

Psicodermatología en la Atención Primaria

Felipe da Costa Llanos⁽¹⁾, Diego Lira E.⁽¹⁾, Francisco Moscoso P.⁽²⁾

⁽¹⁾CESFAM Tirúa, Servicio de Salud Arauco.

⁽²⁾CESFAM Los Álamos, Servicio de Salud Arauco.

SUMMARY

The skin has the distinction of being the largest, visible and accessible part of the human body, and it hides a close and old relationship with the human psyche, and so has been demonstrated in the last years, where more elements of the Mental Health are elucidated playing a role in the pathogenesis of skin diseases, as well as there are some descriptions of the inverse relationship, this is, on how the skin diseases affect Mental Health of the individual. In this paper we propose to emphasize the importance of the issue, to consider a comprehensive approach to everyday Dermatology in Primary Care Medicine.

Fecha recepción: junio 2016 | Fecha aceptación: julio 2016

La relación entre la Dermatología y la Psiquiatría es compleja, pero a su vez no ha tenido la suficiente atención por parte de ambas especialidades⁽¹⁾. Tal es esta realidad, que en nuestro país Muñoz y cols⁽²⁾ realizaron una encuesta via *e-mail* que reveló el conocimiento y la actitud de los dermatólogos chilenos hacia la Psicodermatología, mostrando que el 76% de quienes respondieron consideraban que la presentación psicocutánea de las enfermedades eran una manifestación frecuente, siendo las más reconocidas la psoriasis (24%), alopecia areata (11%), vitiligo (10%) y la dermatitis atópica (8%). Llama la atención de este estudio que sólo un 12% de los dermatólogos reconocen recetar psicotrópicos y que el 81% considera que no tiene suficiente entrenamiento para recetarlos.

Lamentablemente no tenemos estadísticas que nos hablen del manejo que los médicos de la Atención

Primaria tienen sobre las enfermedades psicocutáneas, pero creemos que de acuerdo al modelo de salud familiar, debiera de ser mayor y será motivo de un próximo estudio.

A lo largo de los años, se ha intentado dar explicación a esta relación por su origen embriológico común, el ectodermo, que permite a la piel reaccionar conjuntamente con nuestros sentimientos y a su vez, tomar relación con otros sistemas.

Esta relación es tan antigua, que incluso existen reportes de que Hipócrates (460-377 AC) habría descrito casos de pacientes que se arrancaban el cabello en respuesta al estrés emocional⁽³⁾.

Con el transcurso de los siglos, se intentó aislar la Dermatología de la Psiquiatría, como dos especialidades distintas; sin embargo, actualmente

