



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.elsevier.es/ad



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE DERMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA (GEDEPSI)

VIII Reunión del Grupo Español de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI)

Valencia, 1-3 de marzo de 2012

1. SÍNDROME DE REFERENCIA OLFATORIO

A. Miranda-Sivelo^a y A. Miranda-Romero^b

^aServicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia. España. ^bServicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario. Valladolid. España.

Introducción: El síndrome de referencia olfatorio es un trastorno donde los individuos creen erróneamente que emiten un olor corporal desagradable y ofensivo, cualquier tipo de olor originado en los genitales, boca, el recto o la piel, incluyendo la halitosis o el sudor puede ser el origen de la preocupación. Se acompaña de ideas de referencia y comportamientos repetitivos como el aseo excesivo con el fin de combatir el mal olor. En 1971, Pryse-Phillips acuñó el término de síndrome de referencia olfatorio, considerándolo una entidad diferenciada con una fenomenología consistente. Describió la presencia de alucinaciones olfativas junto a una reacción de vergüenza, culpa y malestar que denominó "contrite reaction".

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 48 años, inició la sintomatología hace 17 años, dice que todo empezó por padecer incontinencia urinaria, refiere que en el pueblo la llaman sucia porque huele a orina, piensa que los vecinos la critican por esto y ella no sale de casa para no molestar con el olor, ella huele el olor y está convencida de que lo desprende aunque su familia le dice que es falso. Se lava continuamente y luego se aplica abundante colonia.

Discusión: Psicopatológicamente se trata de una ideación delirante de tipo somático (delirio de referencia olfatorio) con alucinaciones olfatorias, sin crítica en ningún momento de la ideación de desprender mal olor, condiciona aislamiento social así como ánimo bajo e importante angustia. A pesar de los múltiples tratamientos psicofarmacológicos intentados durante estos años junto con psicoterapia, la ideación delirante se ha mostrado resistente, no obstante se ha conseguido una estabilización del cuadro, con menos repercusión afectiva del delirio, una disminución de las conductas compulsivas y un mejor funcionamiento a nivel social.

Conclusiones: Si bien los aspectos nosológicos del SRO permanecen bajo controversia (espectro TOC o psicosis hipocondríaca monosin-

tomática) se trata de un trastorno que también debe ser contemplado en el contexto de la psicodermatología, un mayor conocimiento de la enfermedad debe propiciar intervenciones más precoces y eficaces.

2. DERMATITIS ARTEFACTA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS CON RELACIÓN FAMILIAR DE PRIMER GRADO

P. Contreras-Ferrer, N. Merino de Paz, M. Rodríguez-Martín, M.M. Pestana-Eliche y M. García-Bustinduy

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

Introducción: La dermatitis artefacta se define como una dermatosis autoprovocada determinada por dos importantes características, la ausencia de un motivo racional que la explique y la negativa del paciente a aceptar su participación. Hay que sospecharlas en lesiones de disposición lineal y cuya distribución no se corresponda con alguna dermatosis conocida.

Casos clínicos: Presentamos dos pacientes, una mujer de 15 años que acude para la valoración de múltiples lesiones, de varias semanas de evolución, localizadas en escote, región facial y cara externa de ambos brazos. Se caracterizaban por presentar aspecto excoriado, morfología angular y presencia de numerosas cicatrices deprimidas circundantes. La paciente se mostró introvertida durante la consulta y refería bajo número de relaciones sociales. Durante el seguimiento, se objetiva que el padre presentaba lesiones similares en ambos brazos de meses de evolución. Ante la sospecha de una dermatitis artefacta procedimos al vendaje de las zonas accesibles y a la administración de doxepina oral, remitiendo rápidamente la sintomatología en ambos casos.

Discusión: En la bibliografía psiquiátrica está descrito que algunas dimensiones básicas de la personalidad tienen un marcado componente hereditario. Así, entre otros, la heredabilidad del neuroticismo se cifra en un 55% y el rasgo extroversión en un 50%. Presentamos dos casos de dermatitis artefacta en una misma fa-

milia, lo que podría indicarnos algún tipo de predisposición, secundaria a rasgos psicológicos o de personalidad en estos pacientes. Esto podría sugerirnos la necesidad de realizar una historia familiar dirigida y detallada en estos pacientes, para conseguir un diagnóstico precoz en familiares afectos, evitando complicaciones en estos últimos.

