



FORO DE RESIDENTES

FR - Actualización en el tratamiento de los principales trastornos psicodermatológicos

RF - Updated Overview and Approaches to the Management of the Main Psychodermatological Disorders

O. Alwattar-Ceballos\*, L. Martínez-Montalvo y F. Moro-Bolado

Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

PALABRAS CLAVE

Psicofarmacología;  
Trastornos mentales;  
Antipsicóticos;  
Dermatología

KEYWORDS

Psychopharmacology;  
Mental disorders;  
Antipsychotic agents;  
Dermatology

La piel es el órgano más extenso y visible del cuerpo, por lo que su afectación puede alterar nuestra salud mental y viceversa<sup>1,2</sup>. Es frecuente atender en la consulta a pacientes que padecen unos trastornos psiquiátricos primarios que les llevan a autoinfligirse signos y síntomas cutáneos.

Recientemente se ha publicado un artículo que trata de aproximar al dermatólogo en el manejo psicofarmacológico de 5 trastornos psiquiátricos frecuentes que se atienden en dermatología<sup>3</sup>. En esta revisión se incluye una lista de psicofármacos de uso común y se detalla su prescripción, dosis y efectos secundarios para iniciar tratamiento de manera precoz en estos pacientes que, a menudo, no tienen una

conciencia de su enfermedad y pueden llegar a rechazar una derivación al psiquiatra.

Los trastornos que abordan son el delirio de parasitosis (DP), el trastorno dismórfico corporal (TDC), la tricotilomanía (TTM), la onicofagia y el trastorno por excoriación (TE). De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM5), el DP forma parte de los trastornos psicóticos, mientras que el resto pertenecen a los trastornos obsesivo-compulsivos, subclasificando la TTM, onicofagia y el TE como trastornos por conductas repetitivas centradas en el cuerpo (TCRCC).

Es importante tener en cuenta que todos estos trastornos se benefician de un tratamiento combinado consistente en tratamiento farmacológico y psicoterapia (tabla 1), con técnicas variables en función de la enfermedad.

En el DP o enfermedad de Ekbom, se recomienda como tratamiento farmacológico de elección la risperidona, a dosis de 0,5 miligramos (mg) diarios. Si el paciente lo tolera, puede subirse cada 2 semanas entre 0,25-0,5 mg hasta conseguir el control o una dosis de 3 mg diarios. Si bien en dermatología es más conocida la pimozida<sup>4</sup>, sitúan a este fármaco como tercera línea, tras el aripiprazol.

Los fármacos de primera línea en el TDC son los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), particularmente el escitalopram y la sertralina por su eficacia y perfil de seguridad. En caso de no responder, se debe sustituir por la clomipramina. Los casos más complejos pueden requerir la adición de antipsicóticos.

En los TCRCC el manejo farmacológico es similar. En primera línea destaca el uso de la N-acetilcisteína (NAC). Es un

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: oalwattar@sescam.jccm.es  
(O. Alwattar-Ceballos).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.07.032>

0001-7310/© 2024 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

**Tabla 1** Manejo farmacológico de los principales trastornos psiquiátricos primarios con afectación cutánea

|                       | DP                         | TDC                                                                                                | Onicotilomanía                                                     | TE                                                                          | TTM                                                             |                  |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------|
| 1. <sup>a</sup> línea | Risperidona<br>1-3 mg/día  | Escitalopram<br>10-20 mg/día o<br>sertralina<br>100-200 mg/día <sup>a</sup>                        | NAC 1.200-<br>2.400 mg/día<br>divididos en 2<br>tomas <sup>b</sup> | Escitalopram<br>10-20 mg/día o<br>sertralina<br>100-200 mg/día <sup>a</sup> | Escitalopram<br>10-20 mg/día o<br>sertralina<br>100-200 mg/día  | P<br>S<br>I<br>C |
| 2. <sup>a</sup> línea | Aripiprazol<br>2-10 mg/día | Clomipramina<br>150-250 mg/día                                                                     | Clomipramina<br>150-250 mg/día                                     | NAC<br>1200-2400 mg/día<br>divididos en dos<br>tomas <sup>b</sup>           | NAC<br>1200-2400 mg/día<br>divididos en 2<br>tomas <sup>b</sup> | O<br>T<br>E<br>R |
| 3. <sup>a</sup> línea | Pimozida<br>1-3 mg/día     | Buspirona<br>(15-30 mg/12 h;<br>Venlafaxina<br>(150-225 mg/día);<br>Bupropión<br>(150-300 mg/ día) |                                                                    | Venlafaxina<br>150-225 mg/día                                               | Clomipramina<br>150-250 mg/día                                  | A<br>P<br>I<br>A |
| 4. <sup>a</sup> línea | Olanzapina<br>5-10 mg/día  | Asociar<br>antipsicótico                                                                           |                                                                    |                                                                             | Olanzapina<br>5-10 mg/día                                       |                  |

DP: delirio de parasitosis; NAC: n-acetilcisteína; TDC: trastorno dismórfico corporal; TE; trastorno por excoriación; TTM: tricotilomanía.

<sup>a</sup> Estos pacientes pueden llegar a necesitar dosis de escitalopram 50 mg/día o sertralina 300 mg/día.

<sup>b</sup> Iniciar con 600 mg/día. Si buena tolerancia, subir hasta 600 mg/12 h. Para adultos puede subirse hasta 1.200 mg/12 h. Puede producir aftas orales.

fármaco seguro, tanto en adultos como en pacientes pediátricos, y está exento de los efectos secundarios de los ISRS y de los antipsicóticos. En el TE se prefiere iniciar con un ISRS, dejando la NAC para segunda línea. En sucesivas líneas encontraríamos la clomipramina y la olanzapina.

Finalmente se recomienda al dermatólogo el manejo habitual de al menos un ISRS y un antipsicótico, ya que se utilizan de manera habitual en los trastornos psicodermatológicos más frecuentes.

El conocimiento y la comprensión adecuada de estos fármacos puede facilitar la labor del dermatólogo y permitir una aproximación multidisciplinar para el tratamiento de estos pacientes, iniciando tratamiento farmacológico de manera precoz, para continuar el manejo de manera conjunta con psiquiatría.

## Bibliografía

- Rahman SM, Abduelmula A, Jafferany M. Psychopathological symptoms in dermatology: A basic approach toward psychocutaneous disorders. *Int J Dermatology*. 2023;62:346-56, <http://dx.doi.org/10.1111/ijd.16344>.
- Torales J, Melgarejo O, González I, García O, Barrios I, Jafferany M. Psychopharmacology in dermatology: Treatment of primary psychiatric conditions in dermatology. *Dermatol Ther*. 2020;33:e13557, <http://dx.doi.org/10.1111/dth.13557>.
- Ha EL, Magid M. Psychopharmacology in dermatology: Five common disorders. *Clin Dermatol*. 2023;112-20, <http://dx.doi.org/10.1016/j.clindermatol.2023.03.010>.
- Brownstone ND, Koo J. Recent developments in psychodermatology and psychopharmacology for delusional patients. *Cutis*. 2021;107:5-6, <http://dx.doi.org/10.12788/cutis.0144>.