



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

IX Reunión del Grupo de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI)

Barcelona, 28 de febrero y 1 de marzo de 2014

Simposio 1: Comorbilidad psicológica en enfermedades comunes cutáneas

1. PERSONALIDAD Y PSICOPATOLOGÍA EN ALOPECIA AREATA

S. Ros Abarca

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

La alopecia areata es una enfermedad frecuente que causa la pérdida del pelo de la cabeza y de otras áreas del cuerpo. Generalmente se empieza en forma de pequeñas placas redondas que pueden ser solitarias o múltiples afectando al cuero cabelludo piloso. Estudios recientes indican que la proporción de alopecia areata en la población es del 1,7% lo que la hace tan común como la psoriasis. El 60% de pacientes normalmente presenta su primera placa alopecica a la edad de 20 años. Se considera una enfermedad compleja, con un curso relativamente impredecible y modulado por diversos factores como la respuesta autoinmunitaria localizada en el folículo piloso, desencadenada y agravada por interacción de factores genéticos ya comprobados con otros como los infecciosos y psicológicos todavía no definidos. Los resultados obtenidos en cuanto a la presencia de psicopatología y rasgos de personalidad en estos pacientes revelan resultados contradictorios según los estudios aunque sin lugar a dudas existe una afectación psicológica intensa que puede dar lugar a cuadros psicopatológicos reactivos a la enfermedad dermatológica (ansiedad y depresión), vulnerabilidad al estrés ante situaciones vitales estresantes así como presencia de disfunción familiar que pueden comprometer la salud psicoemocional de estos pacientes. Por tal motivo la detección de estas alteraciones será importante para referir a los pacientes afectados de estas alteraciones y otorgarles un tratamiento multidisciplinar que permita lograr una mejor respuesta terapéutica.

2. SÍNDROME DE LA BOCA URENTE. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

S. Segura Tigell

Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. España.

El síndrome de la boca urente (SBU) se caracteriza por la presencia de sensación de quemazón en la mucosa oral en ausencia de lesiones clínicas aparentes. Son fundamentales para el diagnóstico una anamnesis y exploración clínica minuciosas para excluir patologías que afectan la mucosa oral y pueden producir sensación urente, tales como la candidiasis oral, el liquen plano, las enfermedades ampollares autoinmunes o la estomatitis de contacto. Es por tanto condición sine qua non para el diagnóstico la ausencia de lesiones mucosas tales como eritema, atrofia, erosiones, placas blancas o estomatitis. Se trata pues de un diagnóstico de exclusión que puede requerir la realización de biopsias, estudios de inmunofluorescencia directa, toma de cultivos, pruebas percutáneas y analíticas. Una vez excluidas dichos procesos habrá que determinar si se trata de un SBU primario o secundario. Mientras la forma primaria es de causa desconocida, en la forma secundaria puede identificarse una causa local, sistémica o psicológica subyacente, que se deberá excluir y corregir como primera medida de abordaje clínico de estos pacientes. Entre los factores locales del SBU secundario se han descrito las prótesis desajustadas, ciertas anomalías dentales, galvanismo dental (corrientes producidas por el contacto de dos metales distintos, como los presentes en los amalgamas), reacciones alérgicas, infecciones, factores químicos, alteraciones del gusto y xerostomía. Las causas sistémicas más frecuentes incluyen trastornos endocrinológicos tales como hipotiroidismo, diabetes y menopausia, déficit de hierro, zinc o vitaminas del complejo B, anemia, alteraciones digestivas, síndrome de Sjögren y reflujo gastroesofágico, así como algunos fármacos que producen xerostomía. Finalmente hay que excluir trastornos psicológicos subyacentes como la ansiedad, la depresión y la cancerofobia. A menudo encontramos diversos factores asociados al SBU en un mismo individuo; por tanto, los tratamientos combinados y hechos a medida nos ofrecerán el máximo beneficio terapéutico.

3. ASPECTOS PSICOSOCIALES EN PACIENTES CON ROSÁCEA

M. García Bustinduy, V. García Fumero y N. Merino de Paz

Servicio de Dermatología. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife. España.

Introducción: La rosácea es una patología dermatológica que resulta compleja en su abordaje. Se caracteriza clínicamente por la presencia de enrojecimiento cutáneo en las prominencias faciales que puede agravarse en determinadas situaciones, acompañado o no de telangiectasias, pápulas, pústulas, hiperplasia sebácea y afectación ocular. Afecta a hombres y mujeres de fototipos bajos de forma más frecuente.

Material y métodos: Estudio observacional, no intervencionista prospectivo en el que comparamos una serie de pacientes con rosácea (estadios I y II) con enfermos afectados de alopecia no cicatricial y un grupo control. Valoramos datos epidemiológicos y sociales, así como severidad clínica con la afectación psicológica evaluada mediante el Test de Calidad de Vida (DLQI), la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) y la Escala de Autoestima de Rosenberg.

Resultados: Las puntuaciones medias en la subescala de ansiedad en el HADS y en el TAS-20 entre las mujeres, mostraron niveles en el rango de "casos dudosos" o "posibles". Encontramos un bajo impacto en la calidad de vida. Las puntuaciones en el test de autoestima de Rosenberg fueron superiores en varones que en mujeres. Analizando ítems por separado, el HADS presentó puntuaciones más altas en el 5 "Tengo la cabeza llena de preocupaciones" y muy bajas en el número 10 "He perdido interés en mi aspecto físico". Al comparar los pacientes con rosácea y el grupo de alopecia no cicatricial (androgénica, efluvios y casos leves de areata) vimos niveles más altos de ansiedad y depresión en alopecias, no fue estadísticamente significativo. Sin embargo, los resultados en el TAS-20 sí fueron superiores para el grupo con rosácea de forma significativa. Varios ítems de este test mostraron también diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos de pacientes y pacientes del grupo control.