3. PSEUDOFLUVIO TELÓGENO. SU PREVALENCIA EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON ALOPECIA

N. Merino de Paz, M. Rodríguez-Martín, P. Contreras-Ferrer, M.M. Pestana-Eliche y M. García-Bustinduy

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

Introducción: Los pacientes que consultan por pérdida de cabello no necesariamente presentan datos clínicos de alopecia. Existe un cuadro denominado pseudoefluvio psicógeno formado a su vez por tres entidades: la fobia a la alopecia, la telogen-manía (cepillados feroces del cabello) y el trastorno dismorfóbico (localizado dentro de los trastornos somatomorfos en el DSM-IV).

Objetivo: Estudiar la prevalencia de las entidades que integran el pseudoefluvio psicógeno en los pacientes con alopecia.

Material y método: Muestra de 100 pacientes con alopecia y criterios del DSM-IV.

Resultados y conclusiones: Exponemos el porcentaje de pacientes incluidos dentro de las fobias, con presencia o no en los mismos de un trastorno depresivo subyacente y, aquellos pacientes que cumplen criterios de trastorno dismorfóbico por presentar una preocupación excesiva no objetivable junto a malestar clínicamente significativo. Demostramos la importancia de tener en cuenta este grupo de trastornos, infravalorados en la clínica diaria, dado el beneficio para el paciente cuando se realiza un diagnóstico y abordaje correcto.

4. ARTE Y PSICOLOGÍA EN LA ALOPECIA DE LA MUJER

A. Guerra-Tapia^a y E. González-Guerra^b

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^bServicio de Dermatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Introducción: La pérdida de pelo en cuero cabelludo es un problema que se ha demostrado que afecta psíquicamente tanto a hombres como a mujeres, si bien éstas lo hacen en mayor medida incluso con grados mínimos de alopecia. Sin embargo, la alopecia de la mujer ha recibido por parte de la sociedad, de la ciencia, e incluso del arte, mucha menor atención que la del varón.

Material y método: El arte es un reflejo de la vida y de la sociedad humana. Muchas enfermedades dermatológicas aparecen tratadas de forma directa o indirecta en la literatura, la pintura, la escultura, el cine y la fotografía. La alopecia del varón es una de las más representadas. Sin embargo la alopecia femenina, dadas las implicaciones psicológicas que conlleva y la repercusión social peyorativa que simboliza, ha sido reproducida escasamente.

Discusión y conclusiones: No obstante, se pueden encontrar ejemplos de mujeres alopécicas tanto de forma real (documentación histórica, evidencia de casos extraordinarios) como simbólica (mito, conformismo, rebeldía, alteración psicológica). Las manifestaciones clínicas aludidas se centran en la alopecia de patrón femenino (androgénica femenina), en la alopecia areata, en el efluvio anágeno y en la alopecia frontal fibrosante.

5. EXCORIACIONES NEURÓTICAS. DIFERENCIAS CON OTRAS LESIONES AUTOINDUCIDAS

C. Brufau-Redondo^a, A. Ramírez-Andreo^a, N. Marín-Corbalán^a, R. Martín-Brufau^b, J. Hernández-Gil-Sánchez^a, T. Salas-García^a, M.D. Ruiz-Martínez^a, C. Soria-Martínez^a y A. Hernández-Gil-Bordallo^a

^aServicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. España. ^bServicio de Psiquiatría-Psicología. Hospital Clínico de Valencia. España.