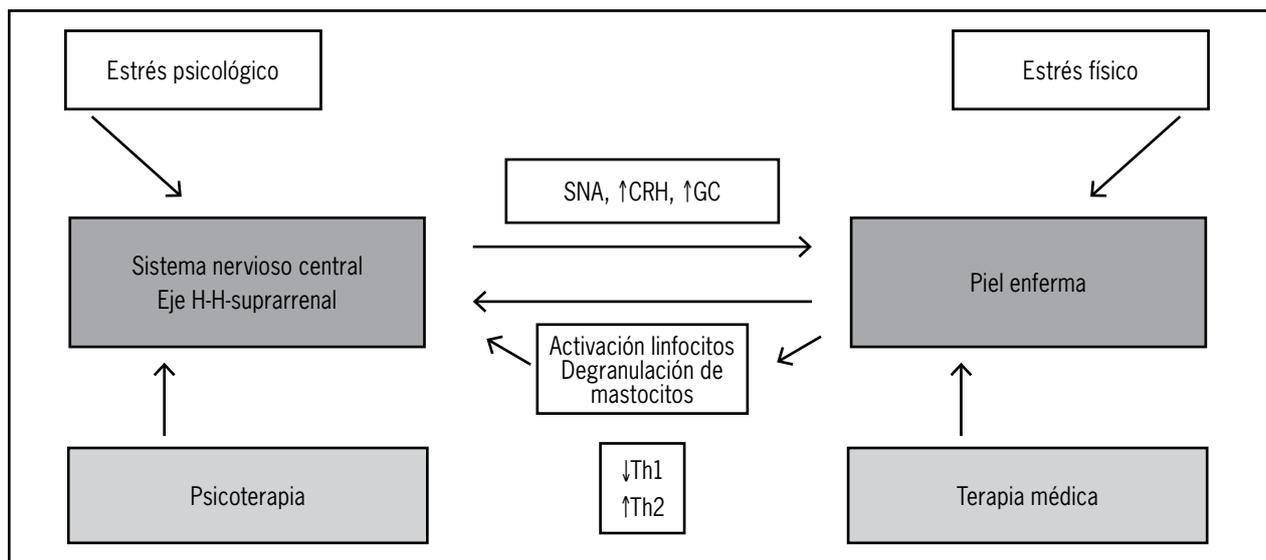


Figura 1. Sistema neuroinmunoendocrino

la comunidad médica se ha dado cuenta de que ambas son en realidad un continuo desde lo que se observa a través del examen físico hacia lo que podemos explorar a través del examen mental.

Se ha propuesto la existencia del llamado sistema neuroinmunoendocrino (NICE) por parte de O'Sullivan *et al* para dar explicación fisiológica a esta relación, la cual en presencia de patologías mentales o dermatológicas se ve desequilibrada⁽⁴⁾ (Figura 1).

Lamentablemente no existe una única clasificación aceptada globalmente para el estudio de la Psicodermatología, pero a modo didáctico Koo *et al*⁽⁵⁾ encuadran estas manifestaciones clínicas en 3 categorías: trastornos psicofisiológicos, como aquellas dermatosis que tienen una profunda interrelación con algún trasfondo psicológico que participa como un elemento más de la fisiopatología de la enfermedad, ya sea como un elemento inicial, intermedio o final dentro de la cadena de eventos que se suceden en la evolución de la patología. Trastornos psiquiátricos con síntomas dermatológicos, como aquellas dermatosis que aparecen de forma secundaria a alguna patología mental bien documentada y generalmente dentro del eje I del

DSM-V y trastornos dermatológicos con síntomas psiquiátricos, dermatosis con amplios estudios que respaldan el menoscabo psicológico que significa padecer una enfermedad expuesta a los ojos de los demás.

A partir de esta clasificación, proponemos una versión con lenguaje simplificado que nos permitirá comentar las patologías más frecuentes que vemos en la Atención Primaria (Tabla 1).

TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS

Se abordarán la psoriasis, dermatitis atópica, alopecia areata y liquen simple crónico.

Psoriasis

Tanto el desarrollo como las exacerbaciones de psoriasis están relacionados con estresores conocidos. En un estudio, el 39% de los pacientes reconocieron un evento estresante antes de un brote de psoriasis y esta relación es mucho más clara entre antes se da el primer brote de psoriasis⁽⁶⁾.

Desde el punto de vista molecular, se sabe que en la depresión están elevadas las citoquinas proin-

Tabla 1. Patologías dermatológicas más frecuentes en Atención Primaria.

	Explicación	Ejemplos a revisar
Trastornos psicofisiológicos	La vida psíquica del paciente está relacionada con la piel, ya sea como factor precipitante, exacerbante o perpetuante.	Psoriasis, dermatitis atópica, alopecia areata, liquen simple crónico.
Trastornos psiquiátricos primarios	La enfermedad psiquiátrica es la que se perturba primero y genera síntomas o signos dermatológicos.	Dermatitis artefacta, delirio de Ekbom, tricotilomanía.
Trastornos psiquiátricos secundarios	Los síntomas o signos dermatológicos generan enfermedades psiquiátricas secundarias.	Vitiligo, acné, neurofibromatosis.
Misceláneos	Aquellas que presentando asociación, no caben dentro de las tres primeras.	Glosodinia, vulvodinia, suicidio por causa dermatológica.

flamatorias, particularmente la IL-1 y TNF α ⁽⁷⁾, las mismas que se han demostrado elevadas en la patogénesis de la psoriasis, sugiriendo una asociación más allá de lo clínico.