Conclusiones: Los pacientes con rosácea se encuentran preocupados y pendientes por su aspecto y presentan niveles superiores de alexitimia.

4. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y MANEJO DE LA QUEILITIS EXFOLIATIVA

D. López Aventín

Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. España.

La queilitis exfoliativa constituye un trastorno inflamatorio crónico y superficial del bermellón de los labios caracterizada por una descamación persistente. Muchos casos se consideran de origen facticio debido a la succión labial repetida, mordisqueo continuo u otra manipulación de los labios. Es más frecuente en el sexo femenino y la mayoría presentan un trastorno de la personalidad subyacente. También una queilitis descamativa y fisurada puede presentarse como manifestación de una dermatitis atópica. Clínicamente se caracteriza por descamación y costras del bermellón que persisten con una severidad variable durante meses o años. El paciente a menudo se queja de irritación o ardor y se puede observar con frecuencia el tic de morder o chupar los labios. El diagnóstico de queilitis exfoliativa (queilitis facticia o le tic des lèvres) debería restringirse a aquellos pacientes cuyas lesiones no pueden atribuirse a otras causas: queilitis de contacto alérgica, queilitis inducida por fármacos, queilitis infecciosa, queilitis actínica, queilitis glandular, queilitis granulomatosa, queilitis de células plasmáticas, etc. El manejo terapéutico de los pacientes afectados de queilitis exfoliativa puede ser difícil. Algunos casos se resuelven espontáneamente. Los corticosteroides y tacrolimus tópicos, así como los emolientes, pueden ser de ayuda en

algunos casos. Sin embargo, otros pacientes requieren psicoterapia, fármacos antidepresivos, ansiolíticos y/o antipsicóticos.

5. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA VENEROFOBIA

J.J. Vilata Corell^a y J.C. Pastor Soriano^b

^aFacultad de Medicina. Universidad de Valencia. Hospital General de Valencia. ^bFacultad de Psicología. Universidad de Valencia. Valencia. España.

La venerofobia es un miedo exagerado e irracional a sufrir una enfermedad de transmisión sexual (ETS). Cuando los pacientes acuden a consulta expresan temor y ansiedad ante la posibilidad de padecer una enfermedad venérea, sin realmente tenerla y sin ningún indicador objetivo que lo justifique, razón por la cual se suele considerar este miedo como excesivo e infundado. Los pacientes pueden quejarse de dolor o sensaciones urentes en la zona genital, anomalías en la orina, o incluso cambios en la morfología de los genitales o en la función sexual, aunque los síntomas principales siempre son la ansiedad y angustia o malestar intenso asociados al temor a la enfermedad venérea, y los comportamientos de evitación fóbica. En algunas ocasiones los síntomas pueden estar desencadenados por la existencia de pápulas perladas de pene o hirsutoides de vulva o glándulas ectópicas que no habían apreciado anteriormente, pero en la mayoría de casos no se aprecia ninguna anomalía en el examen clínico o en las pruebas de laboratorio, por lo que el diagnóstico debiera dirigirse a la identificación de un cuadro psicopatológico. Las venerofobias comparten aspectos clínicos, epidemiológicos, psicométricos, pronósticos y terapéuticos con las neurosis fóbicas en general y con otras formas de nosofobia en particular. Tanto la base psicológica como psicofisiológica y la respuesta al tratamiento orientan hacia diversas posibilidades etiopatogénicas, incluyendo factores genéticos (predisposición neurobiológica) y ambientales (influencias familiares y culturales). Los pacientes venerofóbicos suelen presentar sentimientos de culpa asociados a conductas sexuales de riesgo o prácticas sexuales a través de las cuales pudieran haberse infectado y a las que erróneamente atribuyen posibilidades de contagio o riesgo extremo, incluyendo la masturbación, el sexo extramarital, el uso de juguetes sexuales o la utilización de baños públicos. Los temores fóbicos pueden ser fruto del desconocimiento y reflejar el aprendizaje de respuestas condicionadas y anticipatorias de ansiedad y evitación, pero en la mayor parte de los casos aparecen en personas constitucionalmente predisuestas y van acompañadas de ideas obsesivas y autorreferentes o distorsiones cognitivas, que pueden estar indicando la presencia de conflictos, inconsistencias o trastornos de personalidad.

6. NUESTRAS EXPERIENCIAS EN NEURODERMITIS

C. Brufau-Redondo^a, R. Martín-Brufau^b, T. Salas-García^a, A. López Gómez^a, M. Dorado Fernández^a, A. Ramírez-Andreo^a y J. Corbalán Berna^b

^aServicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Departamento de Dermatología. Universidad de Murcia.

^bDepartamento de Personalidad. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia. España.

