

# **RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO DE PSIQUIATRÍA**

I Reunión del Grupo Español de Dermatología Psiquiátrica  
*Madrid, 25 y 26 de febrero de 2005*

V Reunión del Grupo de Dermatología y Psiquiatría  
*Valladolid, 13 y 14 de febrero de 2009*

RESÚMENES



# I REUNIÓN DEL GRUPO ESPAÑOL DE DERMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

Madrid, 25 y 26 de febrero de 2005

## 1. VULVODINIAS: ESTUDIO OBSERVACIONAL, DESCRIPTIVO Y RESPUESTA TERAPÉUTICA

M.J. Tribó, S. Ros, M.J. García, M. Ferrán, M. Gilaberte, F. Gallardo, A. Toll y R.M. Pujol

*Servicios Dermatología y Psiquiatría. Hospital del Mar. Barcelona. España.*

**Antecedentes.** La ausencia de un consenso en el concepto de vulvodinia así como en su clasificación complica considerablemente su exacta definición. Actualmente la patofisiología de la vulvodinia se desconoce y la sintomatología es resistente a toda terapéutica convencional, pudiendo interferir en las relaciones interpersonales y laborales de la paciente.

**Objetivo.** Evaluar el perfil psicopatológico básico de la paciente, su importancia en clínica dermatológica e históricamente el que no se haya conseguido su ubicación nosológica.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de 80 pacientes afectas de Vulvodinia. Han sido evaluadas desde el punto de vista médico siguiendo un protocolo estándar marcado: Sintomatología clínica, Factores desencadenantes, Exploración ginecológica, Frotis vaginal, Test de Schirmer, Pruebas epicutáneas, Parásitos en heces. Análítica estándar + Ac. Fólico, Vit B12, ANAs, Ro/La, ac anti-cel parietales y biopsia. A cada una de las pacientes se le administraron los siguientes cuestionarios: EVID, EVA, Life Events Scale (Holmes), Hospital Anxiety and Depression (HAD), Escala de Hamilton para la Ansiedad (HRSA), Escala de Montgomery-Asberg para la Depresión (MADRS), Índice dermatológico de Calidad de Vida (DLQI) e Índice de reactividad al estrés (González de Rivera).

**Resultados.** El porcentaje de pacientes con patología psicosomática asociada a tendencia depresiva es elevado. Sus relaciones interpersonales son insatisfactorias acompañándose habitualmente de dispareunia.

**Conclusiones.** Cuando nos hallamos ante una paciente con dolor urente vulvar es vital excluir las diferentes condiciones tratables. Si la paciente tiene vulvodinia de causa desconocida es importante escoger cuidadosamente el tratamiento sabiendo que existen datos poco coherentes obtenidos de estudios que apoyen y garanticen una terapéutica segura y definitiva.

## 2. ACNÉ EXCORIADO Y BULIMIA

M.J. García Lacort, S. García Blanco, M.J. Tribó, S. Ros Montalbán y R.M. Pujol

*Servicio de Dermatología y Servicio de Psiquiatría. Hospital del Mar. Barcelona. España.*

**Introducción.** Existen numerosos estudios sobre las alteraciones cutáneas en los trastornos alimentarios. La mayor parte de los trabajos epidemiológicos están realizados en población adulta, siendo escasos los aportados en la población adolescente. Las manifestaciones más frecuentes en adultos son la xerosis de la piel, el dermatofitismo, el efluvium en telogen y el lanugo. En menor proporción, pero no menos importante, se encuentran las conductas de tipo impulsivo como la onicofagia y la tricotilomanía. La presencia de acné excoriado presenta una prevalencia de un 10% en la población con trastornos alimentarios. La preva-

lencia de las alteraciones dermatológicas en anorexia y bulimia en adolescentes son prácticamente las mismas que en adultos, si bien parece que en aquellos predominan más las conductas autolesivas, posiblemente justificables a la presencia de mayor impulsividad característica de esta edad.

**Caso clínico.** Se presenta una paciente de 14 años con antecedentes de tricotilomanía tratada con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina a altas dosis. Acude al Servicio de Dermatología porque en la actualidad está afectada de acné excoriado asociado a episodios de atracón.

**Material y métodos.** Se describe la exploración dermatológica y psiquiátrica. Se efectúa un protocolo de test psicométricos (Escala de Hamilton para la ansiedad, Escala de impulsividad de Barrat y Test de Bulimia de Edimburgo). Se especifica el tratamiento de elección y pauta de administración así como la evolución tras un año de tratamiento.

**Conclusión.** Existe una alta comorbilidad entre los trastornos dermatológicos y las patologías psiquiátricas. Las intervenciones combinadas con fármacos tópicos y psicofármacos antiimpulsivos en adolescentes con trastornos en el control de impulsos favorecen la correcta evolución y completa remisión del cuadro.

## 3. PSICOPATOLOGÍA EN PACIENTES DERMATOLÓGICOS. PSORIASIS, VITÍLIGO Y URTICARIA CRÓNICA

S. Ros, M. Pérez, E. Serra, L. Puig, A. Barata, A. Alomar y J. Wulff

*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. España.*

**Objetivos.** El objetivo del trabajo es explorar las variables sociodemográficas, detectar la presencia de psicopatología, niveles de adaptación y apoyo percibido y presencia de sucesos vitales estresantes en pacientes dermatológicos diagnosticados con psoriasis, vitiligo y urticaria crónica y la comparación de estas variables entre los tres grupos diagnósticos.

**Métodos.** La muestra está formada por 83 pacientes dermatológicos de los cuales 20 tienen diagnóstico de psoriasis, 33 de vitiligo y 30 de urticaria crónica. A cada uno de los pacientes se le administró un cuestionario de datos sociodemográficos, el Cuestionario de psicopatología de Goldberg (GHQ-60), Inventario de Depresión de Beck (BDI) y Escala de Ansiedad Estado y Rasgo de Spielberger (STAI E-R). Se recogieron asimismo datos referentes a su adaptación y apoyo familiar, social y laboral y la presencia de sucesos vitales estresantes durante los dos últimos años.

**Resultados.** Los resultados de las pruebas psicopatológicas no muestran diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos dermatológicos ( $p > 0,05$ ). Un 56,6% de los pacientes puntúan por encima de la normalidad en el GHQ, un 48,1% en el BDI, un 56,1% en la escala de ansiedad rasgo y un 40,2% en Ansiedad Estado. Existen diferencias significativas en la adaptación laboral y social y en el apoyo social mostrando una mejor adaptación en estas áreas los pacientes con vitiligo ( $p < 0,05$ ). Los niveles de insatisfacción respecto a la adaptación social, familiar y laboral se relacionan con la presencia de puntuaciones psicopatológicas en los cuestionarios administrados. En el grupo

de pacientes con urticaria crónica se detecta la presencia de un número mayor de sucesos vitales estresantes en los dos últimos años, tal incremento de eventos estresantes se relaciona con mayor nivel de psicopatología.

**Conclusiones.** Los tres trastornos dermatológicos en estudio obtienen medias que superan los niveles esperables en la población del Cuestionario de psicopatología de Goldberg (GHQ-60), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Ansiedad Rasgo de la Escala de Ansiedad de Spielberger (STAI E-R), sin que existan diferencias entre los grupos. Pese a ello, los pacientes con vitíligo muestran una mejor adaptación en el área laboral y social y en el apoyo social percibido. La insatisfacción en estas áreas está relacionada con mayores niveles de psicopatología en los cuestionarios. En los pacientes con urticaria crónica su mayor número de sucesos vitales estresantes se relacionan con un mayor nivel de psicopatología.

#### 4. DERMATITIS «BARBARROJA»

A. Vera, S. Martínez y R. Matas

*Servicios de Dermatología y Psicología Infantil.  
Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. España.*

**Caso clínico.** Paciente varón de 11 años que acude a nuestra consulta por presentar una erupción de 2 meses de evolución, que afectaba a la zona perioral, mentón y región mandibular. Las lesiones eran pápulas eritematosas exudativas que se agrupaban formando una placa de bordes mal definidos. El diagnóstico clínico inicial fue de tiña incógnita, pero la madre del paciente nos aseguró que no había utilizado corticoides en el tratamiento de la lesión. Se realizó examen directo de la lesión que mostró hifas y artroconidias y se practicó un cultivo micológico en el que a la semana se aisló *candida albicans*. Durante la consulta el paciente estaba triste (lloroso), y mostraba un comportamiento muy nervioso, ensalivando y restregando de forma compulsiva con su mano el área de la lesión. El niño tenía una situación familiar «difícil» y en el colegio muchos de sus compañeros le llamaban «Barbarroja». Se instauró tratamiento con fluconazol oral y antifúngicos tópicos y se solicitó una interconsulta al servicio de psicología infantil. A las tres semanas del tratamiento médico apenas existía una leve mejoría, pero tras 6 meses de psicoterapia y terapia ocupacional de apoyo las lesiones habían desaparecido totalmente sin ningún tratamiento farmacológico.

#### 5. DIAGNÓSTICO DE LAS DERMATITIS ARTEFACTAS

E. González-Guerra y A. Guerra Tapia<sup>a</sup>

*Servicio de Dermatología. Fundación Jiménez Díaz.  
<sup>a</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.*

La dermatitis artefacta o facticia, es un cuadro dermatológico en el que el paciente se provoca lesiones en la piel gracias a medios físicos o químicos.

El cuadro clínico cutáneo tiene una serie de características que ayudan a su diagnóstico como son la afectación de zonas donde las manos tienen acceso; la localización preferentemente facial; la morfología variada; Los bordes netos, a veces angulados o geométricos, rodeados de piel normal; a menudo disposición simétrica; anatomía patológica no específica.

En el diagnóstico existen una serie de datos indirectos que orientan hacia la sospecha como la presencia de lesiones cutáneas variadas inusuales, que no corresponden a cuadros clínicos comunes, y visitas hospitalarias recurrentes; obsesión por observar y cuidar las alteraciones de la piel; habilidad para descubrir donde pueden aparecer nuevas lesiones, presagiándolas con sensaciones de calor, quemazón, o prurito; aparición en los lugares

que el médico ha sugerido que podrían aparecer; a veces muestran entusiasmo por enseñar su patología; mientras hablan con el médico pueden estar rascándose o frotándose; algunos muestran indiferencia frente al cuadro cutáneo; al paciente le cuesta describir la historia natural de su enfermedad (historia vacía); suelen aparecer de forma repentina, sobre todo por la noche (de la noche a la mañana); ausencia o escasez de dolor (físico o moral).

#### 6. ATOPIA GRAVE REVELADORA DE UNA PSICOSIS

A. Tuneu, L. Pascual, A. López y M.A. Landa

*Hospital Donostia. San Sebastián-Donostia. España.*

**Introducción.** La piel y la psique están íntimamente relacionadas. A veces puede ser muy difícil saber si las lesiones cutáneas producen el trastorno emocional, o si existe un trastorno de personalidad que impida que las lesiones cutáneas mejoren. Presentamos un paciente afecto de una dermatitis atópica grave tras cuyo estudio podemos hipotetizar que padece una psicosis.

**Caso clínico.** Varón de 30 años, con antecedentes personales de asma y dermatitis atópica desde la infancia. Ocasionalmente hace algún trabajo de informática –según él y su familia, su grave problema dermatológico le impiden estudiar o trabajar con regularidad–. Su dermatitis había empeorado en los últimos 5 años, acudiendo a diversos dermatólogos. Cuando le vimos por primera vez hace 1 año, presentaba una dermatitis atópica extensa, a pesar de usar cremas de esteroides y tacrolimus, y sistémicamente: antihistamínicos, ciclosporina A, micofenolato mofetil y corticoides. Desde hacía 2 años la mayoría de los días no se levantaba de la cama y estaba en tratamiento psiquiátrico por una presunta depresión secundaria a la mala evolución de su atopía. Dadas las alteraciones analíticas y una HTA, se suspendieron progresivamente los inmunosupresores y se inició fototerapia con UVB-NB, corticoides tópicos y antihistamínicos orales. Además se recomendó tratamiento psicoterápico con una enfermera-psicóloga de nuestro hospital. A pesar de la mejoría objetiva de las lesiones, el paciente se muestra en todo momento descontento por «esta atopía tan grave». Periódicamente, sin causa aparente, tiene brotes de eccema –limitados bajo nuestro punto de vista, pero graves según él y su familia–, lo que le impide hacer una vida normal.

**Discusión.** El problema más grave de este paciente es la dificultad para acercarse a los demás. Por ello, cada vez que tiene la necesidad de contactar con el otro, ya sea vía trabajo o vía relaciones interpersonales, sintomatiza en su piel, y su atopía brota. Y así, sus lesiones le justifican ante todos «la presunta depresión», el ir al médico, o quedarse en la cama, es decir, cerrarse de nuevo (en su enfermedad) y volver a su dificultad. La familia también prefiere atribuir su estado a sus lesiones cutáneas que a su problema mental. Sin embargo, este paciente jamás mejorará de la piel sin un tratamiento antipsicótico correcto. Por ello, es básico el diagnóstico psiquiátrico correcto, para intentar estabilizarle psicológicamente y conseguir, una mejoría de su dermatosis.