Introducción: Las excoriaciones neuróticas (EN) son lesiones producidas por el paciente, como resultado de una conducta repetitiva, hasta el punto de producir daño tisular. Pueden ser iniciadas por picor u otras disestesias cutáneas o por un impulso o deseo apremiante de eliminar las mínimas irregularidades de la piel. En muchos casos, estos actos repetitivos orientados al cuerpo no pueden ser considerados patológicos, sino un hábito de aseo acalamamiento y son muy frecuentes (hasta el 78%) en la población normal, pero en un 3,8 a 5,4% constituyen una verdadera patología con importante deterioro funcional de la vida normal del paciente. A menudo se encuentran estresores psicosociales, como matrimonio, familia o trabajo, que preceden al comienzo de las EN. Otras patologías frecuentemente asociadas son el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno dismórfico corporal, las patologías disociativa y depresiva.

Casos clínicos: Se presentan diversos casos clínicos que cumplen los criterios diagnósticos de excoriaciones neuróticas.

Discusión: Se comentan las diferencias con otras lesiones cutáneas autoinducidas como la dermatitis artefacta, delirio parasitario, tricotilomanía, etc. Asimismo se destacan las diferencias entre las excoriaciones neuróticas que pueden considerarse un mero hábito o una verdadera patología, así como los distintos tratamientos disponibles, tanto farmacológico como psicológico.

Conclusiones: Los criterios necesarios para que un paciente sea diagnosticado de excoriaciones neuróticas son: conducta recurrente hasta producir lesión tisular; Reconocimiento de la autoría por parte del paciente. Preocupación por impulsos o deseos apremiantes de excoriar, que se vivencia como intrusiva; Sensación de tensión, ansiedad o agitación antes y sensación de placer, alivio o satisfacción durante la excoriación, seguido de arrepentimiento, dolor o culpa. Ausencia de otros trastornos médicos o mentales que expliquen la patología; presencia de sufrimiento significativo: angustia, deterioro social u ocupacional. A pesar de ser una patología muy prevalente, se consulta poco y tardíamente, tampoco hay ninguna categoría diagnóstica específica en el DSM-IV.

6. ALOPECIA ANDROGENÉTICA. TRATAMIENTO CON LÁSER DE BAJA POTENCIA. RESULTADOS PRELIMINARES Y DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO EN 51 PACIENTES

A. Guerra-Tapia^a y E. González-Guerra^b

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^bServicio de Dermatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Introducción: Recientemente la FDA¹ (United States Food and Drug Administration) ha autorizado el tratamiento de la Alopecia Androgénica Masculina y Femenina (MAGA y FAGA) con Láser de Baja Potencia (LLLT, Low-Level Light Therapy). Sin embargo el número de publicaciones resulta escaso todavía, lo que hace necesario realizar más estudios.

Objetivos: Describir los resultados obtenidos tras la aplicación de este procedimiento a diferentes pacientes y comprobar la eficacia del LLLT en la mejora del crecimiento del cabello.

Material y métodos: Un total de 51 pacientes, mayores de 18 años, de ambos sexos, sin tratamiento frente a la alopecia desde al me-

nos 6 meses antes de iniciar esta terapia; fueron expuestos a LLLT en 30 sesiones de 30 min de duración cada una. Se realizó en todos los pacientes un tricograma previo al tratamiento y otro al finalizar el mismo, así como medición computerizada de la densidad y calibre de los cabellos. Los pacientes también respondieron cuestionarios de satisfacción al finalizar el tratamiento.

Resultados: El 92% de los pacientes mostraron un aumento del porcentaje de Anágenos de 20,5 de media, y el 5,8% una disminución de 7de media. Al finalizar el tratamiento se apreció un aumento del calibre del cabello en el 78,4% de los pacientes y de la densidad en el 54,9. Se observa una disminución del calibre capilar en el 15,6%. En un 37,2% de los individuos la densidad capilar se mantiene, disminuyendo en el 7,8%.

Conclusiones: El LLLT puede ser una herramienta complementaria eficaz para el tratamiento de la FAGA Y MAGA. La satisfacción de los pacientes con el tratamiento es buena y no se observan efectos secundarios. No obstante, son precisos nuevos estudios (en realización el estudio NABAL) para confirmar los hallazgos preliminares.

Bibliografía

Ghanaat M. Types of hair loss and treatment options, including the novel low-level light therapy and its proposed mechanism. *South Med J.* 2010;103:917-21.