La neurodermitis localizada o liquen simple crónico es una enfermedad crónica, muy pruriginosa, que aparece en una zona circunscrita de la piel, con engrosamiento de la piel, que se mantiene por el rascado. Constituye un patrón reactivo de la piel en respuesta al rascado energético y repetido de un área localizada de la piel. Es el ejemplo genuino de la situación en la que un hábito ocasiona un problema dermatológico. Puede aparecer sobre piel previamente sana, en la que el primer síntoma es el picor localizado en una zona concreta del cuerpo o bien como evolución de una dermatosis pruriginosa, pero en ambos casos está producida por el rascado excesivo

en personas sometidas a alguna tensión emocional. El resultado de esta actividad es la liquenificación o engrosamiento cutáneo y el prurito intenso, que se presenta en forma de accesos cortos y repetidos. El diagnóstico suele hacerse sobre criterios clínicos. Algunos factores psíquicos como tensión emocional, nerviosismo, ansiedad, depresión y disfunción sexual se cree que pueden tener algún papel patogénico en esta enfermedad. Presentamos el resultado del estudio de 136 casos de neurodermitis, describimos las variables sociodemográficas, características clínicas (localización, sintomatología, evolución y respuesta al tratamiento, dermatosis concomitantes, comorbilidad psiquiátrica, su relación con factores emocionales como la presencia de eventos vitales estresantes), frecuencia de prurito y rascado y la relación entre ellas. La asociación entre prurito y rascado fue significativa, pero no tan alta como cabría esperar, si el rascado fuera solo consecuencia del prurito. Como conclusión más importante, nuestros datos indican que no siempre el picor es la causa del rascado en la neurodermitis o liquen simple crónico.

7. EHLERS-DANLOS: 100 AÑOS DE VIAJE DESDE LA DERMATOLOGÍA A LA PSIQUIATRÍA

A. Bulbena Vilarrasa

Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. España.

El dermatólogo danés Edward Ehlers describió en 1901 un paciente con piel hiperextensible, laxitud articular y equimosis múltiples. Por otra parte, Henri-Alexandre Danlos, dermatólogo francés experto en aspectos químicos de los trastornos de la piel, describió 8 años más tarde los pseudotumores moluscoides característicos de los pacientes descritos por Ehlers. Ambos comunicaron sus hallazgos en la Societe Parisienne de Venerologie et Dermatologie. Esta circunstancia llevó a delinear un fenotipo hereditario actualmente vigente como enfermedad de Ehlers-Danlos (ED). Aunque a menudo las enfermedades hereditarias del tejido conectivo son tratadas por reumatólogos, los pacientes afectados presentan muchos otros trastornos, como por ejemplo digestivos, ginecológicos y naturalmente dermatológicos. La forma más común de ED es el tipo III también llamado (entre otros nombres) hiperlaxitud articular benigna. En 1988 psiquiatras y reumatólogos del Hospital del Mar describieron la asociación de hiperlaxitud articular y ansiedad, la cual se ha ido confirmando en estudios posteriores. La probabilidad de padecer ansiedad en personas afectas de hiperlaxitud articular es 23 veces superior que los que no la presentan. Aunque no se conoce con precisión la relación entre el colágeno y el sistema nervioso central, hay pruebas de la presencia de disfunciones del sistema nervioso vegetativo en la hiperlaxitud articular. Estudios recientes de neuroimagen en individuos afectados de hiperlaxitud articular han mostrado que zonas relacionadas con la ansiedad sobreaccionan ante estímulos emocionales, lo que apuntaría hacia una cierta predisposición. La inesperada asociación entre este síndrome con origen dermatológico y la ansiedad abre nuevos puentes de colaboración y de conocimiento entre Dermatología y Psiquiatría, tanto para atender a los pacientes como para descifrar las claves de esa conjunción clínica y etiológica.

Mesa de comunicaciones libres 1

1. TRASTORNO DELIRANTE DE TIPO SOMATOMORFO

L. Cubells Sánchez, A.M. Victoria Martínez, J.J. Vilata Corell, A. García Chala y G. Martínez Giner

Hospital General Universitario de Valencia. España.

Varón de 43 años, sin antecedentes de interés, que consulto en diversas ocasiones al servicio de dermatología por presentar prurito cutáneo generalizado con lesiones cutáneas inespecíficas que relacionaba con la posibilidad de padecer el VIH. El cuadro se inició a partir de mantener una relación sexual extramatrimonial no protegida. Presentaba sintomatología somática, principalmente cutánea de tipo prurito anal, de manos, olor corporal a azufre y sensación de tener parásitos recorriendo su intestino. Tras cinco analíticas con serologías para ETS negativas, el paciente continúa expresando su preocupación por padecer el VIH. Además, había perdido 12 kg en 4 meses y presentaba cicatrices de heridas autoinfligidas en antebrazos. A la anamnesis, expresaba ideas de contaminación a su mujer e hijo e incluso a los compañeros de trabajo. Temía poder ser denunciado por su ambiente laboral si llegaba a contagiarles. Ante la ausencia de signos clínicos y/o analíticos que orientaran a patología infecciosa y la ideación de tipo delirante que presentaba el paciente, se remitió al centro de salud mental de zona, donde tras valoración psiquiátrica se decidió ingreso hospitalario urgente. Presentamos un caso de trastorno delirante de tipo somatomorfo en un paciente joven sin antecedentes psiquiátricos previos, que consulto en múltiples ocasiones al servicio de dermatología requiriendo finalmente ingreso hospitalario y tratamiento psiquiátrico.

2. DELIRIO DE INFESTACIÓN Y SÍNDROME DE MORGELLONS. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Rovira López, M. Ferran Farrés, M. Sagristà García, R.M. Pujol Vallverdú y M.J. Tribó Boixareu

Servei de Dermatologia. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. España.