#### 7. ATOPIA SEVERA EN RELACIÓN CON EL TRABAJO EN UNA EMPRESA FAMILIAR

A. López, L. Pascual, A. Tuneu y M.A. Landa

*Hospital Donostia. San Sebastián-Donostia. España.*

**Introducción.** El estrés, las emociones y los conflictos psíquicos desempeñan un papel muy importante en el desarrollo y mantenimiento de muchas enfermedades dermatológicas, entre las que se encuentra la dermatitis atópica. Presentamos el caso de un paciente con dermatitis atópica severa, con brotes recidivantes claramente relacionados con su trabajo en una empresa familiar.

**Caso clínico.** Varón de 40 años con antecedentes de dermatitis atópica desde la infancia. Su eccema estuvo bien controlado hasta que cumplió 32 años, momento en que inició brotes de dermatitis en manos que relacionaba con su trabajo en la empresa familiar de carnicería regentada por su padre, sobre todo cuando se introducía en la cámara frigorífica. Las pruebas alérgicas con suero de animales y el resultado del test del hielo fueron negativos. Cambió su puesto de trabajo en la empresa, por un trabajo de oficina, en el cual no tenía contacto con carnes ni con frío. Sin embargo en los años siguientes su dermatitis fue empeorando progresivamente, a pesar del tratamiento con cremas de esteroides y tacrolimus, corticoides, antihistamínicos y ciclosporina A sistémica, con lo que sólo notaba mejorías transitorias. Acude a nuestro servicio en septiembre del 2003 por empeoramiento brusco de su dermatitis. En la exploración física presentaba una dermatitis atópica severa. Se instauró tratamiento con antihistamínicos orales, tacrolimus y corticoides tópicos y fototerapia UVB, con mejoría de su atopía. Durante el año 2004 el paciente ha estado de baja laboral la mayor parte del año ya que, estando controlado, a los 2-3 días de empezar a trabajar se produce un brote de eccema sin una causa clara. En la entrevista psicológica, el paciente reconoce que en el fondo no desea seguir trabajando en la empresa familiar aunque su padre insiste en que continúe en ella. El desearía cambiar de trabajo pero la ruptura es muy problemática, ya que lleva trabajando con su padre desde los 18 años. Por otro lado relaciona el empeoramiento de su dermatitis, a la edad de 32 años, con acontecimientos vitales importantes ya que coincidió con el diagnóstico de fibromialgia de su mujer, con problemas de esterilidad en la pareja, y con la muerte de su madre, a la que se sentía muy unido.

**Discusión.** El fenómeno psicodermático tiene su origen en un exceso de angustia que en un momento determinado el paciente no sabe canalizar y somatiza en la piel. Este fenómeno se puede dar en cualquiera de las tres estructuras de la personalidad: neurosis, psicosis y perversión. En este caso nos enfrentamos a un paciente que ante las dificultades de la vida que le producen angustia, y dada su incapacidad de resolver su malestar por otras vías, desarrolla un brote de dermatitis. Por ello es fundamental asociar al tratamiento médico un tratamiento psicológico por una persona suficientemente capacitada para entender sus emociones y la forma de canalizarlas.

## 8. NO HAY ENFERMEDADES SINO ENFERMOS

A. Guerra Tapia y E. González-Guerra<sup>a</sup>

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de octubre.  
<sup>a</sup>Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.*

Las tasas de prevalencia de las enfermedades mentales en la población general son altas. Un estudio de prevalencia español (1) arroja porcentajes cercanos al 20%. Sin embargo son pocos los que sufren un trastorno mental puro. En la mayoría de los casos, la necesidad de atención psíquica se formula a través de síntomas o quejas somáticas, que frecuentemente se localizan en la piel, evidenciando que el tegumento es un terreno privilegiado donde se pueden objetivar fácilmente las relaciones entre *soma* y *psique*. El paradigma de la expresión cutánea de una alteración psíquica es la dermatitis artefacta, facticia o patomimia, en la que el trastorno mental es el origen único de la alteración cutánea. En este mismo capítulo se incluyen las ilusiones y alucinaciones, alteración de la imagen corporal que favorece la anorexia y la bulimia, los hábitos compulsivos como la tricotilomanía, o las excoriaciones neuróticas en el acné.

Otras veces, es el estrés el que ejerce un papel causal en la patogenia de la dermatosis, que puede presentarse en el momento del diagnóstico de una enfermedad grave, crónica o posiblemente mortal, o por el hecho de padecer una dermatosis que empeore la

calidad de vida. Otras enfermedades dermatológicas tienen en su desarrollo y manifestación un componente psicofisiológico como el prurito psicógeno, la urticaria crónica, los síndromes de púrpura psicógena, la alopecia areata, algunas formas de efluvio telógeno, los síndromes de dolor como la glosodinia y la vulvodinia, las dermatosis inflamatorias crónicas como la psoriasis cuyas lesiones se intensifican con la tensión emocional, y la dermatitis atópica en la que el picor, la inquietud que genera y el rascado inevitable, inducen nuevas lesiones. Es fundamental que el dermatólogo conozca y utilice las medicaciones psicótropas que pueden ser necesarias en el manejo del enfermo en todos sus aspectos sin transgredir en cualquier caso la imprecisa frontera que separa lo que el dermatólogo sabe y debe hacer, de lo que no es de su competencia, sino del psiquiatra.

Sin embargo no podemos olvidar que los pacientes que llegan al dermatólogo, a menudo no están preparados emocionalmente para ser derivados al psiquiatra, debiendo ser guiados en este paso, de forma gradual, mientras reciben ya un tratamiento psicofarmacológico que los ayude, o bien tratados en su totalidad por el dermatólogo ante el rechazo o sentimiento de estigmatización que tiene para algunos enfermos la consulta del psiquiatra.

### Bibliografía

1. Roca M, Gili M, Ferrer V et al. Trastornos mentales en la isla de Formentera: estudio de prevalencia en población general evaluada mediante el *Schedules for clinical assessments in Neuropsychiatry*. En: Vazquez-Barquero JI. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Aula Médica; 1998. p. 35-53.

## 9. ABORDAJE DEL DELIRIO PARASITORIO EN LA CONSULTA DE DERMATOLOGÍA

A. de Concepción Salesa<sup>a</sup>, R. Corbalán Vélez<sup>b</sup>,  
 I. Morán Sánchez<sup>a</sup>, C. Brufau<sup>c</sup>, J.F. Tello<sup>a</sup>

*Servicio de <sup>a</sup>Psiquiatría y Servicio de <sup>c</sup>Dermatología.  
 Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia. Sección de <sup>b</sup>Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.*

El delirio parasitario o dermatozoico de Ekbon (Trastorno delirante subtipo somático, con ideas delirantes de infestación que afectan a la piel), aunque poco frecuente, puede ser un motivo de consulta dermatológica.

Habitualmente estos pacientes crean una situación de difícil manejo por parte del dermatólogo. El resultado suele ser que dichos pacientes vagan de un especialista a otro y se convierten en «el comentario del café».

Revisamos y exponemos brevemente algunas consignas que podrían ser de utilidad al dermatólogo en el abordaje clínico de estos pacientes y recordamos algunos aspectos que deberían evitarse.

## 10. CÓMO SE VIVE CON UNA HIDRADENITIS SUPURATIVA

C. Rodríguez-Cerdeira, S. Díaz-Moreno y C. Fachal<sup>a</sup>

*Servicios de Dermatología y <sup>a</sup>Anatomía Patológica.  
 Hospital do Meixoeiro, Vigo, España.*

Es una enfermedad inflamatoria supurativa crónica de glándulas sudoríparas apocrinas, ocasionada por *S. aureus*. Predomina en axilas y región inguinal, pero también aparece en mamas, región umbilical, periné y región perianal. Puede haber lesiones solitarias o múltiples que se caracterizan por ser abscesos profundos y dolorosos. Estos pueden ser confluentes y drenan un exudado amarillento espeso o seropurulento, dejando cicatrices hipertróficas o queloides. A menudo, se acompaña de la presencia de comedones abiertos. Nuestra paciente, de 34 años de edad,

presentaba una clínica similar a la anteriormente descrita, con frecuentes exacerbaciones y remisiones que entorpecían el normal funcionamiento de su actividad diaria. Además, hemos podido comprobar el impacto de su enfermedad en su calidad de vida y salud mental.

## 11. EL DOLOR EN DERMATOLOGÍA

A. Guerra Tapia y E. González Guerra<sup>a</sup>

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre.  
<sup>a</sup>Fundación Jiménez Díaz, Madrid. España.*

El dolor es una experiencia sensorial, un síntoma que forma parte en muchas ocasiones de la patología psicósomática o psiquiátrica. Su exploración y clasificación pueden ser útiles en el manejo del enfermo.

Desde un punto de vista fisiopatológico, se pueden considerar tres tipos o fases de dolor: En la fase 1, el estímulo nocivo señala la existencia de una lesión y la necesidad de evitarla, lo que constituye el mecanismo de defensa y supervivencia. Transcurre por las vías nociceptivas clásicas. En la fase 2, existe lesión tisular y proceso inflamatorio, apareciendo una sensibilización de los nociceptores periféricos con un aumento de sus descargas aferentes, que generan en el sistema nervioso central mecanismos de amplificación. En la fase 3, la relación entre estímulo y sensación dolorosa se pierde casi por completo. Cuando la estimulación de los nociceptores es crónica, se produce un estado de hiperexcitabilidad central (ante mínimos estímulos cutáneo-nerviosos, máxima respuesta), con la aparición del dolor crónico. El sistema nervioso central, «aprende» a responder a estímulos que normalmente no producen dolor. Se dan de esta manera varios síntomas: Hiperalgnesia; alodinia e hiperpatía.

Una de las dificultades clínicas es la medida de la intensidad del dolor. La mayor parte de los procedimientos desarrollados para evaluar el dolor, pueden clasificarse en tres categorías: métodos verbales, evaluaciones conductuales y medidas fisiológicas. Los métodos verbales son la entrevista clínica, los autoinformes (escalas verbales, numéricas y analógico-visuales) y los autorregistros (diario del dolor, patrón de actividad funcional). La escala más clásica es la del McGill Pain Questionnaire (MPQ) del que existe una versión española (MPQ-SV), que explora aspectos sensoriales, afectivos y de intensidad. Cuando estos métodos son difíciles de obtener por parte del paciente, se pueden utilizar otras estrategias, tales como la medida del dolor a través de algunas respuestas fisiológicas: frecuencia cardíaca, temperatura corporal, potenciales evocados, reflejos nociceptivos, etc.

## 12. TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA ASOCIADO A LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO

E. Roche Gamón, L. Mahiques Santos, G. Pitarch Bort, J.L. Sánchez Carazo, J. de la Cuadra Oyanguren, J.J. Vilata Corell y J.M. Fortea Baixauli

*Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. España.*

Presentamos el caso de una mujer de 40 años que consultaba inicialmente por la aparición de brotes sucesivos de lesiones eritematosas faciales de aspecto figurado y una dermatitis fotolocalizada en miembros inferiores. La paciente negaba el uso de cosméticos, perfumes o la ingesta de fármacos. En la exploración física se apreciaba una delgadez extrema y lesiones de pernio en zonas acras.

Se realizó un estudio completo incluyendo diversas biopsias cutáneas, autoanticuerpos, determinaciones hormonales, estudios de absorción intestinal, pruebas epicutáneas y de fotosensibilidad y estudios de imagen. En el estudio bioquímico general des-

taaban: hipopotasemia, hiponatremia, hipoproteinemia y alcalosis urinaria.

*Evolución.* Presentaba una dependencia familiar importante, incapacidad laboral temporal, una conducta alimentaria caprichosa, un empeoramiento clínico durante los viajes y una mejoría cutánea espontánea sin tratamiento o durante los ingresos. La paciente inicialmente rehusaba tratamiento médico y/o psicológico. Posteriormente desarrolló en áreas fotoexpuestas lesiones características de lupus eritematoso cutáneo, diagnóstico que fue confirmado histológicamente.

*Conclusión.* Nos hallamos ante un caso complejo debido a dos motivos: que en la misma paciente se entremezclan manifestaciones cutáneas de distintos procesos y por otro lado la actitud poco colaboradora de la misma. Pensamos que nuestra paciente sufría un trastorno de la conducta alimentaria con estigmas cutáneos debidos a la restricción nutricional asociado un lupus eritematoso cutáneo con una fotosensibilidad agravada debido al consumo de diuréticos tiazídicos.

## 13. USO DE PSICOFÁRMACOS EN DERMATOLOGÍA. A PROPÓSITO DE LA GLOSODINIA

G. Romero Aguilera, M. García Arpa, C. Polo Usaola<sup>a</sup>, E. Vera Iglesias y P. Cortina de la Calle

*Unidad de Dermatología. Complejo Hospitalario de Ciudad Real.  
<sup>a</sup>Centro de Salud Mental de Hortaleza. Madrid. España.*

La glosodinia es un trastorno dermatológico común de curso crónico y difícil manejo. Es habitual una actitud organicista que resulta poco eficaz en conseguir un alivio sintomático significativo. El mantener una visión integradora de los factores orgánicos y psíquicos que participan en el desencadenamiento y mantenimiento del proceso, puede incrementar de forma sustancial el éxito terapéutico<sup>1</sup>.

