

PSICODERMATOLOGIA

Dra. Carmina Muñoz Arroyo. Psiquiatra de Enlace. (INCMNSZ)
Revisora: Dra. Judith González Sánchez. Psiquiatra de Enlace. (INCMNSZ)

RESUMEN

La psicodermatología es una subespecialidad que se ocupa de las enfermedades dermatológicas que están condicionadas por problemas psicosociales. De esta manera la psicodermatología reconoce los aspectos biológicos, genéticos, psicológicos y sociales en el desarrollo de enfermedades dermatológicas. Los padecimientos dermatológicos pueden incidir de manera negativa en la autoestima y la calidad de vida de los pacientes generándose con esto la comorbilidad con trastornos psiquiátricos como ansiedad o depresión.

Los objetivos de esta revisión son que el médico sea capaz de identificar un trastorno psiquiátrico primario con sus manifestaciones cutáneas.

INTRODUCCIÓN

La psicodermatología estudia la correlación de los trastornos dermatológicos y psiquiátricos, esta área de acción no es nueva sin embargo ha recibido una atención limitada.

Es necesario el enfoque biopsicosocial para la atención de padecimientos psicodermatológicos, siendo imperativo que el estudio y tratamiento sea efectuado por un equipo multidisciplinario formado por psiquiatras, dermatólogos, psicólogos y médicos familiares.¹

Aproximadamente el 30-40% de los pacientes que buscan tratamiento para enfermedades dermatológicas tiene un trastorno psiquiátrico subyacente que puede originar o exacerbar el padecimiento dermatológico.²

Gupta encontró que el acné vulgar se asociaba con comorbilidad psicósomática en el 30% de los pacientes. En un estudio de 294 pacientes con Alopecia Areata, la prevalencia de depresión mayor fue de 8.8%. La prevalencia de trastornos psiquiátricos dermatológicos entre los pacientes es ligeramente mayor que la neurológica, oncológica y cardíaca.²

FISIOPATOLOGÍA

La compleja interacción entre la mente y la piel se ha investigado tanto a nivel molecular como celular. Se ha registrado que los pacientes con depresión presentan más enfermedades físicas y que los pacientes con enfermedades crónicas sufren más a menudo depresión mayor, o que indica que el estado de ánimo importante papel en cómo se percibe la enfermedad y en su gravedad.^{3, 4.}

El cerebro y la piel se originan a partir de la misma capa germinal, el ectodermo. En periodos posteriores de la vida, las diversas formas en que estos dos órganos influyen entre sí han sido objeto de numerosos estudios que se dividen en el papel del estrés y enfermedades dermatológicas y la investigación clínica y el tratamiento de enfermedades psicodermatológicas.⁵