Introducción: El delirio de infestación es una enfermedad psiquiátrica que afecta mayormente a mujeres, en la que los pacientes creen estar infestados por parásitos u otros elementos incluyendo objetos inanimados (fibras, *morgellons*, polvo, partículas, etc.), siendo frecuente que presenten prurito u otros síntomas dermatológicos.

Caso clínico: Mujer de 71 años con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipemia. Acude a consulta de psicodermatología por cuadro de prurito en brazos y espalda de 9 años de evolución, notando “como si tuviera bichitos debajo de la piel”. En la exploración física destacaban múltiples pápulas excoriadas en cara, brazos y espalda. Explicaba salida de un “líquido pringoso” de las lesiones y “como si tuviera un clavo negro” dentro. Analítica sanguínea sin alteraciones. Biopsias previas compatibles con prurigo nodular excoriado e inmunofluorescencia directa negativa. Había realizado múltiples tratamientos con remisión parcial del cuadro pero recaída posterior. Se orientó como síndrome de los *morgellons*, iniciándose tratamiento con psicofármacos con mejoría clínica.

Discusión: El síndrome de los *morgellons* es un trastorno descrito recientemente clasificado dentro de los delirios de infestación. Los pacientes presentan lesiones cutáneas que van desde lo imperceptible a la desfiguración, con disestesias, sensación de salida de fibras o gránulos de las lesiones y síntomas extracutáneos, que pueden ir desde la astenia invalidante a los trastornos del sueño. Suele responder correctamente al tratamiento con fármacos anti-psicóticos, aunque debe realizarse seguimiento a largo plazo. Siempre deben descartarse signos de infestación real, así como causas médicas, fármacos, otras enfermedades psiquiátricas o abuso de sustancias.

Conclusiones: Describimos el caso de una paciente con un delirio de infestación tipo síndrome de los *morgellons*. Es importante conocer este trastorno para evitar la realización de iatrogenia e iniciar de manera precoz el tratamiento con antipsicóticos, a los que suele responder favorablemente.

3. HEMATOMAS ESPONTÁNEOS EN UNA ESTUDIANTE DE 17 AÑOS

A.M. Victoria Martínez, L. Cubells Sánchez,
J.L. Torregrosa Calatayud, V. Zaragoza Ninnat y J.J. Vilata Corell

Hospital General Universitario de Valencia. España.

Mujer de 17 años evaluada en nuestro servicio por presentar episodios recurrentes de lesiones equimóticas de 6 meses de evolución. La paciente consulto por primera vez en urgencias por lesión eritematoviolácea edematosa dolorosa en zona periocular derecha de inicio brusco, no refería antecedente de traumatismo en la zona, negaba la toma de ningún fármaco ni un proceso infeccioso intercurrente. Posteriormente consulto en tres ocasiones más por nuevas lesiones equimóticas similares en dorso de pie y en flanco izquierdo, negando siempre antecedente traumático o haberse autoinfligido las lesiones. Se realizó estudio analítico (hemograma, bioquímica, coagulación, autoinmunidad, estudio de trombosis y anticuerpos antifosfolípido), en el que solo destaca ANA a título de 1/160 e hipocomplementemia leve. Se realizó biopsia de lesión en flanco izquierdo observándose una paniculitis lobulillar de predominio neutrofílico. La paciente negaba antecedentes psiquiátricos aunque presentaba síntomas ansiosos en los últimos meses con opresión precordial, nerviosismo, disnea y anorexia. Ante la sospecha de que estuviéramos ante un síndrome de Gardner Diamond realizamos test de autosensibilización con hematies autólogas, tres horas tras la realización del test la paciente comenzó con sensación de calor y molestias locales con la posterior aparición de lesión equimótica en el sitio de inyección. La inyección intradérmica control no produjo ninguna reacción. Ante estos resultados iniciamos escitalopram 10 mg y la paciente está pendiente de acudir a revisión. Presentamos una paciente con un cuadro compatible con síndrome de autosensibilización eritrocitaria o síndrome de Gardner Diamond, sin poder descartar que se trate de una dermatosis facticia. Este síndrome es un entidad poco frecuente caracterizada por la aparición de lesiones equimóticas dolorosas espontáneas o tras un traumatismo leve, en zonas accesibles. La mayoría de los casos se han visto en mujeres caucásicas con estrés emocional u otra enfermedad psiquiátrica. Los estudios hematológicos y de coagulación son normales y los resultados histopatológicos muestran cambios inespecíficos. La patofisiología de esta entidad no está totalmente aclarada. La hipersensibilidad a inyecciones de su propia sangre se ha utilizado como criterio diagnóstico. Se propone como tratamiento medicación psiquiátrica y psicoterapia. Se han hecho esfuerzos para diferenciar la púrpura facticia del síndrome de hipersensibilidad autoeritrocitaria; sin embargo, los criterios de diferenciación no son claros. Actualmente es difícil diferenciar ambas entidades.

4. DERMATITIS ARTEFACTA SIMULANDO PANICULITIS

I. Gómez Martín^a, G. Martín^a, R.M. Pujol^a, M.J. Tribó^a, S. Ros^b
y A. Bulbena^b

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Psiquiatría. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. España.

