



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



FORO DE RESIDENTES

FR-Utilización de psicofármacos en dermatología

Psychotropic Drugs in Dermatology

A.M. Rodríguez Martín* y M. González Padilla



Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, Córdoba, España

PALABRAS CLAVE

Psicofármacos;
Psicodermatosis;
Terapéutica

KEYWORDS

Psychotropic drugs,
Psychodermatoses,
Therapeutic

En la práctica habitual del dermatólogo es frecuente encontrar morbilidad psiquiátrica que puede manifestarse como psicodermatosis propiamente dicha o como complicaciones psicológicas en enfermedades de carácter crónico. Al primer grupo pertenecen el delirio de parasitosis, el prurito psicógeno, la dermatitis artefacta, la tricotilomanía y los trastornos somatomorfos, mientras que en el segundo grupo las enfermedades por excelencia son la psoriasis, la atopia y el acné. Estos pacientes suelen ser reticentes a ser derivados al psiquiatra, y si se les consigue derivar en muchas de las ocasiones se pierde la alianza terapéutica establecida en la

entrevista clínica. Por todo ello es necesario que el dermatólogo tenga unos conocimientos básicos de los psicofármacos para poder realizar un adecuado manejo terapéutico^{1,2}.

Los principales psicofármacos que se utilizan en la práctica clínica diaria son los antidepresivos, las benzodiacepinas y los antipsicóticos (tabla 1). De estos 3 grupos los antidepresivos van a ser los fármacos más empleados en nuestras consultas y concretamente los inhibidores de la recaptación de la serotonina. Estos fármacos son seguros y tienen pocos efectos secundarios, destacando: las alteraciones gastrointestinales, el insomnio y la disfunción sexual. Son utilizados sobre todo en excoriaciones neuróticas, dismorfofobia, tricotilomanía y prurito crónico. Deben emplearse un mínimo de 4 a 6 semanas para comenzar a obtener efectos y mantenerse varios meses. A su vez la retirada debe ser progresiva para evitar recaídas y los síntomas de discontinuación (ansiedad, náuseas, diaforesis...).

Otros antidepresivos utilizados en dermatología son los tricíclicos (doxepina y amitriptilina) y los tetracíclicos (mirtazapina). Ambos bloquean la recaptación de serotonina, noradrenalina y dopamina, y a su vez antagonizan los receptores histaminérgicos, colinérgicos y alfa adrenérgicos. Estos fármacos son útiles en excoriaciones neuróticas, prurito generalizado y urticaria crónica. La amitriptilina se emplea para el tratamiento de la neuralgia postherpética. Los principales efectos secundarios son: sedación, visión borrosa, sequedad de boca, retención urinaria, estreñimiento y aumento de la presión intraocular. Pueden ocasionar efectos cardiovasculares, arritmias y prolongación del espacio QT.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: rodriguezmartinanamaria@gmail.com
(A.M. Rodríguez Martín).