Con respecto a los síntomas psiquiátricos que acompañan a la psoriasis, se encuentra que los trastornos dismorfofóbicos y el deterioro del funcionamiento social y laboral, son los más frecuentes; sin embargo, los síntomas más estudiados son la depresión, que alcanza hasta el 78% en un estudio reciente y la ansiedad, un 76%. Así también se demostró que a mayor detrimento de la calidad de vida medida a través del *score* WHOQOL-BREF, existe mayor porcentaje de superficie corporal afectada y mayor compromiso de articulaciones⁽⁸⁾.

Otra relación demostrada, aunque con escasos estudios, es el menoscabo en el desempeño sexual⁽⁹⁾. En una revisión brasileña sobre 8 estudios internacionales, se encontró que existe una relación directa entre el PASI (Psoriasis Area and Severity Index), BSA (Body Surface Area), compromiso articular de la enfermedad y disfunción sexual, destacando hasta un 50% de prevalencia de disfunción eréctil y problemas en el logro del orgasmo.

En relación al suicidio, en un estudio que involucró a 480 pacientes con enfermedades dermatológicas

(psoriasis, dermatitis atópica, acné y alopecia areata), a los que se les evaluaron síntomas depresivos e ideación suicida a través de la encuesta CRSD (Carroll Rating Scale for Depression), de 217 pacientes con psoriasis estudiados, aquellos con psoriasis severa (BSA>52%) presentaron mayor puntuación del CRSD y mayor ideación suicida, siendo esta última un 7,2%, la asociación más alta entre las enfermedades estudiadas⁽¹⁰⁾.

Alopecia areata

Esta enfermedad casi está definida por problemas “nerviosos”; sin embargo, la literatura no ha podido demostrar una asociación fisiopatológica directa entre el estrés psicológico, con sus mediadores neurohormonales, y la alopecia circunscrita. No obstante, en este contexto existe un estudio interesante que intenta diferenciar la ansiedad crónica versus los eventos estresantes agudos en la vida del individuo y se encontró que estos últimos sí están asociados estadísticamente a la AA⁽¹¹⁾.

De la misma forma en un estudio transversal, Güleç *et al*⁽¹²⁾ analizaron 52 pacientes con AA y los compararon con un grupo control del mismo recinto hospitalario y les aplicaron escalas para medir la comorbilidad psiquiátrica, no encontrando una asociación estadística entre la puntuación

de los *score* para ansiedad, depresión y número de eventos estresantes percibidos; sin embargo, estos últimos sí fueron reportados con mayor frecuencia en aquellos pacientes que atribuían su enfermedad a eventos estresantes.

En síntesis, se puede decir que la ansiedad y depresión no parecen tener una relación directa en la patogénesis, pero sí los eventos estresantes pudieran ser eventos gatillantes del proceso autoinmune subyacente.

En relación al suicidio, en el estudio descrito anteriormente⁽¹⁰⁾ no se encontró una asociación significativa.

Liquen simple crónico

También llamada neurodermatitis, corresponde a una dermatosis definida por el intenso prurito que ocasiona con el consiguiente rascado y dermatitis secundaria al mismo. Se caracteriza por placas excoriadas en zonas fácilmente accesibles al rascado, como nuca, tobillos, abdomen y región perineal.

Existe una asociación clara con los estresantes psicológicos y los trastornos de la personalidad neurotiformes, en donde el rascado provoca un alivio temporal del estrés y del prurito. Muchas veces subyace a este trastorno un cuadro de ansiedad crónica y/o de control de los impulsos⁽¹³⁾.