Introducción: Las dermatosis autoinfligidas (artefactas/facticias) generalmente son procesos de larga evolución y de difícil diagnóstico. Predominan en mujeres adolescentes. La clínica suele ser heterogénea con signos y síntomas con expresión inusual, curso anormal, mala respuesta a los tratamientos y una larga historia de diagnósticos imprecisos.

Caso clínico: Mujer de 34 años aparentemente sana que consulta por 6 meses de dolor abdominal, diarrea y pérdida de peso no cuantificado. Consultas previas en otros dos centros médicos no obtuvieron un diagnóstico concreto. Durante su ingreso hospitalario fue remitida a nuestro servicio por un cuadro caracterizado por múltiples placas eritematopurpúricas, dolorosas y de aspecto contusiforme en brazos, piernas y dorso de ambas manos, algunas de ellas con distribución lineal. La paciente negó cualquier traumatismo o ma-

nipulación exógena previa. Estas desaparecían espontáneamente en pocos días y aparecían de nuevo lesiones similares. Se realizaron 2 biopsias cutáneas que objetivaron cambios compatibles con paniculitis lobulillar con extravasación hemática en dermis y tejido subcutáneo sin vasculitis y con cultivos microbiológicos negativos.

Resultados: Se planteó el diagnóstico de síndrome de Gardner-Diamond (GD) o púrpura por autosensibilización eritrocitaria pero durante el ingreso hospitalario se objetivó que las lesiones eran autoinfligidas por la paciente, la cual solicitó el alta voluntaria. Abandonó el hospital sin realizarse la prueba de sensibilización autoeritrocitaria. Completó el cuestionario de impulsividad de Barratt mostrando puntuaciones altas de impulsividad motora (17 puntos) e impulsividad no planificada (22 puntos). El Cuestionario de Personalidad MCMI-II (Millon Clinical Multiaxial Inventory) reveló una personalidad compulsiva.

Conclusiones: La dermatitis artefacta supone un difícil diagnóstico que requiere un alto índice de sospecha y la exclusión previa de múltiples procesos dermatológicos. Nuestro caso plantea el diagnóstico diferencial con el síndrome de GD. Algunos autores dudan de la verdadera naturaleza de esta enfermedad, ya que se asocia con trastornos.

5. PERSPECTIVA NEUROBIOLÓGICA DE LA LOCURA DE AMOR

C. Rodríguez Cerdeira^a y G. Pena^b

^aServicio de Dermatología. CHUVI. Departamento de Biomateriales. Facultad de Ingeniería. Universidad de Vigo. Vigo.

^bDepartamento de Biomateriales. Facultad de Ingeniería. Universidad de Vigo. España.

El amor y el afecto se han convertido en temas importantes de investigación en neurociencia. Después de la introducción de la resonancia magnética funcional (fRMN) y la tomografía por emisión de positrones (PET), los neurocientíficos han demostrado un aumento de interés en la neurobiología y la neuroquímica de las emociones, incluyendo el amor y el afecto. Los neurobiólogos han estudiado en modelos animales los mecanismos involucrados en la elección de pareja para dilucidar los mecanismos neuroquímicos subyacentes del amor y demostraron las posibles funciones de la oxitocina, la vasopresina y la dopamina y sus receptores en dicha selección. Sin resolver esta, todavía, si estas sustancias tienen un umbral de liberación que controlan el amor descontrolado (locura de amor). Patrones de actividad cerebral asociados con el amor, han demostrado el papel de la oxitocina en el amor. También hay evidencia de un papel de la serotonina, el cortisol, factor de crecimiento nervioso y de la testosterona. Los cambios en la actividad del cerebro relacionadas con las distintas etapas de una historia de amor, el sexo y las diferencias culturales están sin resolver y probablemente se convertirán en temas de investigación importantes en este campo en el futuro cercano. En esta revisión nos damos un resumen de los conocimientos actuales sobre la neurobiología del amor extrapolándolo a la "locura de amor".

6. RINOTILEXOMANIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Martín Callizo^a, R.M. Penín^b, M. Sagristà^c, M.J. Tribó^c
y Y. Fortuño^d

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

^cServicio de Dermatología. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. ^dServicio de Dermatología. Hospital de Viladecans. Barcelona. España.

La rinotilexomanía es un trastorno psiquiátrico que se caracteriza por el rascado de la cavidad nasal de forma compulsiva. La rinoti-

lexomania es más frecuente en niños y adultos jóvenes; aunque raramente conlleva consecuencias graves, puede llegar a producir autolesiones importantes como la perforación del tabique nasal y destrucción de otras estructuras óseas faciales anejas. Presentamos el caso de una paciente de 26 años con epistaxis, rinitis y perforación del septo nasal de 4 años de evolución. Los exámenes complementarios mediante resonancia magnética nuclear, analítica sanguínea, estudio microbiológico e histológico no mostraron otras alteraciones significativas. La paciente fue inicialmente tratada quirúrgicamente con posterior recaída de los signos y síntomas. Finalmente, ante la sospecha diagnóstica de rinotilexomania, se inició tratamiento con aripiprazol vía oral, con mejoría clínica rápida, persistiendo la perforación asintomática. Existen pocos casos de rinotilexomania publicados en la literatura, por lo que se trata de una entidad poco conocida. El caso presentado, en una paciente con un trastorno de la personalidad tipo borderline, es un ejemplo de dermatitis artefacta. Es importante destacar que el tratamiento con antipsicóticos resulta eficaz y, utilizado de forma precoz, evita mutilaciones graves así como un importante coste sanitario.

