tipo de pacientes por sus creencias irreductibles, sobre su condición y el hecho que muchos médicos carecen de la paciencia o conciencia para comprender que está pasando, muchas veces son objeto de excesivos procedimientos médicos y tratamientos con subsecuente morbimortalidad. Es un trastorno frecuente en consultas de dermatología estética y puede representar más del 25% de las mismas.
La comorbilidad más habitual es la depresión mayor. El riesgo de mortalidad en pacientes es alto, casi un 25% pueden intentar el suicidio en algún momento y la tasa de suicidios es casi el doble que en otras patologías psiquiátricas serias, como en la depresión mayor.
Promover la salud en estos pacientes involucra limitar procedimientos innecesarios y proveer soporte emocional y psicosocial.
La evolución y el tratamiento son muy difíciles tanto para el cirujano plástico como para el dermatólogo y/psiquiatra.
Este tópico sugiere otra discusión en respuesta particular hacia la presencia de la enfermedad en el individuo, la que consiste en la pertinaz negación de tener algo malo en el cuerpo y enfrentar la situación de esta manera, a pesar de variados y reiterados hallazgos médicos confirmatorios de alguna patología cierta. La negación es un mecanismo de defensa, que se usa para protegerse de una ansiedad abrumadora al enfrentar una realidad atemorizante. Algunas veces, puede ser una respuesta adaptativa consciente el dejar de lado el miedo propio en caso de enfermedad, para poder continuar de esta manera con los tratamientos y cumplir con todo lo necesario para alcanzar la curación, sin embargo, cuando los pacientes rehusan aceptar su patología y rechazan la necesidad del tratamiento, surgen significantes problemas. Tratar un paciente con historia de melanoma que no concurre a su control, rechaza las llamadas telefónicas, minimiza su patología diciendo “estoy bien”, puede ser muy irritante para el médico. Para trabajar con estos pacientes es importante mantener en mente que el objetivo es contener la ansiedad, promoviendo el tratamiento adecuado y minimizando los riesgos. Confrontar la negación con el paciente es pocas veces útil, pero alentar una conversación acerca de sus miedos, mientras se mantiene una posición no amenazante y de soporte puede ayudar a médico y paciente a superar esta situación.
Puede indicarse la consulta con psiquiatría para ayudar al paciente en promover su auto cuidado.

Otras afecciones dermatológicas modificadas por el estrés y con presumible rebrote psicosomático [8,9,18,22]

Muchos trastornos dermatológicos pueden empeorar en un contexto de estrés psicosocial. Además, los factores psiquiátricos también pueden incrementar el nivel de angustia que percibe el paciente. Debido al impacto que genera la afectación dermatológica sobre la calidad de vida del paciente, resulta importante tener en cuenta los factores psicosociales.

La psoriasis

Tiene un componente genético pero también es una dermopatía muy reactiva al estrés. La clasificación de la gravedad de esta patología se correlaciona directamente con los niveles de

depresión, estrés y ansiedad. El síntoma específico de la psoriasis que se relaciona de manera directa con la depresión es el prurito. La patología psicológica subyacente puede incrementar la morbilidad dermatológica de la psoriasis, contribuyendo a la disminución del nivel de percepción del prurito. De la misma manera, hay características de la personalidad que también se pueden relacionar con una aparición precoz de psoriasis y aumentar la reactividad ante el estrés.

Dermatitis seborreica

Los brotes se desencadenan ante acontecimientos puntuales de la vida de los sujetos, que son fuente de ansiedad o estrés (antes de un examen final, un divorcio o enfermedad de un familiar).

Dermatitis atópica

Las sustancias irritativas, el clima, la piel deshidratada, el sudor, las infecciones por estafilococo y el contacto con lana son factores que de la misma manera que el prurito, contribuyen a empeorar la dermatitis atópica. Se acepta la influencia de las variables psicológicas en el incremento de la gravedad de este trastorno y en su cronicidad. El círculo vicioso prurito-rascado inquita al niño y altera el sueño de toda la familia, creándose de esta forma conflictos en las relaciones. Respecto de la dermatitis atópica, el estrés también se ha asociado a su desarrollo en un 70% de los casos. El estrés vinculado a la enfermedad, a la familia y las relaciones interpersonales, configuran importantes factores predictores de la gravedad de los síntomas.

