

REVISION DE TEMAS

ENFERMEDADES PSICOCUTANEAS

José Ignacio Gómez Uribe

RESUMEN

Revisamos algunos aspectos acerca del desarrollo histórico de la medicina y la Dermatología Psicosomática. Se describen teorías respecto de la somatización psicodinámica y algunos hallazgos recientes en Ciencias Básicas relacionados con ellas.

Ofrecemos también una clasificación de las entidades psicosomáticas, con énfasis en las enfermedades de origen estrictamente psicológico, y algunas sugerencias relacionadas con su tratamiento.

Palabras claves: Dermatitis Facticia, enfermedades psicocutáneas.

ENFERMEDADES PSICOCUTANEAS

La medicina psicosomática se inicia en el siglo XVI con Paracelso, quien sustituyó los "humores" de Galeno por cinco causas etiológicas posibles de enfermedad, denominando una de ellas como "Psíquica".

En tiempos más recientes Schweningen (1850 - 1924), médico personal del príncipe Von Bismarck y figura reconocida por los dermatólogos, concebía al hombre como producto de sus vivencias y del contacto con el medio causante de enfermedad. Groddeck (1866-1934) discípulo del anterior, describe el cuerpo y la mente como una unidad y la necesidad de evaluar la mente en todo proceso de enfermedad orgánica.¹

Los primeros trabajos sobre Dermatología psicosomática se atribuyen a *Erasmus Wilson*, quien en 1867 refería la influencia "nerviosa" sobre algunas funciones de la piel como el prurito, la alopecia y la acarofobia.

Sin embargo, tomó casi 100 años para que los trabajos de *McAlpine*, *Flandeers*, *Dunbar*

Wittkower, entre otros, sirvieran para clasificar los trastornos nerviosos en algunas enfermedades y los perfiles de personalidad de quienes las sufrían.

La somatización nace en aquellos pacientes incapaces de expresar sus sentimientos (alexitémicos), por diferentes razones que varían entre lo fisiológico y psicológico. Su expresión se efectúa a través de síntomas físicos, no de manera verbal. Otra visión de la somatización es la dificultad o incapacidad de expresar agresividad. El traslado de la experiencia emocional al cambio fisiológico y de allí al síntoma físico se denomina *Transducción*. Esta reacción es mediada por mecanismos autónomos, humorales y neuromusculares.^{1,2,3}

Estudios experimentales realizados en los últimos 20 años han mostrado la unidad de reacción al conflicto, que aglutina a la Psicología, la Neuroendocrinología y la Inmunología. Se han determinado factores solubles producidos por los tejidos nerviosos e inmunológicos, en condiciones de normalidad o patología que incluyen: neurotransmisores, neuropéptidos (N.P.), A.C.T.H., catecolaminas y citoquinas (linfoquinas y monoquinas).

Esta relación entre el S.N.C. y el sistema inmune ocurre como consecuencia de la acción neurohormonal sobre las células inmunológicas, y la producción tanto de citoquinas como de anticuerpos. En ambos sistemas existe un número elevado de péptidos y proteínas utilizados como "mensajeros intercelulares". Estas sustancias conocidas como neuropéptidos (N.P.) constituyen un grupo heterogéneo de moléculas que van desde las que contienen dos aminoácidos hasta las que contienen 40 aminoácidos. Se consideran productos endógenos del sistema inmune, y son utilizados como autorreguladores y comunicadores entre este sistema y el neuroendocrino.⁴

José Ignacio Gómez Uribe, Dermatólogo, Profesor Titular VI Universidad de Antioquia, calle 33 #42B-06, Medellín. Consultorio #12-21 Tel. 2620866, Medellín E. Mail: Jiguif@epm.net.co

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PSICOCUTANEAS

Teniendo en cuenta los aspectos etiológicos y clínicos de las enfermedades psicocutáneas, podrían clasificarse de la siguiente manera :⁽¹⁾

1. Enfermedades de origen estrictamente psicológico:
 - 1.1 Delirio de parasitosis
 - 1.2 Delirio dismórfico (Dismorfosis)
 - 1.3 Dermatitis artefacta
 - 1.4 Trastornos obsesivo-compulsivos
 - 1.5 Púrpura psicógena (Gardner - Diamond)

2. Entidades con marcada influencia psicológica:
 - 2.1 Urticaria crónica
 - 2.2 Prurito ano-genital
 - 2.3 Prurito generalizado
 - 2.4 Alopecia Areata
 - 2.5 Hiperhidrosis

3. Entidades de origen genético o ambiental, que pueden ser afectadas por factores emocionales:
 - 3.1 Dermatitis atópica.
 - 3.2 Psoriasis.
 - 3.3 Eczema dishidrótico
 - 3.4 Acné vulgar
 - 3.5 Eczema seborréico
 - 3.6 Neurodermatitis
 - 3.7 Liquen rojo plano
 - 3.8 Herpes simple recidivante

Vamos a considerar únicamente las entidades de origen estrictamente psicológico.