Simposio 2: Afrontamiento psicológico de la oncología dermatológica

1. IMPLICACIONES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA EN LA PATOGENESIS DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS: ANÁLISIS DE DOS CASOS

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

^aComplejo Asistencial de Palencia. Palencia. España. ^bHospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

TNF- α es una de las principales citocinas proinflamatorias. La inflamación podría representar un mecanismo habitual en la patofisiología de los trastornos afectivos. A través de este trabajo pretendemos poner de manifiesto la vinculación entre los trastornos afectivos y los fenómenos inflamatorios mediados por citocinas, profundizando en su aplicación en la práctica clínica. Realizamos una revisión bibliográfica sobre el tema así como un análisis exhaustivo de los dos casos objeto de estudio. Primer caso: paciente con espondiloartropatía y enfermedad de Crohn que inicia tratamiento con infliximab, tras la segunda infusión comienza con inquietud, insomnio, irritabilidad y taquipsiquía, con diagnóstico de episodio hipomaniaco, se pauta atípico a dosis bajas y se retira infliximab, resolviéndose el cuadro de forma rápida. Segundo caso: paciente con linfoma de Hodgking; aparecen síntomas depresivos e ideación suicida tras varias sesiones de quimioterapia según esquema ABVD, con diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Fueron precisos dos ingresos pues la clínica no mejoraba a pesar de dosis altas de antidepresivos en combinación. Los síntomas cedieron al finalizar el protocolo ABVD. En ambos casos existiría una implicación del sistema inmunológico en el desarrollo de los síntomas afectivos. La adriamicina se ha asociado con aumento de los niveles de TNF- α en modelos animales. El infliximab es uno de los tres fármacos anti TNF- α disponibles. La investigación en psiconeuroinmunología debe identificar nuevas vías fisiopatológicas que revelen dianas neurobiológicas para el desarrollo de nuevos fármacos. Repasaremos los efectos antidepresivos de los anti TNF- α y la utilización de los antidepresivos como tratamiento en enfermedades inflamatorias donde el TNF- α

sea importante en su patogenia con especial referencia a las enfermedades dermatológicas.

2. EL IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO DE MELANOMA MALIGNO. UN ANTES Y UN DESPUÉS PARA EL PACIENTE

E. Samaniego González

Complejo Asistencial Universitario de León. León. España.

Introducción: El diagnóstico de una enfermedad potencialmente letal como el melanoma puede tener un gran impacto psicosocial en los pacientes. Existen diferentes tipos de estrategias que estos pueden adoptar para afrontar su enfermedad (“coping”). Unas se asocian a una adaptación favorable al cáncer, mientras que otras se asocian a estados de estrés o distrés (más incapacitante física y psicológicamente), depresión, pobre calidad de vida, influencia negativa en el proceso (seguimiento, tratamiento) y en la evolución de la enfermedad. Es necesario identificar los pacientes de riesgo que precisan orientación y/o apoyo psicológico adicional para afrontar su proceso oncológico.

Objetivos: Revisar los diferentes mecanismos de adaptación de los pacientes. Identificar pacientes de riesgo que precisan de orientación y apoyo. Plantear las estrategias de comunicación con el paciente que pueden facilitar su adaptación psicológica a la enfermedad.

Material y métodos: Se llevó a cabo una revisión de la literatura de los trabajos publicados en PubMed que relacionaban “coping” AND “melanoma”. Se seleccionaron aquellos más recientes y con mayor aplicación práctica.

Resultados: Aproximadamente el 30% de los pacientes con melanoma muestran niveles altos de distrés psicológico. Se han descrito estrategias de comunicación asociadas con niveles más bajos de ansiedad y depresión en los pacientes.

Conclusiones: Existe un porcentaje significativo de pacientes afectados de melanoma que muestran estrategias de adaptación negativas asociadas a niveles elevados de distrés que pueden afectar significativamente a su calidad de vida y a la evolución de la enfermedad. Es necesaria la identificación de estos pacientes por parte de los especialistas que tratan este cáncer, ya que podrían beneficiarse de una intervención psicológica y/o apoyo adicional por parte del dermatólogo/oncólogo.

Simposio 3: Prurito y psoriasis

1. INTIMIDAD, CONTACTO Y DISTANCIA EN PACIENTES CON PSORIASIS

J. Ulnik

Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Estudios de calidad de vida en psoriasis han reportado dificultades en la actividad sexual, el trabajo, las relaciones familiares y sociales y la relación médico-enfermo. Asimismo, la autoevaluación de los pacientes no coincide con la que hacen sus médicos basándose en el examen físico y en otras medidas objetivas. Aun con lesiones no visibles, ven afectada su intimidad y son influidos por su propia mirada. En consecuencia, hacen falta más estudios que tengan en cuenta los aspectos subjetivos. La proxémica estudia un tipo de comunicación no lingüística que se basa en el manejo que el hombre hace del espacio y de la distancia con los demás, condicionando sus relaciones y conflictos con los demás. El propósito de este trabajo es evaluar en términos de distancia afectiva con los demás la influencia que tiene la psoriasis en la intimidad, el contacto y la

confianza de los pacientes en la relación médico-paciente y en sus vínculos sociales y familiares más representativos. Se estudiaron 96 casos de psoriasis y se compararon con 88 controles. Se les administró el test de las distancias afectivas. Los pacientes mostraron diferencias significativas con los controles en la distancia con el compañero de trabajo, la pareja sexual, la madre, el doctor y el "enemigo". Algunos pacientes con psoriasis buscan contacto y amor en el trabajo y con su doctor/a, donde usualmente no encuentran satisfacción, porque esperan en ambas áreas un tipo de contacto "familiar". Al mismo tiempo, eligen distancias alejadas en el área sexual y contactos fusionales o demasiado distantes en la relación con la madre.