Tabla 1 Principales psicofármacos de utilización en dermatología

Fármaco	Clasificación	Usos FDA	Indicación dermatológica	Efectos secundarios	Dosis de inicio	Dosis de mantenimiento
<i>Antidepresivos</i>						
Fluoxetina	ISRS	TOC, DM, TCA, agorafobia	Excoriaciones neuróticas Dismorfofobia Tricotilomanía Prurito crónico	Efectos gastrointestinales Insomnio Disfunción sexual No aumentan peso, salvo paroxetina	20 mg/día	20-60 mg/día
Paroxetina	ISRS	TOC, DM, TAG, TEPT, Agorafobia, fobia social			20 mg/día	20-50 mg/día
Sertralina	ISRS	TOC, DM, TEPT, agorafobia, fobia social			50 mg/día	50-200 mg/día
Citalopram	ISRS	DM			20 mg/día	20-60 mg/día
Escitalopram	ISRS	DM, TAG			10 mg/día	10-20 mg/día
Fluvoxamina	ISRS	TOC, fobia social			50 mg noche	100-300 mg/noche
Amitriptilina	ATC	DM	Excoriaciones neuróticas Prurito generalizado Urticaria crónica Neuralgia postherpética con amitriptilina	Efectos anticolinérgicos Sedación Aumento de PIO Prolongación QT Aumento de peso	25 mg noche	25-75 mg/noche
Doxepina	ATC	DM, TAG, insomnio, prurito crónico			25 mg noche	25-100 mg
Mirtazapina	ATeC	DM			15 mg noche	15-45 mg
<i>Ansiolíticos</i>						
Alprazolam	BZD acción corta	TAG, agorafobia	Estados de ansiedad en relación con procesos crónicos Utilización puntual (7-10 días)	Tolerancia Dependencia Sedación Amnesia anterógrada Reacciones paradójicas	0,125-0,250 mg hasta 4 al día	0,25-0,5 mg hasta 3 veces al día
Lorazepam	BZD acción media	Ansiedad, insomnio			1-2 mg hasta 2-3 veces día	1-2 mg hasta 2-3 al día, máximo 4 mg día
Clorazepato de potasio	BZD acción larga	TAG, ansiedad			10-45 mg hasta 2-3 veces día	10-45 mg hasta 2-3 veces día, máximo 90 mg día
<i>Antipsicóticos</i>						
Pimozide	1.ª generación	Síndrome Gilles la Tourette	Delirio de parasitosis	Síntomas extrapiramidales Efectos anticolinérgicos Aumento de PRL Prolongación QT	0,5-1 mg/día	1-6 mg/día

ATC: antidepresivos tricíclicos; ATeC: antidepresivos tetracíclicos; BZD: benzodiazepinas; DM: depresión mayor; ISRS: inhibidores selectivos de recaptación de serotonina; PIO: presión intraocular; TAG: trastorno de ansiedad generalizada; TCA: trastorno de conducta alimentaria; TEPT: trastorno de estrés postraumático; TOC: trastorno obsesivo compulsivo.

Las benzodiazepinas tienen una utilidad fundamentalmente ansiolítica y sedativa, por lo que en nuestras consultas van a ser empleadas para minimizar la ansiedad secundaria a la enfermedad dermatológica. Solo deberían utilizarse durante cortos periodos de tiempo debido a que producen tolerancia y dependencia.

Los antipsicóticos son un grupo de fármacos de difícil manejo por parte del dermatólogo. El más utilizado es el pimozide como tratamiento de primera línea en delirios de parasitosis. Obtiene remisiones del 50% con dosis de 2 a 4 mg/d. Se trata de un antagonista de los receptores de la dopamina, siendo sus efectos secundarios: los síntomas extrapiramidales, la hipotensión ortostática, la visión borrosa, el estreñimiento y la retención urinaria. Es importante recordar que puede estimular la prolactina y prolongar el espacio QT²⁻⁴.

Como conclusión, el manejo de los trastornos psicocutáneos requiere de un enfoque multidisciplinar en las unidades emergentes de medicina psicosomática. La colaboración entre dermatólogos, psicólogos y psiquiatras permite realizar un tratamiento integral del paciente. Es importante realizar una adecuada valoración psicológica

e instaurar el tratamiento con psicofármacos cuando sea necesario. Por todo ello es conveniente que el dermatólogo conozca los principales psicofármacos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Escalas J, Guerra A, Rodríguez-Cerdeira MC. Tratamientos con psicofármacos de los trastornos psicodermatológicos. *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101:485-94.
2. Park KK, Koo J. Use of psychotropic drugs in dermatology: Unique perspectives of a dermatologist and psychiatrist. *Clin Dermatol.* 2013;31:92-100.
3. Gordon-Elliott J, Muskin P. Managing the patient with psychiatric issues in dermatologic practice. *Clin Dermatol.* 2013;31:3-10.
4. Bliss SA, Warnock JK. Psychiatric medications: Adverse cutaneous drug reactions. *Clin Dermatol.* 2013;31:101-9.