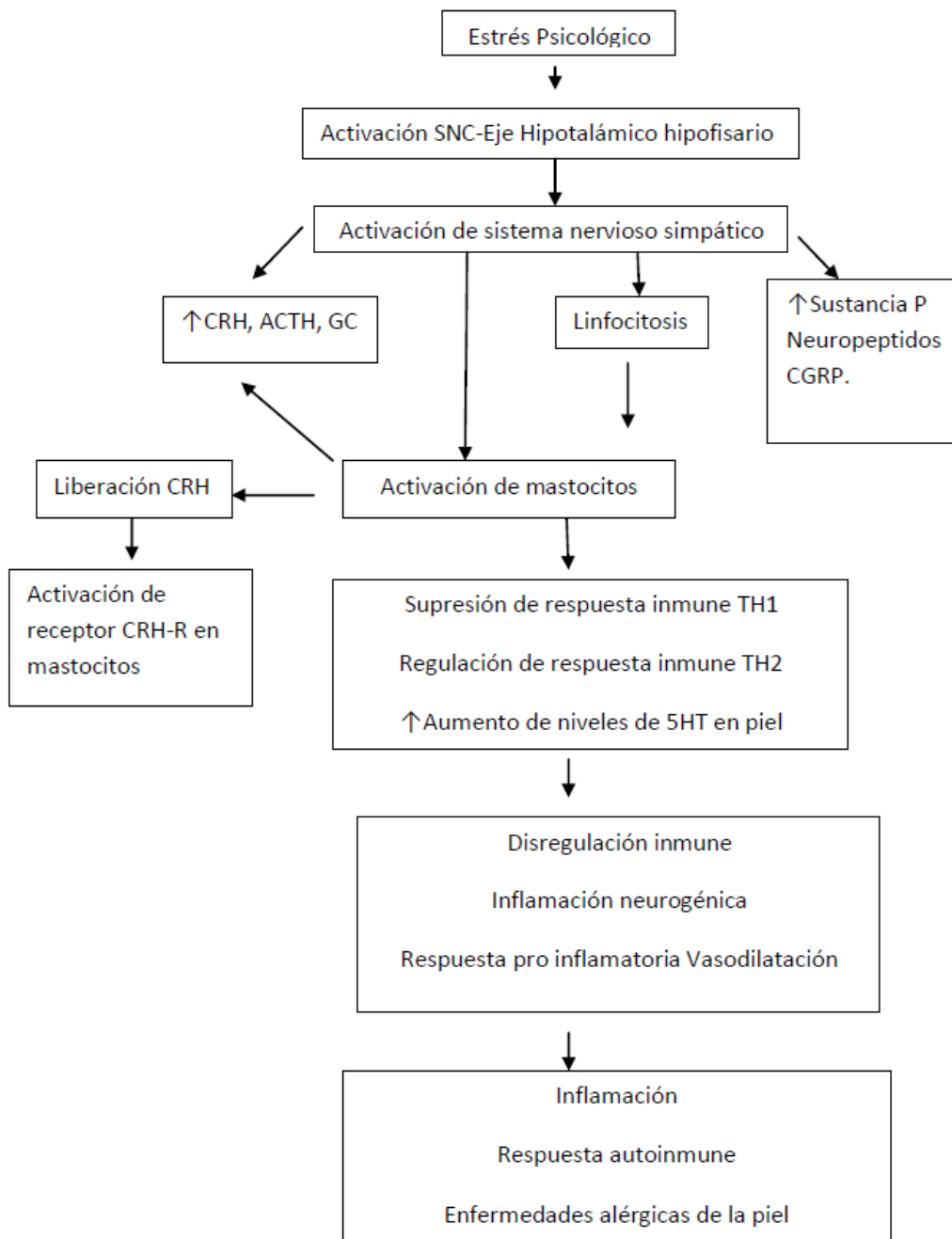
El modelo neuro-inmuno-endocrino-cutáneo fue propuesto por O`Sullivan para explicar la relación entre la mente y el cuerpo y que es el origen de padecimientos dermatológicos inflamatorios que se activan o exacerban por factores psicológicos.⁶

El eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal responde al estrés psicológico con la regulación positiva de hormona liberadora de corticotropina, cortisol y prolactina.

La activación del sistema nervioso simpático conduce a elevar los niveles de catecolaminas y liberación de neuropeptidos (sustancia P y péptido relacionado con el gen de la calcitonina).

Los mastocitos son un objetivo importante de las hormonas y mediadores de estrés y su activación conduce al desbalance inmune y diversos trastornos de la piel.²

La epigenética sugiere que existe una regulación de la expresión génica a través de mecanismos moleculares (metilación del ADN, modificación de las histonas, etc.) en respuesta a los estímulos ambientales, fármacos. Este campo aun es nuevo, pero ha aportado una nueva dimensión a la comprensión de la comorbilidad en medicina psicosomática y tiene un gran potencial para explicar cómo los factores externos pueden afectar material genético y conducir a diversas enfermedades.²



CLASIFICACION DE PADECIMIENTOS PSICO-CUTANEOS.¹

1.- Dermatitis con causa psiquiátrica primaria, responsable de trastornos dermatológicos autoinducidos (Tricotilomania, Delirio de parasitosis.)