Revisando la literatura encontramos que John Lamey, estomatólogo británico con 19 artículos en la literatura internacional relativos a la glosodinia, se perfila como la máxima autoridad en este controvertido tema. Para Lamey hay que considerar múltiples factores que incluirían déficits nutricionales, intolerancia hidrocarbonada, candidiasis, xerostomía, prótesis dentales, hábitos parafuncionales, fármacos, eczema de contacto,... Sin embargo considera la cancerofobia y el binomio ansiedad-depresión como los factores de máximo impacto. John Koo dermatólogo y psiquiatra (UCLA) incluye la glosodinia dentro de lo que denomina trastorno sensitivo cutáneo<sup>2</sup> y considera preferible, en pacientes donde no se encuentra causa orgánica ni psíquica aparente, el uso de psicofármacos que la abstención terapéutica. Ambos autores recomiendan el uso de antidepresivos tricíclicos (ADT), especialmente doxepina y amitriptilina en el manejo de la glosodinia.

Con similar eficacia en el tratamiento de síndromes depresivos y trastornos de ansiedad es conocida la ventaja de los inhibidores de recaptación de la serotonina (ISRS) sobre los ADT en cuanto a perfil de seguridad. En nuestra unidad estamos usando ISRS en pacientes con glosodinia en los que la corrección del resto de factores no obtienen mejorías significativas. Utilizamos con buenos resultados fluoxetina o paroxetina entre 20-40 mg/día durante al menos 6 meses, asociado o no alprazolam durante los dos primeros meses. Una vez ganada la confianza en pacientes crónicos se recomienda evaluación por la Unidad de Psiquiatría. En este sentido proponemos como pauta de manejo de los pacientes con glosodinia:

1. Dar confianza, la glosodinia es un trastorno común y tratable.
2. Descartar y tratar los factores orgánicos presentes.
3. Transmitir seguridad incidiendo de forma expresa en la ausencia de cáncer oral.
4. Instaurar tratamiento con ISRS (fluoxetina o paroxetina) durante al menos 4 a 6 meses, asociado o no alprazolam durante los dos primeros meses.

5. Evaluación por la Unidad de Psiquiatría en pacientes con patología severa o muy crónica o presencia concomitante de epilepsia o parkinson.

#### Bibliografía

1. J Lamey. Burning mouth syndrome. *Dermatol Clin.* 1996; 14(2):339-54.
2. J Koo. Trastorno sensitivo cutáneo. *Dermatol Clin.* 1996;14(3): 505-10.

### 14. FOLIE A DEUX EN DELUSIÓN PARASITARIA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

M.L. García-Melgares Linares, T. Martínez-Menchón, A. Torrijos Aguilar, M. Rodríguez Serna, A. Pérez Ferriols, J.J. Vilata Corell y J.M. Fortea Baixauli

*Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. España.*

Paciente mujer de 35 años de edad, que acude al Servicio de Dermatología acompañada por su esposo. Se trata de pacientes con nivel socio-cultural elevado. Referían prurito corporal generalizado intenso y lesiones cutáneas múltiples que se correspondían con excoりaciones por rascado, que había comenzado presentando la esposa, y posteriormente el marido. El proceso había motivado varias consultas a múltiples servicios de dermatología, siendo diagnosticados y tratados de escabiosis en varias ocasiones, sin mejoría clínica. La pareja pretendía ser valorada por el especialista de patología tropical de nuestro Centro, con lo que inventó un viaje reciente a un país africano para poder ser admitida a consulta. Referían la visualización de microorganismos moviéndose en la superficie cutánea, con sensación de parestesias constantemente, y aportaban como «prueba» de ello muestras de escamas de su propia piel en el interior de una cajita, así como múltiples y detallados dibujos de los «insectos». A pesar de no negárseles la delusión parasitaria en ningún momento, la pareja no acudió de nuevo a consultas para recibir tratamiento.

La delusión parasitaria es un cuadro psiquiátrico en el que el paciente tiene la convicción delirante de estar infectado por parásitos. En el trastorno psicótico compartido o «folie à deux» una idea delirante se desarrolla en un sujeto implicado en una relación estrecha con otra persona que suele denominarse «inductor» o caso primario, y que suele presentar un trastorno delirante, una esquizofrenia o un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos. La frecuencia relativa del «folie à deux» en el contexto de la delusión parasitaria se estima en un 5-15%, aunque ambos trastornos psiquiátricos son infrecuentes por separado.

En relación al tratamiento farmacológico de la delusión parasitaria, se están obteniendo excelentes resultados con pimozide, y recientemente, con risperidona (dentro de los antipsicóticos atípicos). En cuanto al tratamiento del «folie à deux», la primera recomendación terapéutica es la separación de la pareja del «inductor» de las ideas delirantes, aunque a veces los resultados dependen en gran medida de la respuesta del paranoico primario, en el caso de que la separación no pueda efectuarse totalmente.

### 15. PÚRPURA ARTEFACTA

P. de Pablo Martín y A. Guerra Tapia

*H. General de Segovia. H. 12 de Octubre. Madrid. España.*

Niña de 12 años, que acude a nuestra consulta acompañada de su madre, médico especialista de nuestro hospital. Refiere la progresiva aparición de lesiones rojizas en brazos, tronco y cara, sin sintomatología acompañante.

En la exploración se observaban en cara, tórax y abdomen múltiples lesiones maculosas, purpúricas algunas de bordes angulosos o geométricos, que no se aclaraban con la vitropresión. El estudio analítico fue normal. La biopsia de una lesión sólo reveló extravasación hemática sin verdadera vasculitis.

La madre fue informada de nuestra sospecha de dermatitis artefacta. Comentamos la curiosa evolución de este caso.

### 16. PATOMIMIA EN UNA ADOLESCENTE

M. García-Bustínduy, F. Rodríguez García, R. Cabrera de Paz, M. Rodríguez Martín, M. Sidro, M. Sáez Rodríguez, F. Guimerá Martín Neda, R. Sánchez González y A. Noda Cabrera

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. España.*

**Introducción.** Las patomimias o síndromes facticios se engloban dentro de los trastornos psiquiátricos expresados en la piel, en el caso de la dermatitis artefacta o, en otros órganos. Son reconocidas o negadas según el paciente las realice conscientemente o en estados de disociación. Suelen producirse por un estrés psicosocial precipitante y, la ganancia secundaria, de la cual el paciente no es consciente, provoca la actividad autodestructiva. Debemos diferenciar la dermatitis facticia, en la que el enfermo niega la responsabilidad de las lesiones, sean estas provocadas consciente o inconscientemente, de las simulaciones en las que la autolesión es muy consciente y pretende un beneficio secundario.

**Caso clínico.** Paciente mujer de 12 años, nacida en Colombia y llegada a nuestra isla 3 años atrás, que acude en diversas ocasiones (5, 18, 22 de Marzo de 2004) al Servicio de Urgencias por dolor abdominal intenso, sobre todo en fosa ilíaca derecha y estreñimiento pertinaz. Se realizan exploraciones físicas, analíticas, radio y ecográficas que descartan patología quirúrgica y se trata con enemas, dieta adecuada y lactulosa vía oral. En Abril de 2004 comienza un cuadro de lesiones eritematosas en abdomen de 2-3 días de evolución. Con el diagnóstico de lesiones urticariiformes se tratan con antihistamínicos vía oral. Al no ceder el cuadro y visto el antecedente de que la paciente viene a Tenerife pues, en 1999, tras demostrarse malos tratos en su núcleo familiar, se quita la custodia a la madre y se le da a la tía materna, con la que convive aquí, se sospecha un cuadro funcional polisintomático. Además, vistas las lesiones en Dermatología, sospechamos quemaduras por cigarrillo y, dado que aparecen cada vez más se decide ingreso para estudio y tratamiento.

**Discusión.** Revisaremos la valoración psicológica-psiquiátrica de la enferma, la evolución de su actitud, la influencia de su madre y, el posible paso de patomimia a simulación a lo largo de los 7 meses siguientes.

### 17. APEGO Y EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS

E. Fernández de León, C. Garabito, L. Campos<sup>a</sup>, M. Corral<sup>a</sup>, D. Arranz<sup>a</sup>, R.M. Díaz<sup>a</sup> y B. Rodríguez Vega

*Servicios de Psiquiatría y <sup>a</sup>Dermatología. H. Universitario la Paz. Madrid.*

La piel es el órgano de relación que favorece el intercambio a nivel biológico y afectivo, al mismo tiempo que construye un límite entre el entorno y el sujeto. Durante el desarrollo humano, juega un papel muy importante en el establecimiento de las relaciones de vinculación o apego con las figuras cuidadoras. A través de la proximidad del cuerpo y de la piel de la madre o de otra cuidadora significativa, el niño aprende a expresar sus necesidades y a recibir cuidados.

El establecimiento de esta relación vincular es uno de los componentes más importantes para la organización del sistema de

regulación emocional de la persona. Cuando la relación vincular falla por estar ausente o por tener características de abuso o desorganización, o cuando la persona sufre un desafío a su sistema de vinculación, tras haber sido víctima de una experiencia traumática, ya como adulto, el resultado puede ser un trastorno de la regulación emocional del sujeto, y la piel puede convertirse en el escenario de expresión de emociones negadas o excluidas de la conciencia.

El objetivo de este trabajo es el de revisar la piel como órgano de somatización de emociones excluidas de la conciencia (disociadas), bien por haber sufrido el sujeto un trauma en la vida adulta o bien por haber tenido en la infancia experiencias de privación afectiva o desorganizada (experiencias de vinculación insegura).

Se describen dos casos ilustrativos de cada uno de estos mecanismos que fueron tratados conjuntamente por psiquiatras y dermatólogos.

*Palabras clave.* Apego, somatización, vinculación.

## 18. TRICOTILOMANÍA. A PROPÓSITO DE 5 CASOS (AVANCE TERAPÉUTICO)

M.J. Tribó, S. Ros, A. Toll, M. Gilaberte, F. Gallardo, C. Barranco, M. Arumí<sup>a</sup> y R.M. Pujol

*Servicios de Dermatología, Psiquiatría y Patología. Hospital del Mar. Hospital General de l'Hospitalet. Barcelona. España.*

*Introducción.* La tricotilomanía es la única patología dentro del grupo de las dermatosis impulsivas reconocida en el DSM-IV, y se define como el arrancamiento del propio pelo, sensación de tensión antes del arrancamiento, bienestar y gratificación al arrancarlo. No existe patología dermatológica acompañante ni otro tipo de trastorno mental. La etiopatogenia está muy relacionada con el estrés, aunque normalmente hay un conflicto subconsciente oculto que impide el desarrollo de mecanismos adaptativos para la liberación de la tensión resultando como consecuencia un muy escaso control de impulsos. El Topiramato y otros antiepilépticos independientemente de su actividad anticonvulsionante, han sido recientemente propuestos en el tratamiento de enfermedades psiquiátricas relacionadas con trastornos afectivos-ansiedad-impulsividad.

*Casos clínicos.* 1. Mujer de 58 años, con antecedentes de aneurisma y tres tentativas de suicidio. Desde hacía 8 meses presentaba tricotilomanía, acompañándose de excoriaciones en cuero cabelludo. El diagnóstico psiquiátrico fue de trastorno depresivo mayor recurrente con trastorno del control de impulso. 2. Mujer de 45 años con antecedentes de HTA e hipercolesterinemia. Desde los 5 años presentaba placas alopecias en cuero cabelludo, siendo diagnosticada de tricotilomanía hace 4 años. Diagnóstico psiquiátrico: trastorno de ansiedad generalizada. 3. Varón de 57 años con antecedentes de DM tipo 1 e infarto de miocardio. Enolismo moderado y ex-fumador. Inició tricotilomanía hace 3 años. 4. Varón de 55 años con antecedentes DM tipo 2 e hipercolesterinemia que presentaba tricotilomanía de la barba con una evolución de 8 años. 5. Mujer de 42 años con antecedentes ADVP, trastorno por dependencia a cocaína, nicotina y opiáceos, actualmente en tratamiento con Metadona. Desde hacía 4 años

presentaba tricotilomanía, excoriaciones neuróticas y delusiones parasitarias.

*Conclusión.* Los 5 pacientes fueron tratados con Topiramato a dosis de 100-200 mg/d siendo su evolución clínica satisfactoria.

## 19. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) Y TRICOTILOMANÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

G. Escuder<sup>a</sup>, J.A. Ramos<sup>a</sup>, R. Bosch<sup>a</sup>, M. Nogueira<sup>a</sup>, A. Castells<sup>b</sup> y M. Casas<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Psiquiatría. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. España.*

Se presenta el caso clínico de una mujer de 19 años que consulta para descartar la presencia de un TDAH por presentar una marcada impulsividad y arrancamiento de cuero cabelludo, en el Programa del Déficit de Atención en el Adulto (PIDAA) del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitari Vall d'Hebron.