7. SISTEMAS DE INTEGRACIÓN CAPILAR EN LA ALOPECIA FEMENINA: REPERCUSIÓN PSICOLÓGICA Y ESTUDIO DE SATISFACCIÓN

A. Guerra-Tapia^a, E. González-Guerra^b y J. de la Cruz Bertolo^c

^aFacultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid.

^bServicio de Dermatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

^cUnidad de Epidemiología Clínica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Introducción: Son numerosos los estudios que ponen de manifiesto la repercusión psicológica negativa que tiene la alopecia sobre las mujeres. Sin embargo no se ha estudiado si, tras la instauración de tratamiento con los Sistemas de Integración Capilar (SIC), se modifican estos efectos. (SIC: prótesis parcial de cabello, de carácter semipermanente, personalizada, hecha a mano con pelos naturales o artificiales de iguales características de color, grosor y textura al cabello del paciente, que se ajusta a la porción del cuero cabelludo carente de pelo y que se integra, sin intervención quirúrgica, cabello a cabello ocultando las zonas afectadas y creando una apariencia homogénea.

Material y métodos: Se reclutaron en total 24 mujeres diagnosticadas de alopecia moderada-grave de diferentes tipos que acudieron de forma sucesiva a la consulta del Instituto Médico Dermatológico (IMD) entre febrero y julio de 2011 para ser tratadas con SIC. Las participantes completaron el cuestionario Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) antes y 3 meses después de la implantación del SIC. Se comparó la evolución en el tiempo de los cuadros de ansiedad y depresión a través del test de McNemar como herramienta estadística.

Resultados: Al inicio del estudio el 83,33% de las pacientes mostraban diferentes niveles de ansiedad (37,50% leve; 37,50% media; 8,33% alta), y el 66,67% signos de depresión (29,17% leve; 33,33% media; 4,17% alta). A los 3 meses de la implantación de los SIC, el 74,99% de las pacientes mostraron una mejoría estadísticamente significativa (p-valor < 0,01) en el estado de ansiedad. De manera semejante desaparecieron en el 100% de los casos los rasgos de depresión (p-valor < 0,01).

Conclusiones: Este estudio confirma que los cuadros de alopecia repercuten negativamente (ansiedad, depresión) en el psiquismo de la mujer, y que los SIC constituyen una herramienta eficaz para el tratamiento cosmético de las alopecias, con efectos psicológicos positivos casi inmediatos.

8. TRATAMIENTO DE LA TRICOTILOMANÍA

A. Tuneu, N. Ormaechea y A. López-Pestaña

Sección de Dermatología. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. España.

Introducción: La tricotilomanía se caracteriza por el hábito compulsivo de traccionar el cabello de forma repetida. Tras años de ensayos clínicos, no existe ningún medicamento aprobado por la FDA su para tratamiento. La disfunción de la vía glutamatérgica está implicada en la patogenia de los trastornos obsesivo-compulsivos, entre los que estaría incluida la tricotilomanía. La N-acetilcisteína (NAC) es un aminoácido que modula los niveles extracelulares de glutamina en el núcleo acumbens, pudiendo disminuir los trastornos impulsivos y compulsivos, mejorando, por tanto, la tricotilomanía

Caso clínico: Niña atópica de 12 años afecta de tricotilomanía. La madre tenía problemas psicológicos importantes. El padre tenía rasgos obsesivos y realizaba la terapéutica lo mejor que le dejaban, siendo ésta motivo de conflicto. Tras tratamiento con NAC a dosis de 600 mg/12 h, se consiguió la resolución del cuadro en 4 meses, sin recidiva tras 3 años de seguimiento.

Discusión: La disfunción de la vía glutamatérgica está implicada en la patogenia de los trastornos obsesivo-compulsivos, entre los que se incluye la tricotilomanía. Bajo este síndrome pueden subyacer no sólo trastornos obsesivo-compulsivos, sino también una simple reacción a un estrés concreto, una depresión, un síndrome ansioso o un trastorno en el control de los impulsos. La NAC normaliza los niveles extracelulares de glutamina, contribuyendo a la disminución de los comportamientos compulsivos e impulsivos. En la literatura revisada existen diversos artículos que describen la eficacia de la NAC en la tricotilomanía. Tras 9 semanas de tratamiento con NAC, el 56% de los pacientes presentaron una mejoría que se mantuvo a lo largo del tiempo, eficacia sólo comparable a la obtenida con terapia cognitivo-conductual.