En relación a los efectos psicológicos de esta dermatosis, es interesante un estudio reciente que mostró que existe una prevalencia 1.74 veces mayor de presentar disfunción eréctil y mucho mayor si presenta además factores de riesgo CV asociados como la mayoría de los pacientes que padecen esta enfermedad⁽¹⁴⁾.

En cuanto al manejo, es importante considerar la ansiedad del paciente, adicionando al tratamiento inicial con antihistamínicos y corticoides tópicos,

medidas no farmacológicas tales como la psicoterapia para el control de los impulsos y una benzodiazepina y/o ISRS que permitan disminuir la ansiedad que perpetúa el cuadro.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS PRIMARIOS

Dermatitis artefacta

Enfermedad que se caracteriza por ser lesiones cutáneas autoinflingidas por el paciente, quien niega habérselas provocado⁽¹⁵⁾. Para algunos autores, ésta debe tener un origen racional para el paciente, lo que la diferenciaría de la simulación⁽¹⁶⁾.

Esta patología es más frecuente en mujeres que en hombres (3:1 hasta 20:1). Las lesiones son habitualmente simétricas, en lugares de la economía fácilmente accesibles, tales como abdomen, cuello, genitales y piernas.

Se han descrito lesiones de prácticamente todas las formas imaginables, siendo las más frecuentes las dermatitis de bordes geométricos o angulados, secundarias a excoriaciones con las uñas, además de púrpuras, ampollas y úlceras, pudiendo los pacientes referir prurito, dolor, quemadura o cualquier otro síntoma dermatológico.

En la Tabla 2 se explicitan los criterios diagnósticos del DSM – IV⁽¹⁷⁾; sin embargo, se debe reconocer que el diagnóstico muchas veces es complejo y requiere además de criterios psiquiátricos, un buen juicio clínico que al menos haya descartado razonablemente el amplio diagnóstico diferencial de la Dermatología, sumado a las distribuciones características en un paciente con historia clínica compatible.

Delirio de parasitosis (Ekbom)

Corresponde a un síndrome psiquiátrico, de múltiples etiologías, que se caracteriza por la falsa creencia de un paciente que cree estar infectado por uno

Tabla 2. Criterios diagnósticos del DSM – IV

Criterios del DSM-IV para el trastorno facticio con predominio de signos y síntomas físicos (300.19)
1. Producción intencionada o fingimiento de síntomas físicos (pero no psicológicos).
2. Necesidad psicológica de asumir el papel de enfermo, puesta de manifiesto por la ausencia de incentivos externos para la conducta, por ejemplo, ganancia económica, mejores cuidados o bienestar físico.
3. El trastorno no solo aparece en el curso de otro trastorno del eje 1, como la esquizofrenia.

o más patógenos, contrario a toda evidencia clínica. Existiendo un signo clínico llamado “signo de la caja de cerillas”, donde el paciente acude con una caja llena de parásitos que supuestamente lo infestan.

Actualmente se prefiere el término “delirio de infestación”, ya que con el cambio epidemiológico hoy en día se reportan delirios por bacterias, hongos, virus e incluso objetos inertes como fibras.

En un estudio australiano de 23 casos consecutivos⁽¹⁸⁾, se describe que lo más frecuentemente reportado fue el delirio de escabiosis (8%), seguido de parásitos no específicos (8%), lombrices (6%), hormigas (6%) y pediculosis (3%). Además se destaca en el estudio la alta tasa de tratamientos antiparasitarios en estos pacientes, reconociendo la dificultad que existe en el reconocimiento oportuno y en el convencimiento del diagnóstico en el paciente.

Tricotilomanía

La tricotilomanía corresponde a un desorden crónico del control de los impulsos, caracterizada por la falla al resistir la necesidad de tirar sus cabellos, resultando en una evidente alopecia, la que a su vez, tiende a distribuirse en patacones accesibles a la tracción con las manos⁽¹⁹⁾.