La paciente presentaba desde los seis años problemas de inquietud psicomotriz, impulsividad, sensación de tener un motor interior, hablar mucho, moverse constantemente cuando debe estar sentada, y problemas de inatención, con dificultad para mantener la atención de forma sostenida, pérdida de objetos con frecuencia y despistes constantes. Así mismo, mostraba dos áreas de pérdida de cuero cabelludo a nivel biparietal, de bordes irregulares. La paciente refería que en los momentos previos a arrancarse el pelo sentía una intensa ansiedad, pero no podía controlar esta conducta. Posteriormente, el arrancamiento del propio pelo le generaba una sensación de calma de la hiperactividad y de la inquietud psicomotriz, que originaba un bienestar. Esta conducta impulsiva se inició a los 16 años, y en diferentes momentos había requerido utilizar un pañuelo para tapar las lesiones de la cabeza.

En la valoración clínica se confirmó el diagnóstico de TDAH tipo combinado comórbido con una Tricotilomanía (según criterios DSM-IV-TR). Se administró a la paciente la entrevista semi-estructurada CAADID para el diagnóstico de TDAH en la edad adulta, la escala WURS (57 Pd), la ADHD Rating Scale (38 Pd), STAI-R (96 Pc), STAI-E (15 Pc), BDI (19 Pd), y el test de personalidad MCMI-II mostró rasgos de personalidad dependiente.

Se inició tratamiento con metilfenidato de liberación prolongada hasta 72 mg y paroxetina hasta 40 mg, objetivándose a los 6 meses de evolución una marcada disminución de la sintomatología del TDAH (ADHD Rating Scale 15) y una disminución de la conducta de arrancamiento del cuero cabelludo, evidenciándose una mejoría significativa de las lesiones.

El TDAH es un trastorno psiquiátrico de inicio en la infancia, que persiste en la edad adulta en más del 50% de los casos. El TDAH puede afectar hasta el 4,4% de los adultos en la población general. Los pacientes con TDAH presentan una elevada hiperactividad, inatención e impulsividad. El tratamiento de elección es metilfenidato, un fármaco estimulante que bloquea el transportador presináptico de dopamina. Hasta el 70% de pacientes pueden presentar otros trastornos comórbidos. En la literatura existen escasas descripciones de pacientes con TDAH y tricotilomanía.



# V REUNIÓN DEL GRUPO DE DERMATOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

Valladolid, 13 y 14 de febrero de 2009

## PONENCIAS

### 1. REPERCUSIÓN Y TRASCENDENCIA PSICOSOCIAL DEL ACNÉ

M.J. Tribó

*Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. IMAS. IMIM. Barcelona. España.*

El acné es la enfermedad más común de las que afectan a la piel. El 85 % de la población ha padecido acné en mayor o menor grado alguna vez en su vida.

La enfermedad es capaz de desarrollar importantes lesiones inflamatorias y sus correspondientes secuelas cicatriciales, más intensas cuanto mayor sea el tiempo de evolución sin la terapéutica adecuada. Es frecuente que se produzca una alteración estética, que represente una significativa repercusión negativa en el psiquismo del adolescente, de por sí conflictivo, influyendo de forma intensa en sus relaciones sociales a la par que puede disminuir su actividad escolar o laboral.

Nuestra naturaleza incluye vivir en comunidad y estar socialmente aceptado, lo que supone adaptarse a los códigos de grupo y ser juzgados no sólo por el comportamiento, sino también por la apariencia.

Debido a su efecto sobre la calidad de vida, el acné debe considerarse algo más que una cuestión meramente cosmética o fisiológica. Estudios recientes han apoyado la idea del impacto psicológico del acné, y la conexión entre el acné y el estado emocional y funcional del paciente, quedando ampliamente demostrado que un tratamiento efectivo del acné da como resultado el mantenimiento o el restablecimiento del bienestar psicológico.

### 2. SYMPOSIUM: ABORDAJE PSICODERMATOLÓGICO DEL PACIENTE CON DERMATITIS ATÓPICA

M. García Bustínduy<sup>a</sup>, L. Tomás Aragonés<sup>b</sup> y S.E. Marrón Moya<sup>c</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología-Psicodermatología. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. <sup>b</sup>Área de Psicodermatología. Unidad Clínica de Dermatología. Hospital Ernest Lluch. Calatayud. <sup>c</sup>Unidad Clínica de Dermatología-Psicodermatología. Hospital Ernest Lluch. Calatayud. España.*

En este Symposium pretendemos que los asistentes conozcan la implicación psicológica de un clásico proceso crónico de la dermatología, la dermatitis atópica.

Repasaremos los siguientes puntos:

1. Evaluación de la sintomatología física del enfermo con dermatitis atópica, identificando los datos clínicos útiles para su diagnóstico. Conocer las herramientas de evaluación clínica disponibles para la evaluación del paciente con dermatitis atópica –tales como SCORAD– e interpretar correctamente los resultados obtenidos y las variaciones posibles.

2. Repasar instrumentos de evaluación psicológicos, así como la entrevista clínica, para ayudarnos a identificar a aquellos pacientes que requieren un abordaje desde la psicodermatología. ¿Cuándo debemos derivar a Salud Mental?
3. Identificar las principales fuentes de malestar psíquico y manifestaciones clínicas en pacientes con dermatitis atópica. Señalar los elementos principales que caracterizan el acompañamiento psicoterapéutico y el tratamiento farmacológico sintomáticos en estos pacientes.

### 3. IMPACTO PSICOSOCIAL DE LAS INFECCIONES POR EL VIRUS PAPILOMA HUMANO

A. Rodríguez Pichardo

*Departamento Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.*

El conocimiento general de la capacidad de inducir cáncer de cuello uterino por el virus del papiloma humano y la posterior generalización de las técnicas de biología molecular, para detectar este tipo de infecciones, ha dado lugar, como efecto colateral, a ser una fuente de conflictos en la pareja, ya que una posible infidelidad, va a dejar una prueba objetiva y además puede dar lugar a la transmisión de un posible cáncer.

Con gran frecuencia acuden a la consulta del dermatólogo, derivado por el ginecólogo o el médico de atención primaria, parejas en las que en la mujer se ha detectado una displasia cervical y/o un VPH de alto riesgo.

Debido al conocimiento de estas patologías por los medios de comunicación, debemos hacer un acercamiento psicológico a la pareja.

El diagnóstico de estas infecciones se relaciona con: miedo, angustia, depresión, inestabilidad en la pareja, sentimientos de culpa, rechazo. No existen protocolos internacionalmente aceptados, por ello el dermatólogo debe de influir positivamente con una información veraz y completa, así como expresar las incertidumbres de muchos aspectos de la enfermedad y nunca culpabilizar a ninguno de ellos.

### 4. EVALUACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CON VITÍLIGO

M. Rodríguez Martín, N. Pérez Robayna, S. González Hernández, C. Rodríguez García, N. Merino de Paz, M. Sáez Rodríguez y M. García Bustínduy  
*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. España.*

1. *Evaluación dermatológica I.* N. Pérez y S. González. Identificar los datos clínicos útiles en el diagnóstico del vitíligo. Conocer las herramientas de evaluación clínica disponibles para la valoración del paciente con vitíligo (ESCALAS). Desarrollar una conducta sistematizada en la evaluación clínica del paciente con vitíligo (ANALÍTICAS PERTINENTES).
2. *Evaluación dermatológica II.* M. García Bustínduy. Realizar correctamente medidas con instrumentos tales como VASI,

TEST DE HOSEIN, TEST EUROPEAN TASK FORCE, AUTOCAD 2000 (ejemplos múltiples con imágenes de los distintos tests y prácticas en grupos reducidos). Interpretar correctamente los resultados obtenidos, las variaciones posibles.

3. *Evaluación psicológica*. M. García Bustínduy, N. Pérez y S. González. Conocer qué escalas y cuestionarios pueden resultarnos útiles para medir calidad de vida, sintomatología ansiosa y depresiva (DLQI, HADS). Administrar, corregir e interpretar las escalas y cuestionarios seleccionados.

## 5. TRASTORNOS DEL CONTROL DE IMPULSOS EN DERMATOLOGÍA

S. Ros Montalbán<sup>a</sup>, N. Casanova Alba<sup>b</sup> y E. Ros Cucurull<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital de Mar. UAB. Barcelona. <sup>b</sup>Instituto Europeo de Neurociencias (IDN). Barcelona. España.

La nosología de la impulsividad es compleja y la ubicación definitiva de este trastorno no está resuelta. En el s. XIX Pinel y Esquirol introdujeron el concepto «impulso instintivo» y el término «monomanía instintiva». Las monomanías originales incluían el alcoholismo, la piromanía y el homicidio.

Posteriormente surge la noción de impulsividad como dimensión de la conducta o como componente de la personalidad. En 1980 la cleptomanía, la piromanía y el juego patológico fueron incorporados a la nomenclatura de la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III, junto con otros nuevos trastornos descritos más recientemente, el trastorno explosivo intermitente y el trastorno explosivo aislado, evolución del concepto introducido por Menninger y Mayman en 1956 como descontrol episódico. El término tricotilomanía, procedente del griego «locura de arrancarse el pelo» fue descrito por Hallopeau en 1989; Frosch y Wortis, ya en 1996, atribuye al concepto de impulsividad tres significados diferentes: la «impulsividad como síntoma», definida como una tendencia a provocar actos perjudiciales sin premeditación o planificación previa, dando lugar a un deterioro del funcionamiento psicosocial; la impulsividad referida como un «tipo específico de agresión», en las agresiones impulsivas se perciben los estímulos medioambientales como amenazantes y se responde de manera inmediata con agresividad; y la impulsividad como «rasgo general de la personalidad», que presenta múltiples manifestaciones cognitivas y conductuales en la vida cotidiana semejante al llamado «carácter impulsivo» o «estilo de vida impulsivo».

La impulsividad se convierte así en un trastorno relacionado con los impulsos dipsománicos, las drogadicciones, o la tendencia reiterada a actos suicidas, las personalidades psicopáticas, muchos trastornos de conducta, los trastornos de la conducta alimentaria y en particular los episodios bulímicos, numerosas formas de conducta esquizofrénica, demencias o defectos intelectuales, patología del ámbito de la neurología o la dermatología, o trastornos del humor que efectivamente llevan asociadas múltiples formas de déficit del control de los impulsos.

Con el extraordinario desarrollo de la investigación biológica que se produce en las áreas de neurociencias, los conceptos psicopatológicos sufren profundas modificaciones en su interpretación, y se generan nuevas expectativas etiopatogénicas o terapéuticas. La impulsividad no es ajena a ello, y nuevas aportaciones de la neurobiología (déficit de la actividad serotoninérgica, hiperactividad noradrenérgica, disfunción dopaminérgica y colinérgica, incremento de testosterona y endorfinas, hipofunción del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal, hipofunción gabaérgica e hiperfunción glutamatergica), neuroanatómicas (alteraciones del lóbulo frontal, lesiones hipocámpales) y genéticas; incrementan los conocimientos sobre esta conducta, abre nuevas expectativas terapéuticas, pero también genera inquietan-

tes interrogantes. En algunos trabajos actuales se encuentran interesantes correlaciones psicopatológicas, bioquímicas y genéticas que correlacionan impulsividad, ansiedad, depresión, agresión y suicidio, y se postula la existencia de un espectro afectivo que incluiría a este grupo de patologías. Se discute sobre si los trastornos del control de los impulsos son trastornos del espectro afectivo, si están relacionados con el trastorno obsesivo-compulsivo, o si son una convergencia de trastornos compulsivos, del impulso y del estado de ánimo.

El sistema nervioso desempeña una función importante en la génesis en la mayoría de las dermatosis, especialmente en los trastornos inflamatorios o autoinmunes (psoriasis, dermatitis atópica, prurigo o vitiligo). Paralelamente circunstancias ambientales que incrementan el estrés emocional pueden empeorar enfermedades dermatológicas crónicas preexistentes. Además, siendo la piel un órgano accesible a la manipulación, pueden identificarse formas de expresión de trastornos de conducta del área de la impulsividad o del trastorno facticio, a partir de actos autolesivos o auto-destructivos.

Finalmente, se han utilizado distintas estrategias terapéuticas en el tratamiento de la impulsividad, casi siempre de manera empírica, posiblemente debido a la escasa consistencia de los datos que se disponían sobre los mecanismos etiopatogénicos; no existían estudios controlados y la mayoría de ellos se limitaban a estudios abiertos con muestras pequeñas. Se han utilizado con distinta fortuna: neurolépticos convencionales, nuevos antipsicóticos, litio, ISRS, agonistas serotoninérgicos, betabloqueantes, estimulantes centrales y antiadrogénicos. En la actualidad existe un creciente interés por los nuevos anticonvulsivos y específicamente por Topiramato, del que se dispone de algunos estudios controlados.

## 6. PSORIASIS, PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA ASOCIADA Y TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

A. Guerra-Tapia<sup>a</sup> y C. Rodríguez-Cerdeira<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

<sup>b</sup>Servicio de Dermatología. CHUVI. Universidad de Vigo. Vigo. España.