Delirio (idea delirante)

Es una creencia fija, falsa e inmutable ante evidencia contradictoria; además, independiente del nivel educacional.

Los delirios cutáneos forman parte de la llamada psicosis hipocondríaca monosintomática (P.H.M.). Los pacientes con P.H.M. no presentan compromiso de otras funciones mentales⁽⁵⁾.

1.1 **Delirio de Parasitosis:** Mal denominada acarofobia o parasitofobia. Es el tipo más

frecuente de P.H.M. visto por los dermatólogos. Afecta preferentemente a mujeres en una relación de 3:1 y con una edad media de 55 años. Se trata de pacientes con la firme convicción de estar infectadas por parásitos. Los síntomas son definidos, hablan de la sensación adecuadamente y hasta la descripción de los parásitos causales. Algunos pueden llevar a la consulta restos epidérmicos y aún insectos comunes en pequeñas cajas.^{6,7,8}

Puede existir un estado delirante compartido, donde pueden estar involucradas varias personas, usualmente muy ligadas emocionalmente al paciente.

Entre los hallazgos más frecuentemente asociados se encuentran los trastornos visuales, auditivos y el aislamiento social. Estos pacientes son solitarios, excéntricos con personalidad previa obsesiva, convirtiéndose en consultadores crónicos, con quejas permanentes acerca de la incompetencia médica.^{12,13}

En adultos jóvenes, se debe descartar la exposición a drogas estimulantes como anfetaminas y cocaína.

Tratamiento

La utilización de argumentos racionales con el paciente acerca de su idea delirante es contraproducente.

La forma más eficaz de tratamiento es el pimozide, droga antipsicótica de elección. Se administra en dosis ascendentes, iniciando con 1 mg/día hasta alcanzar 4-6 mg., teniendo en cuenta los efectos secundarios extrapiramidales y cardíacos. Se ha utilizado también el Haloperidol.⁹

1.2 Delirio Dismórfico o Delirio de la Imagen corporal: denominada también dismorfofobia o enfermedad no dermatológica, puesto que son pacientes con abundantes síntomas cutáneos en áreas importantes para la imagen, pero con ausencia de signos orgánicos.^{10,11}

El trastorno fundamental está en la percepción de su imagen corporal, muy importante en el desarrollo de la autoestima. Los síntomas se presentan con más frecuencia en:

- a) Cara
- b) Cuero cabelludo
- c) Genitales.

Su incidencia es difícil de establecer; sin embargo, se piensa que el 2% de los pacientes que consultan por Cirugía Plástica o Dermatológica presentan síntomas dismórficos, la mayoría son mujeres y sus ideas delirantes son acerca de la cara y el cuero cabelludo. La tendencia en hombres es hacia la región genital y la edad de aparición fluctúa entre los 30 y 50 años.

- a) **Síntomas faciales:** El enrojecimiento, la sensación de quemadura, la dilatación de los poros, el incremento de grasa y del vello son los más frecuentes. También incluye este grupo la glosopirosis y la glosodinia.¹²

Estos síntomas generalmente se asocian con depresión y puede haber intentos de suicidio¹⁰

- b) **Síntomas del cuero cabelludo:** Aquí el principal es la caída del cabello y la sensación de quemadura.

- c) **Síntomas del área genital:** Predomina la consulta masculina y se desarrolla después de una exposición sexual real o imaginaria. Refieren eritema escrotal, temor de haber contraído un herpes, síndrome de inmunodeficiencia adquirida o alguna enfermedad venérea, y síntomas inespecíficos.

El equivalente femenino es la vulvodinia, que puede ser secundaria a traumas menores o a cirugía ginecológica.¹¹

Estos pacientes dismórficos presentan grandes problemas de pareja, son separados, solitarios y poco sociables. Aunque en un buen número se ha encontrado una personalidad obsesiva previa, el trastorno psiquiátrico más común es la depresión.

