

mi paciente es...

Un hombre de 65 años que sufrió un accidente de tráfico en 1980...



Esther L. Garabito Solovera

Médico interno residente de cuarto año. Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario. Salamanca.



Susana Blanco Barrios

Médico adjunto del Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario. Salamanca.



Guadalupe Fernández Blasco

Médico adjunto del Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario. Salamanca.

Mi paciente es un hombre de 65 años que sufrió un accidente de tráfico en 1980 en el cual se fracturó el macizo facial derecho y fue necesaria la enucleación del ojo derecho, quedando como secuela una deformidad facial y anestesia parcial en hemicara de ese lado. Acude a nuestra consulta por presentar dos lesiones faciales ulceradas desde hace 4 años, de evolución fluctuante, sin otros síntomas asociados.

A la exploración se aprecia una lesión ulcerada de reborde papuloso, brillante e infiltrado, que se extiende por el surco nasolabial derecho y llega hasta la comisura bucal (fig. 1). Se observa también destrucción del ala nasal derecha, afectación de la mucosa nasal de ese lado y pequeña lesión ulcerocostrosa en reborde interno de la órbita derecha.

Con la sospecha de que pudiera tratarse de un carcinoma basocelular terebrante expansivo multicéntrico se toman dos biopsias para estudio histológico de dos áreas diferentes, las cuales muestran una epidermis con acantosis irregular, hiperqueratosis e hipergranulosis (fig. 2). La dermis presenta vasos capilares dilatados, ligera fibrosis, discretos agregados inflamatorios linfomonocitarios parcheados y ausencia de infiltración neoplásica.



Figura 1. Lesión ulcerada, terebrante, de reborde papuloso, brillante e infiltrado.

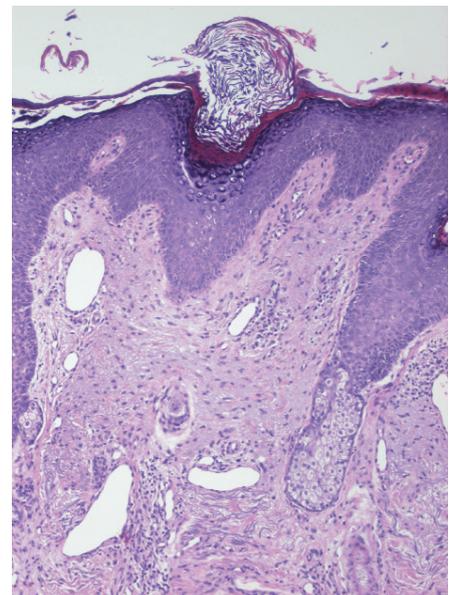


Figura 2. Hematoxilina-eosina, x100.

mi paciente es...

Un hombre de 65 años que sufrió un accidente de tráfico en 1980...

En la primera visita se pauta cura tópica con mupirocina. A los 16 días, el paciente presenta una sorprendente mejoría de las lesiones, con cicatrización casi completa (fig. 3). A la vista de la evolución clínica y de los hallazgos obtenidos en las pruebas solicitadas, se reinterroga al paciente, el cual reconoce la autoría de las lesiones, pero afirma «no poder evitarlo».



Figura 3. Sorprendente curación de las lesiones a los 16 días de la primera visita.

Ante esta situación se consulta al servicio de psiquiatría donde nuestro paciente es diagnosticado de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) e indican terapia conductual sin tratamiento farmacológico. En la última revisión el paciente refiere no estar cumpliendo la terapia indicada y presenta lesiones similares a las descritas en el momento inicial.

El término excoriación neurótica fue introducido por primera vez en 1920 en la literatura dermatológica. A causa de las connotaciones negativas que tiene el concepto de neurótico, hay autores que prefieren denominarlo simplemente «excoriación»¹.

Este trastorno se caracteriza porque los pacientes sienten un deseo irresistible de hurgar, rascar, pellizcar o frotar la piel hasta dañarla². Se trata de un acto compulsivo y repetitivo. Los pacientes son conscientes de su conducta autodestructiva³ y lo reconocen^{4,5}, pero no son capaces de renunciar a ella pese al sentimiento de culpabilidad por la desfiguración que se ocasionan. La incidencia apro-

ximada es de un 2% de los pacientes dermatológicos, llegando hasta un 9% en los pacientes que consultan por prurito³. Hay un predominio en el sexo femenino, situándose la media de edad entre los 30 y los 45 años^{2,3}. La morfología de las lesiones es muy variada, desde erosiones superficiales hasta ulceraciones profundas, y es característico encontrarlas en varios estadios evolutivos, con una distribución simétrica y localizadas en áreas accesibles al rascado^{2,3}. La duración media de los síntomas es de 5 a 8 años, pero sin tratamiento el proceso tiende a perpetuarse². La psicopatología de base es diversa, desde un TOC hasta un trastorno por ansiedad o una depresión^{2,4}. El tratamiento dermatológico es sintomático. La psicoterapia, los antidepresivos y, en ocasiones, los ansiolíticos consiguen mejoría en muchos casos^{2,3}.

Hay que diferenciarlo, principalmente, de la dermatitis artefacta, en la que los pacientes niegan la autoría de las lesiones^{2,4,5}, y del delirio parasitario, en el que existe una creencia falsa y fija de parasitación^{2,4,5}. En el caso de una simulación, los pacientes se autoinfligen lesiones cutáneas para obtener un beneficio consciente^{2,5}.

Algunos expertos en la psique a los que hemos consultado nuestro caso sugieren que el origen del trastorno de la conducta de nuestro paciente podría estar en lo que ellos denominan un «trauma demorado» por la no aceptación de las secuelas físicas sufridas en aquel accidente años atrás, lo que originaría que nuestro paciente se autoagreda de esta forma.

En definitiva, es aconsejable una buena colaboración entre psiquiatras y dermatólogos, así como no trivializar sobre estos trastornos, por la importante psicopatología que puede subyacer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Walling HW, Swick BL. Psychocutaneous syndromes: a call for revised nomenclature. *Clin Exp Dermatol.* 2007;32:317-9.
2. Bologna J, Jorizzo J, Rapini R, editores. *Psychocutaneous diseases.* En: *Dermatology.* 2.^a ed. London: Mosby; 2007. p.106-9.
3. Cyr PR, Dreher GK. Neurotic excoriations. *Am Fam Physician.* 2001;64:1981-4.
4. Romaní de Gabriel J, Chesa D. Psicodermatología en atención primaria. *Piel.* 2005;20:282-9.
5. Ginarte M, Amrouni B, Toribio J. Dermatitis artefacta. Presentación de un caso. *Actas Dermosifiliogr.* 2001;92:502-4.