Conclusiones: El NAC es el único fármaco que ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la tricotilomanía en estudios randomizados. Es un fármaco barato, seguro y bien tolerado que se administra por vía oral. Además de tener escasos efectos secundarios, el prospecto lo apoya, lo que facilita la realización del tratamiento en pacientes obsesivos o complicados.

40 Congreso Nacional de Dermatología y Venereología de la Academia Española de Dermatología y Venereología

Oviedo, 9 de junio de 2012

1. ¿CÓMO ES UN SERVICIO DE DERMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA IDEAL?

E. Samaniego^a y R. Martín-Brufau^b

^aServicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de León. España. ^bServicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario. Valencia. España.

Introducción: Al menos un 30% de los pacientes que acuden a una consulta de dermatología presenta una comorbilidad psi-

quiátrica o psicosocial. El manejo adecuado de estos pacientes pasa por un abordaje biopsicosocial y multidisciplinar, debiendo existir una colaboración entre dermatólogos y psiquiatras/psicólogos con formación y práctica en psicodermatosis. El soporte idóneo tanto para la formación de especialistas como para el manejo de estos pacientes son las Unidades de psicodermatología (UP). Sin embargo, a pesar de su utilidad, existen pocas UP en funcionamiento.

Objetivos: 1. Definir y describir las características, dinámica de la consulta, ventajas, necesidades e inconvenientes de las UP. 2. Estudiar cuál es la situación en nuestro país.

Material y métodos: 1. Revisión de la literatura sobre UP. 2. Se lleva a cabo un estudio observacional descriptivo multicéntrico. Se diseña una encuesta que se difunde a través de internet (infoadv.es y grupo de dermatología y psiquiatría (GEDPSI)), dirigida a dermatólogos, psiquiatras y psicólogos españoles.

Resultados: Se obtienen 31 respuestas de 26 ciudades españolas; 67% mujeres y 33% varones, 83% son dermatólogos, 48% pertenecen al GEDEPSI. El 46,77% opina que los pacientes mejorarían con un tratamiento combinado psicodermatológico. Esta expectativa de mejoría es significativamente mayor para los miembros del GEDEPSI. Tanto miembros del grupo como no miembros coinciden en la utilidad de la formación en psicodermatología. Solo el 10% de la muestra cuenta con una UP. La mayoría argumenta como causa de su ausencia la falta de medios/logística (35%), o la falta de apoyo de psicólogos/psiquiatras (23%). Para un 54% la posibilidad de implantación es nula.

Conclusiones: Aunque se trata de un estudio exploratorio preliminar y la muestra es pequeña, se puede concluir que existe un desbalance oferta/demanda de UP. A pesar del convencimiento del beneficio de un tratamiento combinado, existen escasas UP en nuestro país. Es necesario fomentar la sensibilización y formación en psicodermatología, así como promover la creación e implantación de UP.

2. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN FORMATO GRUPAL EN EL CONTROL DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS

S.E. Marrón Moya y L. Tomás Aragonés

Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Teruel. España.

La psoriasis es una enfermedad crónica que, en ocasiones, produce un malestar psicológico importante. Convivir con una enfermedad crónica suele tener un impacto negativo en la calidad de vida. Además, en los pacientes con psoriasis se observan altos niveles de estrés psicológico y una baja autoestima. En los grupos psicoeducativos, se proporciona información a los pacientes acerca de su patología y se les enseña técnicas de afrontamiento positivas. Es el propio dermatólogo quien proporciona a los pacientes información detallada acerca de la psoriasis y las diferentes opciones terapéuticas disponibles, además de contestar las dudas que presentan. Se presentan los resultados de 30 pacientes con psoriasis moderada/grave asignados aleatoriamente a grupo de intervención o grupo control. Los pacientes asignados al grupo Psicoeducativo asistieron a 12 sesiones semanales de 90 minutos de duración, donde se trataron los siguientes temas: educación para la salud, técnicas de afrontamiento y de resolución de problemas, expresión emocional, gestión del estrés y apoyo psicológico. Se realiza una evaluación pre, post y a los 6 meses con instrumentos para medir la calidad de vida dermatológica y general, sintomatología ansiosa y depresiva y autoestima. Los pacientes también completan una encuesta de satisfacción.