La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel y una de las más frecuentes en la práctica clínica, ya que representa aproximadamente el 10% de las consultas dermatológicas. En España, cerca de un millón de personas padecen esta enfermedad, lo que supone del 1 al 2% de la población. La psoriasis puede modificar negativamente la calidad de vida de los pacientes y afectar en distinto grado a la capacidad de trabajo, a la vida sexual, a las relaciones familiares, al sueño y, en algunos casos, incluso a la destreza manual de los afectados.

Debido a que la patogénesis de la psoriasis actualmente está más definida, las terapias inmunosupresoras no específicas están siendo reemplazadas por agentes específicos creados a través de la ingeniería biológica. Estos son los agentes biológicos más frecuentemente utilizados en el tratamiento de la psoriasis:

- el etanercept: es una proteína de fusión soluble recombinante contra el TNF-Fc;
- el infliximab: se trata de un Ac monoclonal altamente específico del tipo IgG quimérico;
- el adalimumab: es otro Ac monoclonal altamente específico del tipo IgG completamente humano;
- el efalizumab: es un anticuerpo monoclonal humano que actúa en contra el CD11a del LFA-1 con varias moléculas de ICAM-1.

Otros agentes biológicos esperan su entrada en el mercado español como son el alefacept, que se trata de una globulina recombinante, obtenida por técnicas biotecnológicas, que bloquea los

receptores CD2 de los linfocitos T con «memoria» antigénica; o el tenovil, con función de IL-10.

Realizaremos una exhaustiva revisión, e, igualmente, aportaremos nuestra experiencia personal en el estudio y tratamiento de las comorbilidades por trastornos psiquiátricos asociados a la psoriasis antes y después del tratamiento con agentes biológicos.

## 7. CONDUCTA DERMATOLÓGICA ANTE EL DOLOR VULVAR

M.J. Tribó Boixareu

*Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. IMAS. IMIM. Barcelona. España.*

El término vulvodinia se aplica a las pacientes con dolor crónico o urente por lo menos de 3 meses de evolución sin hallazgos clínicos o de laboratorio objetivos que expliquen dichos síntomas. Interfiere en su actividad sexual, social y laboral, siendo resistente a toda terapéutica convencional.

La paciente que acude al dermatólogo ha realizado previamente varias consultas a ginecólogos, urólogos, internistas y/o psiquiatras y adjunta múltiples informes de investigación.

El debut frecuentemente agudo suele estar conexionado con diversas condiciones comunes a todas las pacientes y que deben ser excluidas al evaluar los síntomas crónicos vulvares. El diagnóstico etiológico de una vulvitis resulta algunas veces difícil de establecer ya que obliga a considerar todas las posibilidades de factores externos desencadenantes o agravantes, la periodicidad de los síntomas así como diversos trastornos psicológicos (somatización, trastorno obsesivo-compulsivo, depresión, ansiedad y fobias).

El dolor neuropático representa una serie de condiciones relativamente infrecuentes del dolor crónico, causada por lesiones o disfunciones de los caminos aferentes periféricos o centrales en el sistema nervioso. Todos los dolores crónicos interfieren con alguno o todos los aspectos de la calidad de vida (CdV). Las terapias suelen ser consideradas acertadas por los pacientes en razón directa con la mayoría conseguida.

## 8. TRASTORNOS SENSORIALES CUTÁNEOS-MUCOSOS

C. Brufau Redondo<sup>a</sup>, R. Martín Brufau<sup>c</sup>, A. Ramírez Andreo<sup>a</sup>, N. Marín Corbalán<sup>a</sup>, R. Corbalán Vélez<sup>b</sup> y S. de Concepción Salesa<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Servicios de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía y <sup>b</sup>Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

<sup>c</sup>Departamento de Personalidad. Facultad de Psicología.

Universidad de Murcia. <sup>d</sup>Hospital Psiquiátrico Román Alberca. Murcia. España.

**Introducción.** Con frecuencia encontramos pacientes que consultan por dolor, quemazón, entumecimiento, y/o parestesias en una zona concreta de la piel o las mucosas sin signos objetivos que expliquen estos síntomas. Dentro de estos, se encuentran la neuralgia parestésica, prurito braquiorradial, dolor facial atípico, boca urente, vulvodinia, escrotodinia, tricodinia, disestesia acral, síndrome de dolor perianal.

**Casos clínicos.** Se presentan cuatro pacientes con síntomas sensoriales inexplicables de distintos tipos y los hechos biográficos que parecen estar implicados en la interpretación de sus síntomas.

**Discusión.** Son trastornos sensoriales, (posiblemente con un denominador común desconocido que podría ser una disfunción de las fibras nerviosas aferentes centrales o periféricas), pero con frecuencia tienen una gran carga psicológica, pues empeoran en

situaciones estresantes o emocionalmente comprometidas. Algunas investigaciones recientes sugieren que la disociación puede jugar un papel en la patogenia de estos síntomas cutáneos médicamente inexplicables de naturaleza sensorial.

**Conclusiones.** Los síntomas sensoriales cutáneos son interpretados por muchos autores como una forma de somatización, es decir, la conversión de conflictos psicológicos y emociones inasumibles en síntomas físicos, más aceptables por el paciente.

## 9. PSICOPATOLOGÍA DE LAS DINIAS

A. Miranda Sivelo

*Servicio de Psiquiatría. Hospital Río Carrión. Palencia. España.*

La glosodinia o síndrome de la boca urente y la vulvodinia forman parte de los trastornos psicodermatológicos.

A estas afecciones se les ha denominado trastornos de la sensibilidad cutánea (la manifestación principal son las sensaciones cutáneas desagradables sin base orgánica identificable), también trastornos funcionales cutáneos y mucosos, «no enfermedad dermatológica», síndrome de dolor crónico atípico o «dinias». Tradicionalmente se han considerado las disestesias como un equivalente depresivo o una depresión enmascarada (la queja somática es la presentación pero el análisis cuidadoso lleva a una depresión aunque no hay reconocimiento primario del bajo ánimo) pero las dinias también pueden presentarse en el contexto de otros trastornos psiquiátricos (neurosis, psicosis, trastornos somatomorfos o trastornos de la personalidad). En esta presentación se incide en la importancia de una evaluación psicopatológica cuidadosa para realizar un diagnóstico diferencial correcto desde el punto de vista psiquiátrico que permita un abordaje terapéutico adecuado. Se realiza un recorrido por los distintos trastornos psiquiátricos que pueden presentar relación con las dinias con especial atención a los aspectos nosológicos y psicopatológicos.

## 10. PSICODERMATOLOGÍA: SITUACIÓN ACTUAL

A. Miranda Romero

*Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España.*

En la práctica asistencial diaria, el paciente con psicodermatosis acude generalmente primero al dermatólogo y aunque estamos preparados para el diagnóstico y reconocimiento de su enfermedad, sin embargo, no poseemos los conocimientos oportunos sobre el uso de psicofármacos o para desarrollar de forma adecuada una entrevista psiquiátrica.

Por otra parte, muchos psiquiatras debido a la presión asistencial que sufren no encuentran ni el tiempo ni la motivación para el detallado estudio de estos pacientes por lo que la deseada colaboración entre dermatólogos y psiquiatras presenta cierta dificultad en muchos centros.

Es evidente, que el dermatólogo debe recibir una formación suficiente en aquellos aspectos de la Psiquiatría que guardan relación con la Dermatología. Esto conllevaría la posibilidad de la asistencia total en muchos de estos pacientes y en otros nos permitiría adquirir las habilidades necesarias para guiarles de forma gradual a la consulta del psiquiatra.

La necesidad que ambas especialidades tienen una de otra ha motivado la creación de sociedades y grupos de trabajo en Psicodermatología. Creo que estamos en el momento de estructurar y organizar la docencia de la Psicodermatología en nuestra especialidad, difundir los conocimientos de este área específica y provocar la motivación tanto del dermatólogo como del psiquiatra.

## COMUNICACIONES ORALES

### 1. PACIENTE CON DERMATITIS ATÓPICA Y ALTERACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

C. Martínez-Morán, S. Córdoba, D. Arias, D. Martínez, E. Castaño y J. Borbujo

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Fuenlabrada. España.*

**Caso clínico.** Mujer de 42 años que en febrero de 2004 consulta por cuadro de lesiones cutáneas generalizadas muy pruriginosas de 7 años de evolución, para las que había recibido múltiples tratamientos. La paciente aportaba informes clínicos y de biopsias compatibles con dermatitis atópica. En los 3 años siguientes recibe diversos tratamientos por presentar una clínica cutánea polimorfa y se le realizan varias biopsias que no fueron diagnósticas. Además se consultó al servicio de neurología por ceguera cortical y se la diagnosticó leucoencefalopatía posterior. En julio de 2007 se decide su ingreso en dermatología y se inicia tratamiento con corticoides orales a dosis de 0,5 mg/kg, breas y emolientes. Antes del ingreso la paciente presenta eosinofilia y aumento de la IgE así como alteración del comportamiento. Ante el empeoramiento durante el ingreso, se consulta con psiquiatría, que interpreta las alteraciones de la conducta como posiblemente secundarias a las alteraciones neurológicas de base. Detecta también un comportamiento maniforme con desinhibición verbal y conductual que relaciona con el tratamiento esteroideo. Al alta la paciente se encuentra mejor de las lesiones cutáneas aunque la alteración del comportamiento permanece pese a la reducción en la dosis de esteroides. En enero de 2008 la paciente vuelve a ingresar y tras consultar con el servicio de hematología se llega al diagnóstico de la enfermedad. Con el tratamiento de prednisona a dosis de 1 mg/kg/día durante meses las alteraciones del comportamiento casi desaparecen al igual que las lesiones cutáneas. **Conclusiones.** Presentamos una paciente, en el que la valoración integral de la clínica que durante años presentaba fue fundamental para llegar al diagnóstico de su enfermedad.

### 2. TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SECUNDARIO A UNA INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

A.A. Garrido Ríos<sup>a</sup>, C. Sanz Muñoz<sup>a</sup>, L. Sánchez Velicia<sup>a</sup>, H. Álvarez Garrido<sup>a</sup>, L. Pericet Fernández<sup>a</sup>, S. Galiano Mejías<sup>a</sup>, B. Castro Gutiérrez<sup>a</sup>, J. Sanz Navarro<sup>a</sup>, S. Alarcón Salazar<sup>a</sup>, A. Miranda Sivel<sup>b</sup> y A. Miranda Romero<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicios de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid y <sup>b</sup>del Hospital Río Carrión. Palencia. España.*

**Introducción.** Un porcentaje no desdeñable de los pacientes que acuden a una consulta de dermatología presentan afectación de la calidad de vida, así como alteraciones psicológicas y/o psiquiátricas. Además los pacientes con imperfecciones reales o percibidas en áreas importantes de imagen corporal como la cara, el cuero cabelludo y el área genital tienen una mayor predisposición al estrés.

**Caso clínico.** Varón de 20 años con antecedentes psiquiátricos de trastorno de ansiedad y de la identidad sexual en la adolescencia. Acude a dermatología por lesiones anales y perianales de aproximadamente tres meses de evolución. La exploración física y la histopatología confirmaron el diagnóstico de condilomas acuminados gigantes. El paciente fue intervenido de las lesiones presentando durante el ingreso crisis de ansiedad, por lo que fue derivado a psiquiatría.

**Discusión.** Determinadas dermatosis como la psoriasis, el acné o la dermatitis atópica se acompañan de trastornos psiquiátricos.

El impacto psicológico y social de la infección por el virus del papiloma humano (VPH) ha sido previamente descrito. Se ha comprobado que la infección por VPH se asocia a consecuencias psicológicas y sociales adversas relacionadas primariamente con la transmisión sexual del virus y el posible desarrollo de cáncer.

### 3. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LAS VERRUGAS VULGARES

B. García Bravo, M.V. Hoffner, A. Rodríguez Pichardo y F. Camacho

*Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.*

**Introducción.** El tratamiento de las verrugas vulgares en niños es habitualmente frustrante y doloroso. A pesar de ser conocido por la dermatología clásica, la curación de las verrugas por la sugestión es un tratamiento poco utilizado. Fue L. Bonjour, en 1890, el que publicó los primeros datos satisfactorios sobre este tratamiento.

**Material y método.** Después de explicar a los padres en que va a consistir el tratamiento y pedir su colaboración y permiso, se escogieron 6 pacientes menores de 10 años con verrugas vulgares en manos, anteriormente tratadas con crioterapia. El método consistió en poner las verrugas bajo una luz de Wood durante 10 minutos. El niño y el acompañante estaban «protegidos» por las gafas usadas para terapia fotodinámica. Con posterioridad las verrugas se cubrieron con 2-3 guantes y se les indicó que no se los podían quitar hasta la hora de comer.

**Resultados.** El éxito terapéutico se consiguió en 5 de los 6 pacientes, dos de los niños precisaron un segundo tratamiento.

**Conclusiones.** Es una modalidad inocua que debe ser utilizada en casos de verrugas refractarias a terapéuticas habituales. Como contrapartida tiene el mayor tiempo de consulta. Se precisan estudios más amplios para depurar la técnica.