Alopecia areata

A pesar de la importancia etiológica de una predisposición genética y/o determinados factores autoinmunes asociados, no son de menor importancia el papel de las variables emocionales en el desarrollo de esta patología, como ante duelos importantes, muerte de seres queridos o divorcio. Actualmente es evidente la relación del estrés y la patología autoinmune. Por otro lado, en un estudio de pacientes con alopecia areata, el 20% experimentan más estrés antes del desarrollo y/o exacerbación de la enfermedad, aunque los resultados no sean significativos. La incidencia de la patología psiquiátrica entre los pacientes de alopecia areata, se sitúa entre el 33 % y el 93%.

Acné

Existen distintos factores que favorecen la formación del acné. Los factores hormonales son decisivos en la aparición, pero la ansiedad y el enojo son factores destacables, a pesar de ello, a través del tratamiento del acné se ha observado una mejoría general del estado mental de los pacientes. El acné presenta más relevancia en los pacientes con trastorno dismórfico y en aquellos que se producen excoriaciones.

Alternativas terapéuticas

Un meta análisis reciente señala que retrasar el tratamiento psicológico, redundaría en mayor daño cutáneo con más desfiguración y mayor complejidad terapéutica. A su vez, si la patología provoca deformación corporal con dolor físico, esto empeora el pronóstico.
La naturaleza de la intervención tendrá un impacto en la eficacia de la misma. Por ejemplo las intervenciones psicodinámicas, apuntando a ansiedades subyacentes con las de anticipación, mientras que las técnicas de reducción de la ansiedad disminuyen el estrés. La importancia de la

naturaleza de la intervención radica por el "ciclo del stress patológico", según el que este factor desencadena y mantiene la patología de la piel, mientras que la misma patología provoca stress al paciente. Sin embargo, ni las técnicas psicodinámicas ni de control de stress han podido directamente reducir las conductas de daño y evitar el desarrollo del círculo vicioso de picazón/rascado.

Se pueden incluir variadas técnicas como reestructuración cognitiva, relajación y cambio de hábitos, por lo tanto, pueden ser más efectivas que intervenciones simples. La duración del tratamiento también afecta el resultado, siendo mejor para depresión y ansiedad a mayor duración, en centros de atención especializada.

La modalidad de la intervención (grupal o individual) tiene efectos moderados. El objetivo del tratamiento psicodermatológico no solo es mejorar la condición de la piel, sino también enseñar al pacientes y sus cuidadores como convivir con la enfermedad. Para esto es importante el rol del médico dermatólogo, en su forma de vincularse con el paciente, brindándole un sostén hasta que el paciente pueda integrar lo emocional con lo somático y reconocerse como una persona entera. Esto requiere un enfoque multifacético, tiempo y paciencia, hasta comprender las necesidades individuales de cada paciente en particular. Se necesita un equipo multidisciplinario que incluya dermatólogo, médico y psicólogo.

CONCLUSIONES

La interacción entre las enfermedades de la mente y de la piel está siendo objeto de intenso estudio, de modo de mejorar la calidad de atención dermatológica de nuestros pacientes.

La piel con sus complejas conexiones con el cerebro y la mente y el sistema endócrino, a menudo se transforma en el centro de complicadas comunicaciones. Para los pacientes con trastornos originados en motivos psicológicos, el dermatólogo puede ayudar a expresar en palabras lo que está ocurriendo desde el punto de vista afectivo, los problemas dermatológicos están fuertemente influenciados por factores emocionales y son mejor abordados desde una perspectiva integral e interdisciplinaria biopsicosocial. Los pacientes con enfermedades psiquiátricas o estilos interpersonales dificultosos ofrecen otro desafío para el dermatólogo. El dermatólogo ganará empatía y adherencia al tratamiento, si entiende las experiencias del paciente derivadas de su problema dermatológico y si ve al enfermo como una persona con un contexto social más amplio, con lo que será capaz de proveer óptimo cuidado con mejora para cuerpo y mente.