3. PSICOPATOLOGÍA DE LA PIEL SENSIBLE EN LA MUJER

E. González-Guerra^a, J. Escalas Taberner^b y A. Guerra-Tapia^c

^aServicio de Dermatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España. ^bServicio de Dermatología. Hospital Son Espases. Palma de Mallorca. España. ^cServicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Introducción: Los estudios epidemiológicos ponen de manifiesto que cada vez son más las personas que dicen poseer una piel sensible, presumiéndose una prevalencia del 50% en la población europea. Se trata de una condición cutánea de hiperreactividad cuya manifestación depende de gran variedad de factores y cuya patogénesis no es del todo conocida, aunque diferentes estudios señalan un origen biofísico para este desorden. El diagnóstico objetivo de piel sensible es difícil ya que la mayoría de los síntomas que presentan los pacientes son subjetivos. Además, no existen pruebas diagnósticas realmente eficaces y con un fuerte componente predictivo, pues la sensibilidad de la piel varía mucho de unas personas a otras. Por otra parte existen numerosas variaciones entre los compuestos que desencadenan respuestas del tipo de piel sensible. Las repercusiones sobre la calidad de vida son importantes y frecuentemente se acompañan de sintomatología psiquiátrica, por lo que el médico dermatólogo debe explorar este campo en la anamnesis. En el tratamiento de esta condición se hace imprescindible la colaboración del paciente y altas dosis de tenacidad del médico.

Material y métodos: Existen diferencias entre las respuestas emocionales entre hombre y mujeres a 60 diapositivas emocionales estandarizadas entre agradables, neutrales, desagradables, reflejo de sobresalto, potenciales evocados, frecuencia cardíaca, EMG facial y conductividad de la piel.

Discusión: Se encuentran diferencias funcionales a nivel de las estructuras límbicas y paralímbicas entre hombres y mujeres y mayor vulnerabilidad de las mujeres a los eventos adversos/estresante.

Conclusiones: Las mujeres sufren con mayor intensidad la repercusión psicológica de la piel sensible.

4. MOLESTIAS EN LENGUA. ¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

A. López-Pestaña, A. Tuneu y N. Ormaechea

Sección de Dermatología. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. España.

Introducción: Las molestias en la lengua son un motivo de consulta frecuente. En ausencia de lesiones visibles suele pensarse en el diagnóstico de glosodinia. La neurosis obsesiva puede presentar lesiones cutáneas, siendo muy importante para su diagnóstico una buena anamnesis, y especialmente una buena relación médico-paciente.

Caso clínico: Mujer de 27 años que consulta por molestias linguales de 1 año de evolución multitratadas sin éxito. En la porción distal de la lengua se observaba eritema y aumento de papilas con la forma de la arcada dentaria, lo que sugería un movimiento repetitivo de la lengua entre sus dientes. En la consulta se percibió un nivel de angustia importante. Tras algunas preguntas la paciente mostró además miedo al cáncer, tendencia a la duda, rumiación y sentimientos de culpa, y ambivalencia afectiva. El tratamiento con ansiolíticos y las consultas en dermatología fueron terapéuticas para sus lesiones linguales.

Discusión: No todas las molestias en mucosa yugal son glosodinia. Si se excluye patología oral orgánica, también hay que sospechar que los movimientos repetitivos pueden ser la causa de las lesiones. La neurosis obsesiva cursa con ansiedad y sentimientos contradictorios. La historia personal de la paciente reveló datos que explicaban su sufrimiento desde la infancia y que se acentuaron tras una situación personal estresante y el fallecimiento de un amigo.