Desde el punto de vista dermatológico, son lesiones con menor cantidad de pelo, incluyendo áreas como las cejas, pestañas y vello púbico, pudiendo

asimilarse a cualquier otra patología dermatológica.

Al examen físico, generalmente se aprecian placas mal delimitadas de cabellos de distintas longitudes. El cuero cabelludo a menudo se observa normal. En caso de persistir la duda diagnóstica, la biopsia que informa tricomalacia es definitiva en el diagnóstico.

Está ampliamente estudiado que la base del tratamiento consiste en la psicoterapia cognitivo conductual, asociada a medicamentos ansiolíticos. Además es fundamental la búsqueda de comorbilidades, tanto psiquiátricas como metabólicas, que pudieran intervenir en el cuadro.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SECUNDARIOS

Vitiligo

El vitiligo es una forma específica de leucodermia, caracterizada por la despigmentación de una epidermis previamente sana. Se considera que es una de las patologías con mayor relación a eventos estresantes durante la vida de un individuo, lo cual está relacionado como un gatillante, pero a su vez, las enfermedades de salud mental desencadenadas por este trastorno son las que lamentablemente marcan su pronóstico⁽²⁰⁾.

Resulta interesante la experiencia de Müller en Brasil⁽²¹⁾, quien estudió entre dos grupos de pacientes que ingresaron por vitiligo la respuesta positiva de repigmentación, siendo de sólo un 20% en los pa-

cientes que se sometieron a terapia exclusivamente médica y hasta un 80% para el grupo tratado con terapia médica más psicoterapia.

Acné

Enfermedad primaria de la unidad pilosebácea, caracterizada por una disfunción del mismo que conlleva a su oclusión, generando la lesión primaria, denominada comedón (abierto o cerrado), con la posible progresión inflamatoria hacia lesiones tipo pápulas, pústulas y nódulos, más todas las lesiones secundarias a las mismas, como cicatrices, úlceras e hiperpigmentaciones.

En un estudio turco reciente⁽²²⁾, cuyo propósito era ahondar en la asociación de tener o haber tenido acné o vitiligo y el diagnóstico psiquiátrico de ansiedad social, se estudiaron los niveles de ansiedad, síntomas depresivos y calidad de vida a través de encuestas contrastadas entre 37 pacientes con acné facial y 37 controles, encontrándose que tanto los niveles de ansiedad y depresión eran mayores en los casos ($p < 0,05$), con una repercusión en la calidad de vida y ansiedad social, medida a través de un *score* clínico.

También se ha descrito asociación a suicidio, por lo que siempre se debe investigar en el momento de la consulta, independiente del grado clínico objetivo de severidad, puesto que muchas veces la vivencia de la patología no se relaciona necesariamente con

lo que se observa al examen físico⁽²³⁾.

CONCLUSIONES

En nuestro país por razones históricas y pedagógicas se ha tendido a atomizar las enfermedades de la piel, entre lo que se ve y lo que no se ve, pero claramente a medida que nos enfrentamos a enfermedades propias del siglo XXI, cada vez más complejas, donde los factores inmunológicos y psicológicos juegan un rol mayor, nos enfrentamos a un tipo de enfermedades que ya no responden a la lógica de “una enfermedad, un remedio” y se hace menester un enfoque terapéutico distinto.

Dentro del abordaje necesario, el trabajo coordinado entre médicos de atención primaria, dermatólogos y psiquiatras es fundamental, ya que nos permitirá tener una visión holística de la enfermedad, encontrarles una explicación ambiental y nos dará las herramientas para intervenir en todos los niveles de la patogénesis.

Queda en evidencia entonces que existen factores psicológicos que pueden iniciar y perpetuar las dermatosis más comunes de la práctica diaria. Por lo tanto, está en nuestras manos utilizar las herramientas de la salud mental para atacar esta arista de la enfermedad y lograr un mejor control de estas enfermedades muchas veces catastróficas y estigmatizantes.