Para el dermatólogo, son pacientes muy difíciles de comprender o tratar. Los médicos que se encuentran entrenados para aliviar el sufrimiento y curar las enfermedades pueden sentirse perplejos, tristes o enojados por los pacientes que presentan una patología de origen emocional, la que provoca lesiones o empeora la calidad de vida. Estos enfermos claramente se encuentran sufriendo e incluso la causa primaria de sus sufrimientos y problemas de piel, son de naturaleza emocionales. Una aproximación sin juzgar con énfasis en apoyar la salud, minimizar daños futuros y alentando la abierta expresión de emociones, puede servir al dermatólogo a manejar este tipo de pacientes. Es importante entender las causas de sus lesiones auto-provocadas, como un síntoma que indica diferentes patologías subyacentes desde: ansiedad a desorden obsesivo compulsivo a depresión o psicosis. Como estos pacientes muchas veces prefieren consultar con un médico dermatólogo antes que con un siquiatra, el dermatólogo juega un rol clave como cuidador y apoyo. Trabajar con este tipo de pacientes puede ser desafiante pero también con muchas recompensas, cuando la alianza terapéutica se consolida y el paciente se siente capaz de efectivizar un cambio.

La Psicodermatología, es el resultado de la fusión de dos grandes especialidades médicas: Psiquiatría y Dermatología. Implica el estudio de los procesos mentales, que se manifiestan internamente,

mientras que la dermatología es responsable para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la piel y sus apéndices, las que se manifiestan externamente. El dermatólogo debe ser consciente de esta relación y considerar la interacción constante entre los aspectos psicológicos y biológicos de las enfermedades.
La importancia del reconocimiento de estos pacientes especiales, radica por un lado en la salud del propio médico, la que se ve deteriorada si "odia" o no tolera a sus pacientes y por otro en la salud de los mismos, que corren mayor riesgo de daños por iatrogenia por sub o por sobre prestación.

Fig 1: Dermatitis artefacta. Paciente de 62 años de edad, que a punto de partida de una neuralgia postherpética, comienza a manipular la piel de la región afectada en forma repetitiva, hasta lograr una extensa ulceración.

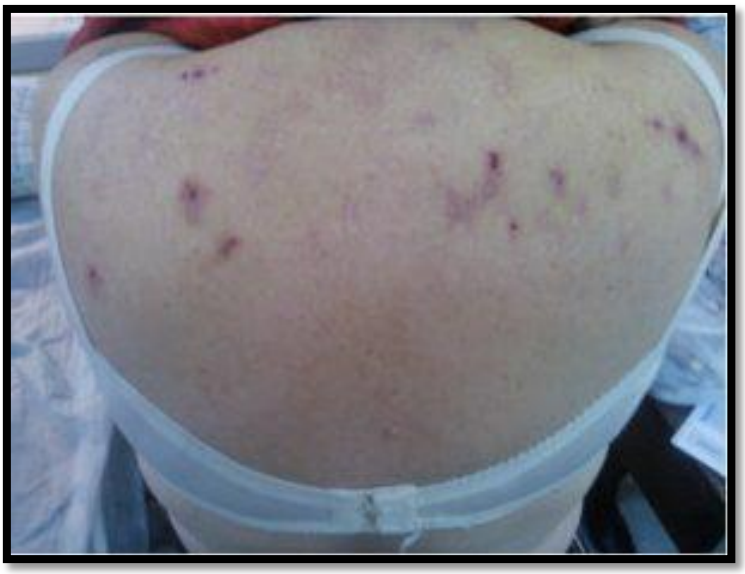

Fig 2: Prurito psicógeno. Excoriaciones superficiales, en distintos estadios evolutivos.

Fig 3: Delirio parasitorio: paciente que al intentar remover sus parásitos provoca variedad de lesiones excoriadas.

Fig 4: restos de "parásitos" traídos a la consulta.

REFERENCIAS

1. Driban NE. Dermatología en el arte. Revista Médica Universitaria, 2009; 5(1). Consultado en: 13/06/15. Disponible en: http://bdigital.uncu.edu.ar/3842.

2. Chiriac A, Brzezinski P, Pinteala T, Chiriac AE, Foia L. Common psychocutaneous disorders in children. Neuropsychiatr Dis Treat 2015; 9(11): 333-337.

3. Althabe M. Pacientes difíciles. En: Rubinstein y col. Medicina familiar y práctica ambulatoria. Segunda Edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 2006; 260-273.