2. ANSIEDAD Y TRASTORNOS AFECTIVOS EN PSORIASIS

L. Puig Sanz y S. Ros

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

La afectación psicoemocional que la psoriasis ejerce en nuestros pacientes ha sido motivo de numerosos estudios científicos y es, además, perceptible en nuestra práctica clínica diaria. La psoriasis como enfermedad crónica, visible y desfigurante influye tanto en el equilibrio psicoemocional del paciente que la padece como en su calidad de vida y en su ámbito sociofamiliar. La revisión exhaustiva del rol del estrés, los trastornos de ansiedad y de los trastornos del estado de ánimo nos acercan a la vivencia y a la percepción de enfermedad que el paciente tiene de su enfermedad y determinarán en parte la forma como el paciente afronta su enfermedad, su tratamiento, las expectativas y la percepción de mejoría. Esta afectación se manifiesta en una alta prevalencia psiquiátrica acompañada en muchos casos de conductas autolesivas (abuso de alcohol, ideación autolítica), alteraciones del sueño, trastornos adaptativos, fobia social y trastornos sexuales. Conocer y utilizar los instrumentos de screening disponibles nos ayudará a detectar precozmente estas dificultades facilitando un abordaje holístico de los cuadros psicopatológicos incipientes que podrían agravar la enfermedad.

3. LA AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA COMO CRITERIO DE GRAVEDAD EN LA PSORIASIS

M. Ferran Farrés

Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. España.

La psoriasis es una enfermedad crónica que se asocia a unos altos niveles de estrés psicológico, representando un impacto considerable en la calidad de vida del paciente. La presencia de lesiones cutáneas, visibles e inestéticas, suele acompañarse de sentimientos de ansiedad social, estigmatización y, consecuentemente, dar lugar a conductas de evitación social, lo cual puede repercutir tanto a nivel laboral como en actividades y/o relaciones sociales. Por esta razón, en los últimos años, las escalas de calidad de vida, y en concreto el DLQI, se han utilizado como parte de los criterios de gravedad de la psoriasis. Finlay fue el primer autor en introducir la valoración de la calidad de vida como criterio para definir la psoriasis como moderada-grave, con su regla de los 10 (PASI, BSA o DLQI > 10). Posteriormente, la mayoría de grupos y sociedades la han ido incorporando en sus definiciones. Las guías europeas consideran una psoriasis como moderada-grave siempre que el BSA > 10 o PASI > 10 y DLQI > 10. Respecto a las guías españolas, pendientes de actualización, se definió de forma laxa a la psoriasis moderada a grave como aquella forma de psoriasis que requiere (o ha requerido previamente) tratamiento sistémico (incluyendo fármacos convencionales, agentes biológicos o foto(quinio)terapia) con independencia de los valores del PASI, BSA o DLQI. Sin embargo, especifican como indicación para tratamiento sistémico la per-

cepción de gravedad subjetiva (DLQI > 10) o el compromiso de áreas visibles, entre otros. En esta presentación presentaremos una serie de casos clínicos de pacientes con una psoriasis más o menos extensa, pero todas ellas graves, por condicionar una importante afectación de la calidad de vida, así como comorbilidades psiquiátricas.

4. PRURITO SOMATOMORFO. HETEROGENICIDAD DE ESTE FENÓMENO

E. Serra-Baldrich

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

La influencia del prurito sobre la calidad de vida ha sido objeto de numerosos estudios, en su mayor parte en el contexto de diferentes enfermedades que cursan con el impacto negativo del prurito sobre la calidad de vida tiene, lógicamente, consecuencias sobre el estado mental del sujeto, pero solo en raras ocasiones se ha estudiado el prurito disociado de alguna enfermedad. Se ha comprobado que los pacientes con prurito muestran un mayor grado de depresión que los sujetos sanos de control y, en los pacientes con prurito asociado a enfermedades de la piel, este último tiene una influencia importante sobre la comorbilidad de alteraciones psiquiátricas. Los trastornos somatomorfos en general se caracterizan por la presentación reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de repetidos resultados negativos de estas y de continuas garantías de que los síntomas no tienen una justificación somática. En estos trastornos aparece con frecuencia un comportamiento de demanda de atención. Se revisan los diferentes aspectos del prurito psicógeno.

5. ATOPIA DEL ADULTO. ALGORITMO TERAPÉUTICO

J.E. Herrero-González

Servei de Dermatologia. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Instituto de Investigación Médica Hospital del Mar (IMIM). Barcelona. España.