### 4. VALOR DEL HADS EN PACIENTES CON VITÍLIGO

M. Rodríguez Martín, N. Merino de Paz, N. Pérez Robayna, S. González Hernández, C. Rodríguez García y M. García Bustínduy

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. la Laguna. Tenerife. España.*

**Introducción.** El vitíligo produce en los pacientes, con independencia de su edad, sexo y raza, un importante estrés emocional. Todo ello puede conducir a estados de ansiedad (A) y depresión (D) que alteran aún más la calidad de vida.

**Material y método.** Estudiamos 39 pacientes diagnosticados clínicamente de vitíligo y 39 controles (pacientes con otras afecciones dermatológicas), todos ellos mayores de 16 años, ajustando la edad y sexo de ambos grupos. Empleamos el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) en su versión en castellano (versión en castellano de Caro e Ibáñez, 1992).

**Resultados.** Dentro de los 39 casos de vitíligo la edad media era de 47 años y había 26 mujeres y 13 hombres. El ítem que obtuvo mayor valor medio fue el 5 «Tengo la cabeza llena de preocupaciones» que pertenece a la subescala de A. El que menos obtuvo fue el 4 «Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas» que pertenece a la subescala de D. Al evaluar A, el 69,23 % de los pacientes estaban en rango normal y, en D eran un 84,61 %. El 17,95 % eran casos probables de A o D y, puntuaban por encima de 11 un total de 5 pacientes que se podrían considerar como casos, todos en la subescala de A. El grupo control presentó un 23,61 % de casos con puntuación superior a 11 en la subescala de A y 9,72 % en la subescala de D.

**Discusión.** Nuestro estudio parece mostrar más casos de ansiedad tanto en pacientes con vitiligo como en el grupo control con otros procesos dermatológicos varios. Así mismo los casos de probable depresión o depresión en pacientes con vitiligo es inferior al grupo control. Otros estudios han mostrado mayores niveles de depresión entre los pacientes con vitiligo.

**Conclusiones.** Nuestros pacientes con vitiligo presentan niveles mayores de ansiedad y menores de depresión que la muestra control. Será preciso ampliar la muestra para lograr una significación estadística para estos hallazgos.

## 5. DIMENSIONES DE PERSONALIDAD PREDICTORAS DE SÍNTOMAS MÉDICOS INEXPLICABLES EN PACIENTES DERMATOLÓGICOS

R. Martín Brufau<sup>a</sup>, F.J. Corbalán Berná<sup>a</sup>, R. Limiñana Gras<sup>a</sup>, A. Ramírez Andreo<sup>b</sup>, N. Marín Corbalán<sup>b</sup>, R. Corbalán Vélez<sup>c</sup>, M.A. de Concepción Salesa<sup>d</sup> y C. Brufau Redondo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Servicios de Dermatología. <sup>b</sup>Hospital General Reina Sofía. <sup>c</sup>Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. <sup>d</sup>Hospital Psiquiátrico Román Alberca. Murcia. España.

**Introducción.** En la última década varios trabajos investigan la interacción entre los síntomas cutáneo-mucosos sin lesiones objetivables y por tanto inexplicables por el dermatólogo (Madhulika A. Gupta, 2006; Nijenhuis, 2004; Nijenhuis E.R., 1998). Así, estos síntomas con frecuencia quedan en el terreno de lo subjetivo al no hallarse evidencias objetivas de esas sensaciones o alteraciones físicas. En estos casos, algunos autores han sugerido variables psicológicas para explicar estos fenómenos (Verhoeven, et al., 2007; Brown, 2004; Hoge, Terhakopian, Castro, Messer, & Engel, 2007; Nijenhuis ER, 1998). Los datos parecen apoyar esta hipótesis. Entre estos síntomas dermatológicos están las sensaciones físicas y cutáneas como la sensación de picor, dolor, el hormigueo, cansancio y entumecimiento (Brown, 2004; Madhulika A. Gupta, 2006).

**Material y método.** Se empleó el cuestionario MIPS y escalas de síntomas subjetivos. Se empleó un análisis de regresión y correlacional.

**Resultados.** Se obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas entre las variables de personalidad y los síntomas físicos.

**Conclusiones.** En esta comunicación se exponen hallazgos que evidencian la existencia de relaciones entre variables de personalidad y el aumento de diversas sensaciones somáticas en pacientes de piel.

## 6. PERSONALIDAD ALEXITÍMICA Y ENFERMEDAD DERMATOLÓGICA

N. Casanova Alba<sup>a</sup>, E. Ros Cucurull<sup>a</sup>, C. Guilera Domingo<sup>a</sup>, C. Faci Moreno<sup>a</sup> y M.J. Tribó Boixareu<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Instituto Europeo de Neurociencias (IDN). Barcelona. <sup>b</sup>Hospital del Mar. UAB. Barcelona. España.

Norman Wrong afirmó: «La piel es un órgano de expresión de la ira, el temor, el resentimiento y la vergüenza». Desde la década de los 80 la Psicología de la Salud se ha interesado por descubrir aspectos psicológicos identificativos en pacientes aquejados de enfermedades cutáneas, como anteriormente había ocurrido con otras patologías médicas. Las impresiones clínicas de los dermatólogos acentúan con frecuencia el papel que desempeñan los componentes psicológicos en la génesis, mantenimiento y pronóstico de las patologías dermatológicas, y se ha investigado sobre de las características de personalidad, estrés, ansiedad y

depresión, aunque los resultados empíricos no han sido concluyentes.

Sifneos acuñó en 1973 el concepto alexitimia, palabra griega que significa etimológicamente «sin palabras para los sentimientos», para englobar la constelación de factores cognitivos afectivos propios del estilo comunicativo de los pacientes psicósomáticos, abriéndose un nuevo constructo clínico-fenomenológico que permite explorar una nueva vertiente entre la relación de somamente. A pesar que en la actualidad el concepto de alexitimia se ha visto ampliado desde la definición original y no está exenta de debate, se dispone de estudios empíricos que evidencian que la personalidad alexitímica se observa con gran frecuencia en las enfermedades consideradas más físicas como en aquellos trastornos a los que se concede el estatus de psicósomáticos.

En esta comunicación se expondrá el concepto actual de alexitimia, sus características, etiología, instrumentos de evaluación y las correlaciones observadas con las enfermedades dermatológicas.

## 7. DELIRIO SOMÁTICO CON AUTOAGRESIÓN

F. Valcuende Cavero, A. Pitarch Archelós y M. Segarra López  
Sección de Dermatología. Hospital de la Plana. Villarreal. Unidad de Dermatología. Hospital General de Castellón. España.

**Introducción.** Las ulceraciones cutáneas responden a múltiples causas. Presentamos un caso de ulceraciones autoprovocadas para tratar un cáncer imaginario.

**Caso clínico.** Mujer de 62 años que en los últimos 8 años viene presentando diversas úlceras necróticas de varios centímetros, localizadas las que presentaba en la consulta en los genitales. Espontáneamente contaba que se las producía ella misma, al tratar con pomada de 5 fluoruracilo las lesiones cutáneas que, según ella, eran cancerosas. Llevaba aplicados más de 250 tubos. Tenía anemia y ferropenia por el sangrado crónico de las úlceras y requirió desbridamiento quirúrgico y reconstrucción de la del muslo.

**Discusión.** La paciente y su entorno familiar niegan la alteración psiquiátrica subyacente por lo cual el cuadro se ha cronificado y ha dejado de acudir a controles.

**Conclusiones.** El apoyo psiquiátrico es indispensable para el tratamiento de cuadros de esta índole.

## 8. DELIRIO DE PARASITACIÓN

B. Castro Gutiérrez<sup>a</sup>, C. Sanz Muñoz<sup>a</sup>, S. Galiano Mejías<sup>a</sup>, L. Sánchez Velicia<sup>a</sup>, A.A. Garrido Ríos<sup>a</sup>, L. Pericet Fernández<sup>a</sup>, H. Álvarez Garrido<sup>a</sup>, S. Alarcón Salazar<sup>a</sup>, J. Sanz Navarro<sup>a</sup>, A. Miranda Sivelo<sup>b</sup> y A. Miranda Romero<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. <sup>b</sup>Servicio de Psiquiatría. Hospital Río Carrión. Palencia. España.

El delirio de parasitación o Delusio parasitorium es una entidad encuadrada dentro de los delirios hipocondríacos monosintomáticos, y se caracteriza por la existencia de la idea o creencia, errónea e irreductible, de estar infestado por parásitos de diversas clases. Además de esta convicción, los pacientes padecen disestesias o alucinosis táctiles crónicas, así como lesiones cutáneas en zonas accesibles, generalmente secundarias a rascado.

A lo largo de la evolución el paciente puede dibujar e incluso aportar muestras del parásito, y siente que su entorno, incluidos los médicos que consulta, se niegan a creerle; por lo que se trata de un problema difícil de abordar, tanto por el dermatólogo como por el psiquiatra.

Pese a tratarse de una entidad más frecuente en mujeres, presentamos el caso de un paciente de 62 años remitido desde el Servi-

cio de Hematología por un cuadro de 3 meses de evolución de lesiones cutáneas y prurito sin causa aparente, que presenta la firme convicción de estar infestado por parásitos.

## 9. ENFERMEDAD DE DARIER-WHITE

A. García Rabasco, A. Esteve Martínez, J. López Davia y J.J. Vilata Corell

*Servicio de Dermatología y Venereología. Hospital General Universitario de Valencia. España.*

Presentamos el caso clínico de una paciente de 73 años de edad diagnosticada de enfermedad de Darier-White a los 16 años, que fue ingresada hasta en doce ocasiones por reagudizaciones estivales con eccematización y sobreinfección secundarias. Sus lesiones consistían en pápulo-costras anaranjadas en zonas seborreicas y en pliegues junto a pápulas verrucosas en palmas y plantas y alteraciones ungueales características.

En la última visita a la consulta de dermatología presentaba un cuadro de lesiones simétricas en tórax, zona alta de espalda y ambos brazos, escoriadas por rascado, lineales e inesperadas por no presentar similitud con las lesiones típicas de su enfermedad cutánea; interrogando a la paciente ésta se mostró muy ansiosa, con respiración entrecortada y deseando el ingreso en dermatología. Ante la sospecha de una enfermedad de Darier-White artefactada se instaura tratamiento con antihistamínicos y emolientes, se dialoga con la paciente y se le explica que su ingreso no está justificado.

Se realizó un seguimiento semanal y el cuadro mejoró paulatinamente hasta desaparecer 3 semanas después.

Se ha estudiado la asociación entre enfermedad de Darier y determinados trastornos del estado de ánimo como ansiedad, depresión y trastorno bipolar.

## 10. SITUACIÓN ACTUAL DE LOS CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA EN DERMATOLOGÍA: ¿LOS APLICAMOS LOS DERMATÓLOGOS ESPAÑOLES?

E. Samaniego González, A. Vera Casaño, E. Gómez Moyano, A. Hiraldo Gamero, J.M. Segura Palacios y V. Crespo Erchiga

*Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Carlos Haya. Málaga. España.*

**Introducción.** Muchas enfermedades frecuentes en las consultas dermatológicas tienen un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes. La evaluación exclusiva de la severidad clínica de estas enfermedades es insuficiente para su adecuado manejo. Los instrumentos que evalúan la calidad de vida aportan información muy valiosa sobre el impacto de estas enfermedades en los aspectos emocionales, sociales y ocupacionales, ayudando en la toma de decisiones terapéuticas.

**Material y método.** Se diseña una encuesta que es difundida a través de internet (infoaedv.es y coordinador de la Reunión) y dirigida a los dermatólogos españoles. La población del estudio son dermatólogos españoles (adjuntos y residentes), que han cumplimentado la encuesta y la han remitido a la autora del estudio.

**Objetivos.** Los objetivos del estudio son describir:

1. El conocimiento de la existencia de los Cuestionarios de Calidad de Vida Relacionados con la Salud (CVRS) en dermatología por la población de la muestra.
2. Si estos cuestionarios son aplicados (enfermedades, tipos de cuestionarios aplicados, áreas de aplicación).
3. La influencia de los resultados de los cuestionarios en las decisiones terapéuticas de los dermatólogos que los aplican.

4. La recomendación de su aplicación por parte de la población de la muestra.

**Resultados y conclusiones.** Serán expuestos en la reunión.

## 11. SÍNDROME DE HIPERSENSIBILIDAD POR CARBAMAZEPINA SIMULANDO MICOSIS FUNGOIDE EN PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR

L. Sánchez Velicia<sup>a</sup>, C. Sanz Muñoz<sup>a</sup>, A.A. Garrido Ríos<sup>a</sup>, L. Pericet Fernández<sup>a</sup>, H. Álvarez Garrido<sup>a</sup>, B. Castro Gutiérrez<sup>a</sup>, S. Galiano Mejías<sup>a</sup>, S. Alarcón Salazar<sup>a</sup>, J. Sanz Navarro<sup>a</sup>, A. Miranda Siveló<sup>b</sup> y A. Miranda Romero<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. <sup>b</sup>Servicio de Psiquiatría. Hospital Río Carrión. Palencia. España.*

**Caso clínico.** Paciente de 63 años de edad, con antecedente de trastorno bipolar de más de 40 años de evolución. Tras un cambio en su medicación habitual, inició tratamiento con carbamazepina (CBZ), desarrollando tres semanas después, un cuadro de fiebre, escalofríos y dolor de garganta que fue interpretado por el MAP como proceso catarral. A la semana desarrolla erupción cutánea pruriginosa y debido a la acentuación de su episodio maníaco ingresa en Psiquiatría. En la exploración se aprecia un exantema maculopapular confluyente en tronco, cara y extremidades junto a adenopatías axilares e inguinales. Se decidió suspender la CBZ e iniciar tratamiento con corticoides y antihistamínicos con resolución del proceso en 10 días. Pruebas complementarias: analítica con perfil hepático y renal normal, linfocitosis, elevación de LDH y de los reactantes de fase aguda. Serología a distintos virus e inmunología negativas. Biopsia cutánea compatible con micosis fungoide. Tras resolverse el cuadro se realizaron pruebas epicutáneas y test de transformación linfoblástica que confirmaron el diagnóstico de hipersensibilidad a CBZ.