4. Lavda AC, Webb TL. A meta-analysis of the effectiness of psychological interventions for adults with skin condition. Br J Dermatol 2012; 167: 970-979.

5. Gordon-Elliot, J. Managing the patient with psychiatric issues in dermatologic practice. Clinics in Dermatology. Elsevier, 2013.

6. Ulnik JC. Cátedra de Fisiopatología y Enfermedades Psicosomáticas. Clase Psicodermatología.

7. Senra MS. Psychodermatological aspects of atopic dermatitis. Br J Dermatol 2014; 170(s1): 38-43.

8. Zmijewski. Neuroendocrinology of the skin, an overview and selective analysis. Dermatoendocrinol 2011; 3(1): 3-10.

9. Tausk F, Elenkov I, Moynihan J. Psychoneuroimmunol Dermatol Ther 2008; 21(1): 22-31.

10. Wolf K y col. Dermatología en Medicina General. Séptima Edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana 2010; 913-921.

11. França K. Pyschodermatology: a trip through history. An Bras Dermatol 2013; 88 (5): 842-843.

12. Lavieri A. The concept of the human body: historical perspective. Psicodermatología. Consultado en: 13/06/15. Disponible en: http://www.albertolavieri.com/articulos/psicodermatologia.php

13. Koo JY. Psychodermatology: a practical manual for clinicians. Cur Prob Dermatol 1995; 6: 204-232.

14. Khaski S, Achenbach RE, Lococo LJA, Pittaro EH, Liturri M, Jorge MI. Nuestra experiencia en el servicio de dermatología del Hospital General de Agudos Dr. I Pirovano. Rev Argent Dermatol 2011; 92 (2).

15. Tausk F, Elenkov I, Moynihan. Psychoneuroimmunology. J Dermatol Ther 2008; 21 (1): 22-31.

16. Wykoff RF. Delusions of parasitosis: a review. Rev Infect Dis 1987; 9: 433-437.

17. Reichenberg JS et al. Patients labeled with delusions of parasitosis compose a heterogeneous group: A retrospective study from a referral center. J Am Acad Dermatol, 2013; 68(1): 41-6.

18. Consensos Servei de Dermatologia. Hospital del Mar, Barcelona-España.

19. Gea Carrillo A. Trastornos somatoformes. Consultado en: 13/06/15. Disponible en: http://www.cop.es/colegiados/MU00024/soma.htm

20. Azurdia RM, Guerin DM, Sharpe GR. Recurrent bullous dermatitis artefacta mimicking immunobullous disease. Br J Dermatol 2000; 143: 229-230.

21. Murray SJ, Ross JB, Murray AH. Life-threatening dermatitis artefacta. Cutis 1987; 39: 387-388.

22. Koblenzer CS. Psychiatric syndromes of interest to dermatologists. Int J Dermatol 1993; 32 (2): 82-88. Review.

23. Wong J y col. Primary psychiatric conditions: Dermatitis Artefacta, Trichotillomania and Neurotic Excoriations. Indian J Dermatol 2013; 58 (1): 44-48.

24. Kuruvila M, Gahalaut P, Zacharia A. A study of skin disorders in patients with primary psychiatric conditions. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2004; 70: 292-295.

25. Snorrason I, Berlin GS, Lee HJ. Optimizing psychological interventions for trichotillomania (hair-pulling disorder): an update on current empirical status. Psychol Res Behav Manag 2015; 8:105-113.

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

27. Gupta MA, Gupta AK. Evaluation of cutaneous body image dissatisfaction in the dermatology patient. Clin Dermatol 2013; 31 (1): 72-79.

28. Gallo JL. Vulvodynia: a forgotten and difficult to resolve problem. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia 2011; 38 (6).

29. Viglioglia PA. Estomatodinia – Glosodinia. Act Terap Dermatol 2005; 28: 397.

30. Grinspan D, Fernández Blanco G, Allevato M, Stengel F. Burning mouth syndrome. Int J Dermatol, 1995; 34 (7): 483.

31. Allevato MA. Prurito. Act Terap Dermatol 2004; 27: 336.

32. Pavlovsky F. Delirio de Parasitosis: a propósito de doce casos. Vertex Rev Arg Psiquiatr, 2008; 19: 99-111.