Tratamiento

El ideal es hacerlo en unión con el Psiquiatra. El manejo farmacológico se hace con inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (SSRI), tales como: fluoxetina, clomipramina, sertralina o fluvoxamina, en dosis más elevadas de las usadas convencionalmente. Cuando existe resistencia al tratamiento, se adiciona pimozide o bupiróna^{13,14}.

- 1.3 Dermatitis artefacta:** Es una entidad que presenta lesiones cutáneas, provocadas o perpetuadas en forma consciente o inconsciente por el mismo paciente o por otras personas, con la finalidad de satisfacer una necesidad psicológica. En cada caso, la psicopatología es diferente y requiere tratamiento específico. En la práctica dermatológica, la incidencia es alrededor de 0.3%, con marcado predominio en mujeres: 7:1 (adolescentes y adultas jóvenes).

Según su etiología las lesiones auto infligidas, se pueden dividir en:

- a) Lesiones producidas conscientemente, con marcada ganancia secundaria. (Simuladores).
- b) Lesiones producidas conscientemente, en respuesta a una idea delirante (P.H.M.).
- c) Lesiones producidas por acciones repetitivas - trastornos obsesivo compulsivos.(TOC).
- d) Lesiones producidas consciente o inconscientemente, para satisfacer una necesidad psicológica.
- e) Lesiones producidas sobre otra persona con las mismas características del anterior.¹⁵

El trastorno simulatorio es más ético y moral que psicológico; quien lo ejecuta presenta una personalidad sociopática y generalmente es hombre y adulto joven. Su meta es externa y entendible.

Las manifestaciones clínicas de la dermatitis artefacta son muy variadas: úlceras, excoriaciones, edemas, hematomas, púrpuras, etc., dependiendo fundamentalmente de los medios utilizados para provocar las lesiones (mecánicos, físicos o químicos). Dos hechos, permiten orientar el diagnóstico:

- 1.La naturaleza de la lesión y las circunstancias que rodean su aparición.
- 2.La personalidad del paciente.

Las lesiones son de aparición brusca y siempre que las observamos están completamente desarrolladas. Hay completa incapacidad o falta de interés en el paciente para discutir sobre las primeras manifestaciones de la enfermedad, o dan explicaciones evasivas e inconsistentes (Hollow History).

La apariencia de las lesiones no recuerda proceso dermatológico alguno, su forma es geométrica y su aspecto bizarro, con bordes bien definidos que en algunas ocasiones, reproduce el objeto causal: uñas, vidrios, cáusticos, quemaduras por cigarrillo o edemas por compresión con elásticos. Se localizan en áreas visibles y accesibles a la manipulación y evolucionan por brotes, coincidiendo con periodos de conflicto. Algunas veces el paciente predice el lugar de aparición (profecía melodramática).

La personalidad del paciente en general está trastornada; existe en ellos egocentrismo, introversión e inmadurez emocional, con dificultades de adaptación familiar, profesional o social, y tendencias masoquistas histéricas. La psicopatología es notoriamente consistente, la mayoría presentan una personalidad fronteriza (borderline), explicada por la falta de lazos afectivos en la primera infancia e historias frecuentes de abusos físicos y sexuales. Las relaciones posteriores que establecen son dependientes y manipuladoras.^{16,17,18}

Desde el punto de vista bioquímico, se ha encontrado incrementos en los niveles plasmáticos de metaencefalina; esta sustancia podría explicar biológicamente la graficación emocional de los pacientes que se autoagreden.¹⁷

El diagnóstico, en general, no plantea gran dificultad, pese a los esfuerzos de los pacientes por desorientar al médico y enmascarar su agresión; sin embargo, el tratamiento es difícil, puesto que cualquier sugerencia acerca de su origen, durante la primera consulta, produciría rechazo inmediato por parte del paciente y sus familiares.

Los vendajes oclusivos son de valor inmediato, pero hacen que el paciente repita su agresión.

Debido al alto contenido emocional de la piel, se prescriben más adecuadamente, compresas húmedas o emolientes.

La medicación con antidepresivos se hace básicamente en época de recaída, incluyendo la utilización de antipsicóticos en casos de muy difícil control. Sin embargo, los pilares fundamentales del tratamiento son:

A) Psicoterapia tratando de adaptar la personalidad.

B) El seguimiento frecuente del paciente¹⁵

1.4 Trastornos Obsesivo-Compulsivos (TOC):

La obsesión es una idea, pensamiento, impulso e imagen persistente que puede causar angustia, ansiedad o deterioro en las relaciones, empleo, estudios o actividades sociales de quien la presenta^{19,20} Las personas con este trastorno son conscientes de lo inapropiado e irracional de su obsesión, pero no pueden resistirlo.