**Discusión.** Los pseudolinfomas por fármacos son enfermedades infrecuentes que se caracterizan por su polimorfismo clínico e histológico. La prueba definitiva para dicho diagnóstico es la resolución del cuadro tras la suspensión del fármaco. Dado que la reactividad cruzada de los anticonvulsivantes aromáticos es de hasta el 75%, es imprescindible considerar otras alternativas para el control del trastorno bipolar.

## 12. IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO, PSICOPATOLOGÍA Y CALIDAD DE VIDA EN EL CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA

S. Ros, E. Roé, F. Corella, J.R. Garcés, X. García-Navarro y A. Alomar

*Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.*

**Introducción.** El impacto psicológico que el cáncer de piel no melanoma puede provocar en la vida del paciente, en su calidad de vida y las repercusiones a nivel psicopatológicas es una temática no estudiada en nuestro país.

**Material y método.** Se estudian 60 pacientes con diagnóstico de cáncer de piel no melanoma utilizando una Escala de Impacto Psicológico del diagnóstico, un cuestionario de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI), Test de Afrontamiento de Cáncer (CAEPO), Inventario de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo (STAI), Inventario de Depresión de Beck (BDI), Inventario de Salud General de Goldberg (GHQ) y finalmente el Índice de Gravedad (IPG).

**Resultados.** Los resultados nos indican que 75% de la muestra considera que la enfermedad que le diagnostican es grave. Los aspectos psicológicos estudiados nos muestran que un 86% de

los pacientes tienen Ansiedad Estado después del diagnóstico, un 33 % desarrollan sintomatología depresiva y finalmente un 60 % muestran puntuaciones patológicas en el GHQ en sus escalas de somatización, ansiedad, insomnio y disfunción social.

**Conclusiones.** El cáncer de piel no melanoma tiene un impacto psicológico importante en el paciente, prueba de ello podemos observar los resultados hallados en la psicopatología y en la calidad de vida de estos pacientes.

### 13. DERMATITIS ARTEFACTA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

A. Rodríguez Pichardo, B. García Bravo y F. Camacho

*Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.*

**Introducción.** La Dermatitis Artefacta (DA) se presenta raramente en las consultas y es aun más excepcional en niños y adolescentes.

**Material y método.** Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes menores de 18 años, de un grupo de 201 pacientes diagnosticados por nosotros de DA, desde 1976 a 2006, en el Departamento de Dermatología del HUV Macarena. Los datos recogidos se sometieron a estudio estadístico con SPSS 13.0.

**Resultados.** Cuarenta y cuatro de 201 pacientes con DA eran menores de 18 años. La edad media de este grupo fue de  $12,89 \pm 3,00$  (4-17 años). Sexo femenino 32 y masculino 12. La presentación clínica más frecuente fue la Excoriación-erosión (36,4 %) y las Úlceras (22,7 %). La localización más frecuente fue cabeza/cuello 36,4 % y mayoritariamente en sitios visibles.

**Conclusiones.** No tenemos conocimiento de series con este número de pacientes. Hay que tener presente que es una enfermedad psiquiátrica y de difícil manejo, acentuado por la agresividad de los padres hacia el dermatólogo.

### 14. PATOMIMIA SIMULANDO MALOS TRATOS

F. Valcuende Cavero, G. Pérez Pastor, G. Tomás Cabedo y R. Lázaro Santander

*Sección de Dermatología. Hospital de la Plana. Villarreal. España.*

**Introducción.** Las patomimias cutáneas son cuadros que varían según el contexto socio sanitario del paciente.

**Caso clínico.** Niña de 14 años que había presentado durante el último año varios episodios de tumefacción y equímosis en lateral derecho de la cara. Había sido apartada de su familia biológica por malos tratos durante un periodo corto, 2 años antes. Se realizan diversas exploraciones para descartar causa orgánica del cuadro: analítica con estudio amplio de la coagulación con resultado normal, Biopsia cutánea con el hallazgo de púrpura cutánea sin lesión vascular ni inflamatoria, RM donde se descartan linfangiomas y cualquier otra alteración de partes blandas faciales y cuello.

**Discusión.** La madre biológica insistía en que el cuadro aparecía espontáneamente y acudió varias veces a urgencias solicitando diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. En la última visita, en la que ya acudió con la madre de acogida, le hicimos confesar que las lesiones se las producía ella misma porque quería que los servicios sociales la llevaran con los padres de acogida. No ha vuelto a presentar ningún otro episodio en 5 años de seguimiento.

**Conclusiones.** Ante una sospecha de malos tratos infantiles hay que excluir además de patología orgánica cuadros auto-provocados.

### 15. PATOMIMIA: UN CASO BREVE

J. Bravo Piris, G. Fernández Blasco y P. Unamuno Pérez

*Servicio de Dermatología. Hospital Clínico de Salamanca. España.*

Describimos el caso de una paciente de 52 años, ingresada en una institución benéfica –cuidada por religiosas–, por un cuadro ansiógeno-depresivo y cierto grado de deficiencia mental. Acude a la consulta de dermatología por un eczema agudo de contacto que posteriormente se demuestra es de naturaleza auto-provocada.

### 16. NUEVOS ANTICONVULSIVANTES EN LA TERAPÉUTICA DE LA IMPULSIVIDAD EN LA ENFERMEDAD DERMATOLÓGICA

C. Guilera Domingo<sup>a</sup>, E. Ros Cucurull<sup>a</sup>, N. Casanova Alba<sup>a</sup>, C. Faci Moreno<sup>a</sup> y M.J. Tribó Boixareu<sup>b</sup>

<sup>a</sup>*Instituto Europeo de Neurociencias (IDN). Barcelona.*

<sup>b</sup>*Hospital del Mar. UAB. Barcelona. España.*

La impulsividad es, con frecuencia, un importante problema clínico en el campo de la psiquiatría y de otras especialidades médicas como la neurología o la dermatología. En psiquiatría, la impulsividad está contemplada como síntoma en numerosos trastornos mentales (manía, trastorno por uso de sustancias...); forma parte de los criterios diagnósticos de algunos trastornos psiquiátricos (trastorno límite de la personalidad, trastorno antisocial de la personalidad...) y, en ocasiones, es el motor de ciertas conductas como el suicidio o las agresiones físicas. No existe, pues, un patrón homogéneo de conducta impulsiva y el rango de acciones que cubre es muy amplio. Además, también forma parte del conjunto de los rasgos de personalidad de todo ser humano. Se han utilizado distintas estrategias terapéuticas en el tratamiento de los trastornos impulsivos, casi siempre de manera empírica, debido a la escasa consistencia de los datos que se disponen sobre los mecanismos etiopatogénicos; apenas existen estudios controlados y la mayoría de ellas se sustentan en estudios abiertos con muestras pequeñas. Los nuevos antiepilépticos, poseen un perfil terapéutico, que se extiende a actividad anticonvulsivante. Existe abundante literatura sobre su eficacia en la manía y como estabilizadores del estado de ánimo, y se dispone de numerosa información sobre su eficacia en los trastornos de la conducta alimentaria, por dependencia al alcohol, en el trastorno de la personalidad con impulsividad y en enfermedades dermatológicas como la excoriación psicógena, la onicofagia o la tricotilomanía. En ésta presentación se realiza una revisión bibliográfica del papel de los nuevos anticonvulsivantes en la terapéutica de la impulsividad asociada a enfermedad dermatológica, así como la experiencia específica de nuestro servicio al respecto.

### 17. QUEILITIS EXFOLIATIVA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

M.E. Martínez Escala<sup>a</sup>, M.J. Tribó Boixareu<sup>a</sup>, S. Ros Montalbán<sup>b</sup>, E. Serra Baldrich<sup>c</sup>, A. Bulbena Vilarrassa<sup>b</sup> y R.M. Pujol Vallverdú<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y de <sup>b</sup>Psiquiatría. Hospital del Mar. IMAS. Barcelona. <sup>c</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.*

**Introducción.** El concepto de queilitis exfoliativa define un espectro heterogéneo de procesos inflamatorios crónicos labiales de etiología desconocida caracterizados clínicamente por descamación, sequedad o fisuración crónica o recurrente. Sus hallazgos histopatológicos suelen ser poco específicos (hiperplasia epitelial y un leve infiltrado inflamatorio superficial) y su diagnóstico suele establecerse tras la exclusión de otras entidades que

pueden originar una queilitis crónica. Diversos autores han postulado un origen facticio en el desarrollo de estas lesiones.

**Caso clínico.** Presentamos dos pacientes (una mujer de 61 años y un varón de 18 años) afectados de queilitis exfoliativa crónica y recurrente de meses-años de evolución refractarias a múltiples tratamientos. Las distintas exploraciones complementarias (biopsia, analíticas, cultivos p. epicutáneas) no evidenciaron alteraciones significativas. En ambos casos se evidenció una franca mejoría tras tratamiento ansiolítico/antipsicótico.

**Conclusión.** La queilitis exfoliativa es una entidad poco frecuente, ocasionalmente secundaria a una automanipulación crónica y recurrente. Debe diferenciarse de un amplio grupo de queilitis con hallazgos histopatológicos poco específicos (queilitis atópica, queilitis alérgica de contacto, queilitis actínica, queilitis glandular, queilitis candidiásica, etc.). En casos secundarios a una manipulación continuada o recurrente, la prescripción de tratamiento antidepressivo/antipsicótico puede permitir obtener una mejoría clínica evidente o incluso una resolución completa del cuadro clínico.

## 18. EL EFALIZUMAB Y LA PSORIASIS

S. Díez-Moreno<sup>a</sup>, J.T. Pera<sup>a</sup>, C. Rodríguez-Cerdeira<sup>a</sup>, A. Guerra-Tapia<sup>b</sup> y J.J. Vilata<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. CHUVI. Universidad de Vigo. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. <sup>c</sup>Servicio de Dermatología. Hospital General de Valencia. España.

Se trata de un estudio descriptivo transversal observacional y prospectivo de una cohorte de pacientes en tratamiento con efalizumab. Se describe cualitativamente y cuantitativamente cómo el tratamiento continuado con efalizumab impacta en los desordenes emocionales (ansiedad y depresión) y en la calidad de vida del paciente. El parámetro principal de valoración será el impacto de la calidad de vida y cómo se modifica con el tratamiento. Otro parámetro a utilizar será la posible diferencia existente entre ambas determinaciones, expresada en términos de calidad de vida y en la valoración por el propio sujeto de la extensión e intensidad de la psoriasis y su desorden emocional. Adicionalmente, se registrarán variables de uso de consumo de recursos de estos pacientes bajo un tratamiento continuado con efalizumab con la intención de estimar el coste global del tratamiento. Se realizan cuatro visitas, una primera basal, dos de seguimiento, a los 3 y 6 meses, y una final, a los 12 meses. Presentaremos los resultados preliminares.

## 19. SÍNDROME DE BOCA URENTE: UN PRONÓSTICO ACEPTABLE

V. de Diego Polo, E. Sendagorta Cudós, U. Floristán Muruzábal y M. Casado Jiménez

Hospital Universitario la Paz. Madrid. España.

**Introducción.** El síndrome de boca urente (SBU) constituye un diagnóstico no raro en el campo de las psico-dermatosis. Su curso es crónico y está muy extendida la opinión, al menos entre dermatólogos, de que su pronóstico es pobre.

**Casos clínicos.** Se exponen, condensados y tabulados, los últimos diez casos de SBU que han acudido a revisión en nuestro Servicio. Como método de evaluación se utilizó una escala visual analógica (EVA). El seguimiento se ha extendido entre 3 meses y más de 2 años. El valor promedio en la EVA de la primera consulta fue de  $7,85 \pm 1,65$  y, en la última revisión, de  $3,45 \pm 2,29$ . En 5 casos (50%), el valor de la EVA está actualmente en 2 y, en 7 casos (70%), es de 3.

**Discusión.** Los datos reflejan una favorable respuesta al tratamiento en la mayoría de los casos, si bien es cierto que dicha

respuesta puede tardar muchos meses en ser obtenida y requerir el ensayo de diversos tratamientos.

**Conclusiones.** Es vital ofrecer a los pacientes con SBU una expectativa realista. Decirles, como se hace a menudo, que sus síntomas no tienen tratamiento, es tan inoportuno como prometerles la total y definitiva desaparición del cuadro.