REFERENCIAS

1. Yadav S, Narang T, Kumaran MS. Psychodermatology: A comprehensive review. *Indian J Dermatol Ve* 2013;79:176-92.
2. Muñoz LU, Calderón PH, Castro AL, Zelman V. Psychocutaneous disease: knowledge and clinical attitudes of Chilean dermatologists. *Int J Dermatol* 2014;53(4):e266–e267.
3. Franca Katlein, Chacon Anna, Ledon Jennifer, Savas Jessica, Nouri Keyvan. Psychodermatology: a trip through history. *An Bras Dermatol* 2013;88:842-3.
4. O'Sullivan RL, Lipper G, Lerner EA. The neuro-immunocutaneous endocrine network: relationship of mind and skin. *Arch Dermatol* 1998;134:1431-5.
5. Koo JYM. Psychodermatology: current concepts. Kalamazoo, Mich: The Upjohn Company, 1989.
6. Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological comorbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol* 2003;12:833-42.
7. Schiepers OJ, Wichers MC, Maes M. Cytokines and major depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2005;29:201-17.
8. Lakshmy S, Balasundaram S, Sarkar S, Audhya M, Subramaniam E. A cross-sectional study of prevalence and implications of depression and anxiety in psoriasis. *Indian J Psychol Med* 2015;37:434-40.
9. Kurizky P, Mota L. Sexual dysfunction in patients with psoriasis and psoriatic arthritis - a systematic review. *Rev Bras* 2012;52:943-8.
10. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol* 1998;139:846-50.
11. Brajac I, Tkalcic M, Dragojevis DM, Gruber F. Roles of stress, stress perception and trait-anxiety in the onset and course of alopecia areata. *J Dermatol* 2003;30:871-8.
12. Güleç AT, Tanrıverdi N, Dürü Ç, Saray Y, Akçalı C. The role of psychological factors in alopecia areata and the impact of the disease on the quality of life. *Int J Dermatolog* 2004;43:352–6.
13. Sanjana VD, Fernandez RJ. Lichen simplex chronicus - A Psychocutaneous disorder? *Indian J Dermatol Ve* 1995;61:336-8.
14. Juan C-K, Chen H-J, Shen J-L, Kao C-H. Lichen simplex chronicus associated with erectile dysfunction: a population-based retrospective cohort Study. *PLoS ONE* 2015;10:e0128869.
15. Pichardo R, García Bravo B. Dermatitis Artefacta - Revisión. *Actas Dermosifiliogr* 2013;104:854-66.
16. Consoli SG. Dermatitis artefacta: a general review. *Eur J Dermatol* 1995;5:5-11.
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
18. Tran MMA, Iredell DR, O'Sullivan MVN, Hudson BJ. Delusional infestation: an Australian multicentre study of 23 consecutive cases. *Int Med J* 2015;45:454–6.
19. Martin E Franklin, Kathryn Zagrabbe, Kristin L Benavides. Trichotillomania and its treatment: a review and recommendations. *Expert Rev Neurother* 2011;8:1165-74.
20. Ongenae K, Beelaert L, van Geel N, Naeyaert JM. Psychosocial effects of vitiligo. *J Eur Acad Dermatolog Ve* 2006;20:1–8.

21. Müller MC, Ramos DG. Psicodermatologia: uma interface entre psicologia e dermatologia. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2004;24:76-81.
22. Salman A, Kurt E, Topcuoglu V, Demircay Z. Social anxiety and quality of life in vitiligo and acne patients with facial involvement: a cross-sectional controlled study. *Am J Clin Dermatol* 2016;17:305-11.
23. Picardi A, Lega I, Tarolla E. Suicide risk in skin disorders. *Clin Dermatol* 2013;31:47-56.

CORRESPONDENCIA



Dr. Felipe da Costa Llanos
CESFAM Tirúa, Servicio de Salud Arauco
Atahualpa sin número, Tirúa, 8° Región
Fono: 569 8754 7217
E-mail: felipedacostall@gmail.com