2.- Dermatitis con base multifactorial cuya evolución es sometido a influencias emocionales de enfermedades psicósomáticas. (Psoriasis, Dermatitis Atópica, Acné, Hiperhidrosis, Liquen simple crónico.)

3.- Trastornos psiquiátricos secundarios a dermatosis somato psíquicas (Trastornos adaptativos con depresión o ansiedad se observan enfermedades como alopecia areata o vitíligo.)

Delirio de Parasitosis: También conocido como síndrome de Ekbom es una enfermedad poco común, el paciente desarrolla una idea delirante de que su cuerpo se encuentra infestado de parásitos, presentando habitualmente excoriaciones como consecuencia de querer sacar al parásito del organismo. En ocasiones los pacientes presentan evidencia de esta infección por parásitos en forma de pelusa que fueron mal interpretados como partes de parásitos, larvas o huevos.

El diagnóstico diferencial incluye trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, depresión psicótica, deficiencia de vitamina B12, esclerosis múltiple, etc.²

Tricotilomania: Es uno de los tipos de alopecia traumática, se encontró una incidencia de 0.6% en ambos sexos.

Es siete veces más común en los niños, en comparación con los adultos, en el caso de los niños son trastornos habituales sin psicopatología grave, a veces asociados con onicofagia. En los adultos, hay predominio en el género femenino y está asociada a depresión, trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo compulsivo. El diagnóstico es principalmente clínico, se puede realizar biopsia de cuero cabelludo.²

Los trastornos de la piel rara vez son potencialmente mortales, pero se asocian con una morbilidad significativa y la incidencia en la calidad de vida, la prevalencia global de los trastornos psiquiátricos en los pacientes con enfermedad dermatológica es de 30-60%.⁷

Los padecimientos dermatológicos especialmente los crónicos que afectan las partes expuestas del cuerpo a causa de la visibilidad y la desfiguración resultante conduce a vergüenza, depresión, ansiedad, baja autoestima y pensamientos suicidas en algunos pacientes.⁸

Muchos de los pacientes son capaces de hacer frente a la enfermedad, mientras que otros desarrollaran morbilidad psiquiátrica secundaria.

Cuando se examinaron los pacientes con dermatosis se encontró una prevalencia mayor de 8.4% para trastorno depresivo mayor, el estudio de Gupta mostró que la prevalencia de la ideación suicida fue de 5.5% en la psoriasis severa y de 5.6% en los pacientes con acné. El abuso de alcohol es más común en pacientes con psoriasis y la cantidad de ingesta diaria se correlaciona con la severidad de la psoriasis y su mala respuesta al tratamiento.²

Matto et-al señala que un 25% de los pacientes con vitíligo mostraban comorbilidad psiquiátrica, presentando la mayoría un diagnóstico de trastorno de adaptación.²

El trastorno adaptativo (56% vs 62%), episodio depresivo (22%vs 29%), dismitima (9% vs 4%) eran los trastornos psiquiátricos más comunes para los pacientes con psoriasis y vitíligo respectivamente.²

ABORDAJE DEL PACIENTE DESDE LA PRESPECTIVA PSIQUIATRICA

La entrevista y el observar son características esenciales en la evaluación psiquiátrica de pacientes con dermatosis. El primer contacto con el paciente debe establecerse bajo un ambiente tranquilizador y de empatía para conocer de mejor forma las experiencias subjetivas durante el curso de la enfermedad. La entrevista permite evaluar el nivel actual del funcionamiento del paciente incluyendo el nivel de ansiedad y su reacción ante el estrés.

En el modelo de la entrevista estructurada de Kenberg se debe pedir al paciente enumerar sus principales motivos de consulta, como expectativas de tratamiento, además de explorar la visión de la sintomatología y las dificultades asociadas a estas.