## 20. FORMACIÓN EN PSICODERMATOLOGÍA DEL RESIDENTE DE DERMATOLOGÍA: ENCUESTA

H. Álvarez Garrido, A.A. Garrido Ríos, L. Pericet Fernández, L. Sánchez Velicia, B. Castro Gutiérrez, S. Galiano Mejías, J. Sanz Navarro, S. Alarcón Salazar y A. Miranda Romero

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España.

**Introducción.** La Psicodermatología forma parte del Programa oficial de la especialidad de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología según recoge el BOE de septiembre de 2007.

**Objetivo.** Nuestro objetivo era conocer la situación actual de la formación en Psicodermatología de los residentes de Dermatología españoles.

**Material y método.** Para ello, diseñamos una encuesta con 12 preguntas directas y una pregunta en la que se podía expresar la opinión sobre cómo mejorar este aspecto de nuestra formación. Dicha encuesta se envió a través de Internet a las direcciones de email de los residentes de Dermatología.

**Conclusiones.** Presentamos los resultados obtenidos.

## PÓSTERES

### 1. TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

L.M. Pericet Fernández<sup>a</sup>, H. Álvarez Garrido<sup>a</sup>, L. Sánchez Velicia<sup>a</sup>, A.A. Garrido Ríos<sup>a</sup>, B. Castro Gutiérrez<sup>a</sup>, S. Galiano Mejías<sup>a</sup>, J. Sanz Navarro<sup>a</sup>, S. Alarcón Salazar<sup>a</sup>, J.A. Blanco Garrote<sup>b</sup> y A. Miranda Romero<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicios de Dermatología y de <sup>b</sup>Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España.

**Introducción.** El trastorno dismórfico corporal (TDC) se caracteriza por una preocupación excesiva y persistente ante un defecto físico mínimo o inexistente, que causa un malestar significativo con interferencia en las actividades sociales o laborales habituales. Las quejas suelen centrarse en algún aspecto de la cara o la cabeza, fundamentalmente en relación con la piel (60%), el cabello (50%) o el tamaño y forma de la nariz (40%).

**Caso clínico.** Paciente de 24 años, con antecedentes personales de valvulopatía bicúspide, herpes zóster facial que ocasionó una parálisis hemifacial derecha transitoria a los 3 años de edad y cefaleas tensionales en tratamiento con tryptizol. Consulta por caída del pelo de la ceja derecha de 7 meses de evolución. El examen físico no revela alteraciones. La analítica sanguínea (hemograma, bioquímica, hormonas tiroideas y estudio inmunológico) es normal. En revisiones posteriores se siguen sin objetivar alteraciones de las cejas a pesar de la continua preocupación de la paciente. Ante la sospecha de un TDC se realiza una interconsulta a Psiquiatría, que confirma el diagnóstico.

**Conclusión.** El TDC se incluye en el DSM-IV como parte de los trastornos somatomorfos. Los pacientes describen sus defectos



como torturantes y difíciles de controlar, y desarrollan comportamientos compulsivos repetitivos con el objeto de examinar, mejorar u ocultar el defecto percibido, llegando a interferir con sus actividades habituales. Puede ocasionar depresión, ansiedad e incluso ideaciones suicidas. Debe ser sospechado ante quejas inconsistentes y repetitivas sobre el aspecto físico con el fin de evitar tratamientos innecesarios.

## 2. LIQUEN PLANO TRAS ACONTECIMIENTO VITAL ESTRESANTE

S. Galiano Mejías<sup>a</sup>, B. Castro Gutiérrez<sup>a</sup>, A.A. Garrido Ríos<sup>a</sup>, L. Sánchez Velicia<sup>a</sup>, H. Álvarez Garrido<sup>a</sup>, L. Pericet Fernández<sup>a</sup>, S. Alarcón Salazar<sup>a</sup>, J. Sanz Navarro<sup>a</sup>, C. Delgado Mucientes<sup>b</sup> y A. Miranda Romero<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. <sup>b</sup>Unidad de Dermatología. Hospital General de Segovia. España.

**Introducción.** Múltiples factores psicológicos y psiquiátricos influyen en la aparición y evolución de un importante porcentaje de enfermedades dermatológicas. Por este motivo, este grupo de enfermedades cutáneas son también conocidas como trastornos psicofisiológicos o enfermedades psicósomáticas. Además de estos factores, puede influir la capacidad individual de interpretar o enfrentarse a acontecimientos vitales estresantes.

**Caso clínico.** Paciente de 21 años que acude al servicio de dermatología por presentar lesiones pruriginosas en tronco, que se fueron extendiendo progresivamente a miembros, mucosa oral y genitales. El cuadro apareció a los pocos días de un acontecimiento vital estresante. La exploración física y la histopatología confirmaron el diagnóstico de Liquen plano.

**Discusión.** Diversos estudios apoyan la idea de que factores psicológicos y psiquiátricos, tales como la ansiedad o situaciones estresantes pueden desencadenar o favorecer la extensión de distintas enfermedades dermatológicas, como el Líquen plano. Un abordaje psicodermatológico sería beneficioso en estos pacientes.

## 3. VALOR DE LA ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HAD) EN UNA MUESTRA AMBULATORIA DE PACIENTES DERMATOLÓGICOS

M. Rodríguez Martín, N. Pérez Robayna, S. González Hernández, C. Rodríguez García, N. Merino de Paz, M. Sáez Rodríguez y M. García Bustinduy

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. España.

En numerosas guías terapéuticas de enfermos dermatológicos se han añadido métodos de evaluación de factores psicológicos y sociales (comorbilidad psiquiátrica, calidad de vida, escalas de ansiedad y depresión, funcionamiento social).

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), diseñada por A.S. Zigmond y R.P. Snaith, R.P. (1983) es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar ansiedad y depresión en enfermos físicos y mentales, así como en población general. El interés que ha tenido esta escala en la literatura está fundamentado por tres razones: 1. su brevedad y facilidad para aplicarlo en el ámbito comunitario y en población diversa, 2. su adecuación para administrarlo a pacientes cuya sintomatología puede «confundir» el diagnóstico de síntomas de ansiedad y depresión, y, 3. su capacidad de despistaje o diagnóstico.

En este trabajo se presentan los resultados de un análisis discriminante en el que la variable criterio se considera las puntuaciones factoriales de los sujetos obtenidos en cada uno de los ítems

extraídos de un análisis de los datos obtenidos de la aplicación del HAD (versión en castellano de Caro e Ibáñez, 1992) a una muestra de 261 pacientes pertenecientes a la consulta externa de Dermatología del área Norte de Salud de Tenerife. La escala de depresión y ansiedad (HAD) es una herramienta de fácil manejo, corta duración y que ha demostrado su poder estadístico tanto en fiabilidad como en validez en distintos estudios. Respecto al análisis discriminante, se ha analizado la potencia del HAD respecto a la muestra estudiada, con respecto al factor depresión y preocupación ansiosa. El HAD se muestra como una herramienta sencilla de utilizar que puede servir como primera medida de screening, en enfermedades con alta comorbilidad ansioso-depresiva.

## 4. EPISODIO PSICÓTICO AGUDO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON RETINOIDES ORALES

C.D. Albendea, S.E. Marrón, L. Tomás y M. González

Unidad Clínica de Dermatología. Hospital Ernest Lluch. Calatayud. España.

**Introducción.** La isotretinoína es un retinoide sintético de gran eficacia frente a formas severas de acné. Clásicamente se ha relacionado este tratamiento con alteraciones psiquiátricas, principalmente trastornos afectivos como depresión, mayor riesgo de suicidio y la producción de sintomatología psicótica. Sin embargo, no se ha podido demostrar una relación causal entre estas alteraciones y el tratamiento con retinoides, aunque recientemente se están publicando posibles mecanismos celulares que intentan explicar la influencia de este tipo de tratamiento sobre el humor, principalmente en personas susceptibles.

**Caso clínico.** Presentamos el caso clínico de un varón de 24 años que comienza con conductas desorganizadas (fuga del domicilio...) y verbalización de ideas extrañas de naturaleza psicótica y paranoide, en el contexto del inicio del tratamiento con retinoides 10 días antes. En los antecedentes personales del paciente cabe destacar un episodio psicótico previo definido como Bouffé Delirante en el contexto de abuso de tóxicos 5 años antes.

**Conclusiones.** Algunas series de casos parecen relacionar la presencia de psicosis maníacas con la exposición a isotretinoína sobre todo en pacientes con antecedentes familiares y personales psiquiátricos, por lo que antes de la prescripción, debe ser considerada la historia clínica psiquiátrica, valorando el riesgo-beneficio del tratamiento.

## 5. CALIDAD DE VIDA, ANSIEDAD/DEPRESIÓN EN EL PACIENTE PSORIÁSICO

F. de Lara, S.E. Marrón, L. Tomás, C.D. Albendea, M. González y A. Gómez

Unidad Clínica de Dermatología. Hospital Ernest Lluch. Calatayud. España.

**Introducción.** La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y otras variables psicosociales son importantes para evaluar al paciente con psoriasis y su tratamiento.

**Objetivo.** El objetivo del presente estudio es evaluar el impacto psico-social en pacientes con psoriasis tratados con metotrexato inyectado.

**Método.** Estudio de 24 semanas, con el objeto de evaluar la eficacia y seguridad de metotrexato en un grupo de 100 pacientes con psoriasis moderado-grave y controles. A los pacientes se les evaluó su severidad clínica mediante PASI, el impacto en la CVRS mediante DLQI y SF-36, utilizando para evaluar la sintomatología ansiosa y/o depresiva mediante HADS.

*Resultados.* Se han observado diferencias significativas entre el grupo de tratamiento con metotrexato y el grupo control en las medias de puntuaciones de DLQI a las 24 semanas, observándose también diferencias significativas a favor del grupo de tratamiento en las puntuaciones medidas con SF-36 y HADS.

*Conclusiones.* El metotrexato en inyección se manifiesta como eficaz en el control de pacientes con psoriasis moderado-grave y produce una mejoría significativa en la CVRS.

## 6. MÜNCHHAUSEN. EL BARÓN Y SU SÍNDROME

R.M. Díaz Díaz, O. López-Barrantes González, V.M. Leis Dosil, R. Valverde Garrido, D.M. Arranz Sánchez, I. Prats Caelles y C. Rubio Flores

*Servicio de Dermatología. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. España.*

El barón de Münchhausen se llamaba Karl Friedrich Hieronymus. Fue un barón alemán que vivió entre 1720 y 1797.

Combatiente en varias campañas militares, destacó por su gran habilidad para narrar aventuras insólitas, supuestamente basadas en sus propias vivencias.

Fue Rudolf Erich Raspe quién inspirado en sus supuestas hazañas creó un personaje literario, mezcla de héroe y bufón, actualmente reconocido mito de la literatura infantil. El barón de Münchhausen presta su nombre a una alteración psicológica en la que un paciente finge, o incluso provoca, los síntomas de diversas enfermedades para recibir así atención y simpatía de los demás.

Existe una variante, denominada síndrome de Münchhausen por poderes, en la que el paciente, normalmente un menor, está al cuidado de una persona que sufre dicha psicosis. El menor sufre distintas manipulaciones por parte del verdadero enfermo, de forma que necesite atención médica.

## 7. PERSONALIDAD Y AFECCIONES DERMATOLÓGICAS EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

A. Jiménez-Perianes<sup>a</sup> y A.M. Cima Muñoz<sup>b</sup>

*<sup>a</sup>Universidad CEU San Pablo. <sup>b</sup>Facultad de Medicina. Departamento de Psicología. Campus de Montepríncipe de Boadilla del Monte. Madrid. España.*

*Introducción.* La influencia de las características de personalidad en la aparición y desarrollo de la patología dermatológica es un ámbito de estudio de primer orden, pues cuando las alteraciones dermatológicas se hacen visibles a los demás la calidad de vida y la autoestima del paciente disminuyen significativamente, dando lugar a la aparición de sentimientos de humillación y vergüenza, importantes dificultades para obtener empleo o para relacionarse socialmente, llegando incluso a ser discriminados por el miedo de los demás a ser «contagiados».

*Material y método.* A una muestra de veinticinco alumnos de primer curso de la Licenciatura en Psicología se aplicaron varias pruebas de evaluación psicológica: (a) Cuestionario de 90 síntomas de Derogatis (SCL-90-R), subescala «somatización»; (b) Cuestionario de Análisis Clínico de Krug (CAQ); y (c) 16PF-5, Cuestionario Factorial de Personalidad de Cattell, Cattell y Cattell, así como una escala de signos patognomónicos de varias afecciones dermatológicas de elevada prevalencia en la población general.

*Resultados.* Los perfiles generales obtenidos en las pruebas de personalidad no muestran estructuras psicopatológicas en la muestra analizada, pero si se observa una relación positiva entre ciertos rasgos de personalidad y somatización y la presencia de signos de alteraciones dermatológicas de severidad moderada a importante.

*Conclusiones.* Se pone de manifiesto una relación positiva entre la presencia de perfiles de personalidad más alterados, aunque no necesariamente psicopatológicos, y elevados niveles de somatización con la presencia de signos patognomónicos de alteraciones dermatológicas.