Conclusiones: La relación médico paciente es fundamental para entender qué le sucede al paciente y especialmente para que él o

ella comprendan lo que ocurre, de cara a poder solucionar su patología. En estos casos, aunque el ansiolítico es eficaz, debería recomendarse una psicoterapia para mejorar su trastorno de base.

5. ¿QUÉ HAY DE NUEVO EN DERMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA 2011-2012?

E. Samaniego^a y M.J. Tribó^b

^aServicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de León. ^bServicio de Dermatología. Parc de Salut Mar. Hospital del Mar. Barcelona. España.

Introducción: el interés por la continuidad en la formación en psicodermatología nos conduce a realizar una revisión anual de la literatura al respecto.

Objetivos: Selección de artículos novedosos y/o de interés publicados en el campo de la Psicodermatología en el período 2011-2012.

Métodos: Se realizó una búsqueda en la base datos de Pubmed estableciendo como límite el período desde el 01.06.11 hasta el 1.03.12 y como términos de búsqueda las palabras clave: "psycho dermatology", "Factitious disorders", "Delusional parasitosis", "Morgellons disease", "Trichotilomanía", "Vulvodinia", "Burning Mouth Syndrome".

Resultados: De 170 artículos obtenidos se seleccionaron 10: 1. Una revisión sobre el tratamiento de la TTM. 2. El primer ensayo clínico controlado sobre la terapia conductual en pacientes pediátricos. 3. Un estudio piloto sobre el dronabinol, agonista cannabinoide evaluado por primera vez en la TTM. 4. Un artículo sobre el tratamiento de la pseudofoliculitis asociada a la TTM. 5. Artículo que afirma que los trastornos de control de impulsos son más frecuentes en pacientes con enfermedad de Parkinson, siendo el principal factor de riesgo el tratamiento con agonistas dopaminérgicos. 6. Un estudio que compara y encuentra similitudes entre la dermatitis digital bobina (enfermedad del ganado en la que se producen filamentos en los cascos y en cuya etiopatogenia están implicadas las espiroquetas) con la enfermedad de Morgellons (enfermedad emergente que se ha relacionado con el delirio de parásitos). 7. Una revisión sobre técnicas de laboratorio y pruebas complementarias útiles en el diagnóstico del síndrome de Munchausen. 8. Un

estudio de revisión sobre las enfermedades psicodermatológicas en la población pediátrica. 9. Una revisión basada en la evidencia sobre ensayos clínicos controlados en el tratamiento del síndrome de la boca quemante. 10. Un artículo acerca de la penoscrotodinia disestésica o sensación de quemazón genital masculina similar a la vulvodinia.

Conclusiones: El estudio y la actividad investigadora en psicodermatología continúan suscitando interés sobre todo en patologías como la TTM, las dinias y el delirio de parásitos.

6. "DE LA MENTE A LA PIEL", TAMBIÉN EN DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

R. de Lucas Laguna

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Introducción: La alteraciones mentales también deben sospecharse y considerarse en la infancia, especialmente en pacientes y familias aquejados de genodermatosis y/o enfermedades dermatológicas crónicas.

Caso clínico: Niña de 8 años, en seguimiento en dermatología desde su nacimiento por síndrome hiperIgE. Ha tenido historia de numerosas infecciones cutáneas que han sido tratadas y resueltas con éxito. En septiembre de 2011 comienza con lesiones lineales, que curaban lentamente y que no eran claramente explicables por su enfermedad de base. La vigilancia de nuestra paciente durante su ingreso hospitalario y la valoración por parte del psiquiatra reveló una patología mental importante.

Discusión: Este caso ilustra que en el diagnóstico diferencial de la patología cutánea de una genodermatosis, una inmunodeficiencia o en cualquier otra enfermedad crónica cutánea, debemos considerar patología producida o derivada de la mente. Este caso muestra claramente cómo una dermatosis facticia o artefacta puede "irrumpir" en un cuadro clínico ya estudiado, complicándolo y dificultando su ya por sí difícil manejo.

Conclusiones: Es importante la valoración psicológica y el manejo multidisciplinar de nuestros pacientes crónicos para evitar complicaciones psicopatológicas en el curso de sus dermatosis.