CONSIDERACIONES DE LA ENTREVISTA EN POBLACIONES ESPECIALES.¹

Pacientes Psicóticos: puede presentarse dificultad debido a que no se obtiene información clara en cuanto a temporalidad, causalidad, siendo necesaria la corroboración de esta información por medio de un familiar

Pacientes con trastornos de personalidad: frecuentemente pueden presentar crisis de angustia así como también historia de lesiones autoinflingidas, estos pacientes suelen ser difíciles debido a la inestabilidad en las relaciones interpersonales. Los trastornos de personalidad que con frecuencia presentan enfermedades dermatológicas son el trastorno limite, narcisista, histriónico así como el trastorno obsesivo compulsivo. Pacientes con trastorno histriónico de la personalidad pueden inducir lesiones en la piel como en el caso del acné excoriee para llamar la atención, en el caso del trastorno obsesivo compulsivo existe preocupación

extrema con el perfeccionismo, control, orden y puede ser observado en pacientes con comportamientos compulsivos como lavado frecuente pudiendo encontrarse lesiones ecematosas en las áreas que se lavan con frecuencia frecuentemente las manos.

Adultos Mayores: al entrevistar a este grupo poblacional es necesario tener en consideración el deterioro cognitivo y trastornos sensoriales que pueden ocasionar obstáculos para el abordaje de la entrevista efectiva.

En ocasiones los pacientes presentan conductas auto lesivas con el fin de obtener ventajas de la enfermedad de esta forma es necesario evaluar los trastornos facticios y de simulación. De esta forma en la simulación hay una producción consciente de lesiones para obtener alguna clase de beneficio de la cual la persona está consciente, en cambio en el trastorno facticio existe generalmente un motivo inconsciente para realizar lesiones para provocar más atención y cuidado de la familia.

El examen físico es importancia fundamental debido a que existen algunas señales que pueden orientar hacia una etiología psicológica que subyace a la presentación de la lesión dermatológica.

En los pacientes con localización y morfología atípica debe sospecharse de trastornos facticios; la localización de las lesiones también puede aumentar o disminuir la probabilidad de un trastorno psiquiátrico asociado por ejemplo el acné, las lesiones de psoriasis en zonas más visibles como cara, brazos se encuentran asociados a mayor comorbilidad psicósomática.⁹

La elección del tratamiento psiquiátrico se basará principalmente en la naturaleza de la sintomatología ya sea ansiosa, depresiva o psicótica, el primer paso y el de mayor importancia es establecer una buena relación médico paciente, siendo necesario iniciar tratamiento dermatológico y psiquiátrico.

Referencias Bibliográficas

1. - Gosh S, Behere RV, et-al. Psychiatric Evaluation in Dermatology: An Overview. Indian J Dermatol. 2013 Jan-Feb; 58(1): 39-43.
- 2.-Narang YS, Kumaran MS. Psychodermatology: a comprehensive review. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2013 Mar-Apr; 79(2):176-92.
3. - Katon WJ. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. Dialogues Clin Neurosci 2011; 13:7-23.
4. - Johnson TJ, Basu S, et al. Depression predicts repeated heart failure hospitalizations. J Card Fail 2012; 18:246-52.

5. - Mercan S, Kivanc A. Psychodermatology: collaboration between psychiatry and dermatology. Turk Psikiyatri Derg. 2006 winter; 17(4):305-13.
6. - O'Sullivan RL, Lipper G, Lerner EA. The neuro-immuno-cutaneous-endocrine network: Relationship of mind and skin. Arch Dermatol 1998; 134:1431-5.
- 7.- Picardi A, Abeni D, Melchi CF, Puddu P, Pasquini P. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: An issue to be recognized. Br J Dermatol 2000; 143:983-91.
- 8.- Saitta P, Keehan P, Yousif J, Way BV, Grekin S, Brancaccio R. An update on the presence of psychiatric comorbidities in acne patients, Part 2: Depression, anxiety, and suicide. Cutis 2011; 88:92-7.
9. - Papadopoulo L, Walker C, Aitken D, Bor R. The relationship between body location and psychological morbidity in individuals with acne vulgaris. Psychol Health Med. 2000; 5:431-8.