Hasta hace muy poco, estos trastornos eran considerados raros y de mal pronóstico; actualmente con el mejor conocimiento en su incidencia, diagnóstico, biología y tratamiento, ha mejorado su pronóstico. La mayoría de los pacientes son obsesivos, pero también presentan compulsiones.

La compulsión es un acto repetitivo, motor, estereotipado, ritual, efectuado para reducir la ansiedad. Este paciente es incapaz de ser productivo, por el consumo desmedido de tiempo utilizado en sus rituales y obsesiones.

La tasa de prevalencia es del 3%; casi la mitad de los pacientes inician su condición desde la infancia.

Como ningún otro trastorno, el TOC ha sido estudiado desde el punto de vista neurobiológico, y se ha encontrado que la corteza orbito frontal (hiperfrontalidad), el núcleo caudado y el *globus pallidus* juegan un papel muy importante en los síntomas. Entre las manifestaciones más frecuentes (de los TOC) vistas en Dermatología están:

- a) Tricotilomanía
- b) Onicotilomanía - Onicofagia
- c) Acné excoriado
- d) Excoriaciones neuróticas

La tricotilomanía. Es un acto repetitivo de arrancarse el pelo; compromete en orden de frecuencia el cuero cabelludo, las cejas, pestañas y barba. Hay ligero predominio en mujeres 2:1 y su tratamiento con terapia conductiva y antidepresivos SSRI es muy efectivo.

Igual respuesta se ha encontrado en el tratamiento del **acné excoriado** y la **onicotilomanía**.

Excoriaciones neuróticas. Es el trastorno más común de la patología obsesivo-compulsiva en la piel; se caracteriza por el rascado, fricción y hurgamiento compulsivo de la piel, con producción de lesiones características. El proceso puede iniciarse por pequeñas irregularidades en la piel o de novo, en superficies extensoras de brazos, antebrazos, muslos y piernas, pueden variar en tamaño y observarse en diferentes estadios evolutivos, desde pequeñas lesiones excoriadas hasta nódulos hiperpigmentados y cicatrices atróficas.¹⁵ Su incidencia es significativamente más alta en mujeres, en cualquier época de la vida, pero más hacia la tercera y cuarta décadas.

Estos pacientes han presentado una infancia difícil, con padres punitivos, y con frecuencia son rígidos, perfeccionistas, socialmente reservados, con gran dificultad en el manejo de la ira y la agresividad.

Tratamiento

Es sintomático:

- A) Antipruriginosos tópicos (Doxepina 5%)
- B) Antihistamínicos (hidroxicina)
- C) Terapia conductiva
- D) SSRI.^{13,14}

1.5 Púrpura Psicógena o síndrome de autosensibilización autoeritrocítica:

Descrito en 1955 por Gardner y Diamond en

mujeres, se caracteriza por presentar equimosis, acompañada de lesiones en placa o nodulares, inflamatorias y dolorosas, luego de traumas mínimos. Son crónicas y recidivantes, acompañadas algunas veces por manifestaciones gastrointestinales, urinarias, neurológicas, y en el 90% de manifestaciones psiquiátricas severas con hospitalizaciones y cirugías a repetición.^{21,22}

Esta es una versión moderna de la estigmatización. Como prueba diagnóstica, se puede utilizar la inyección de glóbulos rojos autólogos o la L-fosfatidyl serina.

El tratamiento es exclusivamente psiquiátrico:

- a) Psicoterapia
- b) Psicofármacos (SSRI).

SUMMARY

This article reviews the historical development of psychosomatic concepts, describes some theories concerning the process whereby somatization takes place and why a particular disease is chosen. It reviews some relevant basic science findings, offers a working classification of psychocutaneous disease and, finally, makes some suggestions as to how we may become more effective in handling this important part of our clinical practice.

Key words:

Dermatitis Facticia, psychocutaneous disease.

BIBLIOGRAFIA

1. Koblenzer SC. Psychosomatic concepts in Dermatology. Arch. Dermatol. 1983; 119:501-512.
2. Bastiaans J. The role of aggression in the genesis of psychosomatic disease. J Psychosom Res 1969; 13:307-314.
3. Coles RB. Glossodynia: A psychosomatic problem. Trans St John Hosp Dermatol Soc 1966; 52:79-83.
4. Rasmussen A. Emotion and immunity. Ann N.Y. Acad Sci 1969; 164:458-462.
5. Munro A. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis manifesting as delusions of parasitosis. Arch Dermatol 1978; 114:940-943.