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica de inicio frecuente en la infancia. Muchos pacientes mejoran al llegar a la adolescencia, sin embargo, la enfermedad puede prolongarse durante la edad adulta y en algunos casos puede representar un problema grave de salud con brotes frecuentes de eczema con prurito intenso, xerosis, afectación de la imagen corporal y del rendimiento escolar o profesional, con un alto impacto sobre la esfera emocional y psicosocial del individuo. En definitiva, puede suponer un perjuicio notable en la calidad de vida del paciente. Los individuos con dermatitis atópica grave en la edad adulta precisan un tratamiento especializado e individualizado. Desde el consejo higiénico más sencillo hasta terapias inmunosupresoras complejas, estos pacientes requieren un manejo cercano y agresivo que les permita reducir el prurito, normalizar su imagen corporal y permitir un desarrollo normal de sus actividades. El abordaje de estos enfermos debe seguir un plan escalonado basado en la evidencia médica disponible: medidas higiénico-dietéticas, emolientes restauradores de la barrera cutánea, tratamientos antibióticos o antivíricos en caso de sobreinfección, antihistamínicos orales y otros fármacos relacionados para el control del prurito, inmunoterapia con preparados alérgicos, glucocorticoides e inhibidores de la calcineurina tópicos, fototerapia y agentes sistémicos (glucocorticoides orales, ciclosporina, metotrexato, azatioprina, micofenolato, inmunoglobulinas intravenosas) representan el arsenal terapéutico actual para los pacientes con dermatitis atópica. Por último, existen otros agentes reservados para casos refractarios, como último recurso y sin evidencia todavía de su eficacia: son los anticuerpos monoclonales ustekinumab, omalizumab y rituximab.

Mesa de comunicaciones libres 2

1. LA INFORMACIÓN NO ES LO MISMO QUE LA EDUCACIÓN: 5 AÑOS DE ESCUELA DE LA DERMATITIS ATÓPICA

R. de Lucas Laguna

Hospital Universitario de la Paz. Madrid. España.

Nuestros pacientes presumen de información, la encuentran en Internet, funciona el boca a boca, la sabiduría popular, pero, ¿realmente este es el camino correcto?, ¿dónde deben buscar información?, ¿no merece la pena educar a nuestros pacientes para conseguir un mejor conocimiento y por lo tanto un mejor control de la enfermedad y del sufrimiento que esta produce en ellos? Este planteamiento se adapta como anillo al dedo cuando hablamos de una enfermedad tan prevalente como la dermatitis atópica, que afecta sobre todo a niños, que disminuye mucho la calidad de vida de los pacientes y de las familias y que hoy por hoy no tiene un tratamiento curativo. El conocimiento de la dermatitis atópica, sus causas, su manejo terapéutico, etc. va a dar autonomía a las familias para gestionar la enfermedad de sus hijos. Después de 5 años de programas educativos con más de 150 familias podemos afirmar que la educación terapéutica incide de forma positiva en el control de la enfermedad.

2. EVALUACIÓN DE LOS ÍNDICES DE ESTRÉS EMOCIONAL Y SU RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD EN 300 PACIENTES AFECTOS DE PSORIASIS

P. García Martínez^a, M. Turroja^a, M. Sagristà^a, L. Curto^a, R.M. Pujol^a, F. Gallardo^a, M.J. Tribó^a y G. Castaño Vinyals^b

^aServicio de Dermatología. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. ^bCREAL. Parc de Salut Mar. Barcelona. España.

Introducción: La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel asociada a una considerable angustia física y psicológica. El estrés psicológico ha sido implicado como posible desencadenante y exacerbante en la psoriasis.

Objetivos: El objetivo de este estudio es averiguar el nivel de estrés emocional en los pacientes con psoriasis así como evaluar la asociación entre la morbilidad psicológica y la severidad de la enfermedad cutánea.

Métodos: Un total de 300 individuos afectados de psoriasis fueron reclutados en nuestro centro. Los pacientes debían completar cuestionarios validados que evalúan el estrés percibido (Life Event Scale de Holmes) y el estado de ánimo psicológico (Hospital Anxiety and Depression Scale, Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, Hamilton Rating Scale for Depression y Montgomery-Asberg Depression Rating Scale). Asimismo se evaluó la percepción de enfermedad (SF-12) y alteraciones en la calidad de vida (Health Assessment Questionnaire Disability Index, Dermatology Life Quality Index). Todas estas variables se correlacionaron entre sí y con las mediciones de la severidad de la psoriasis (BSA, PASI), así como con la evaluación mediante escala visual analógica del prurito y dolor.

Resultados: En un 61% de los pacientes con psoriasis se observó algún tipo de alteración en los niveles de ansiedad, síntomas de depresión y/o estrés percibido. Los índices de severidad de la psoriasis mostraron que HAD, HRAS, MADRS y STAI detectaron relación significativa entre las alteraciones emocionales en relación con la severidad de la enfermedad. Es interesante observar que la variable DLQI no se relacionaba con la evaluación del estado de ánimo.

Conclusiones: El estrés psicológico y otras alteraciones de la esfera afectiva tienen un rol muy importante en la psoriasis. Reconocer

esta asociación es importante para el manejo adecuado de los pacientes con psoriasis.

3. ALTA PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE: EL ROL DE LAS ALTERACIONES DEL ESTADO DE ÁNIMO

A. Molina Leyva, J.C. Ruíz Carrascosa, A. Almodóvar Real, R. Naranjo Sintés y J.J. Jiménez Moleón

Departamento de Dermatología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción: La disfunción eréctil es una alteración frecuente con implicaciones médicas y sociales. Estudios recientes han mostrado que la psoriasis se asocia con un incremento de disfunción eréctil. Sin embargo, los resultados en relación al rol causal que juega la psoriasis en esta relación son contradictorios.

Objetivos: El objetivo de este estudio es explorar la prevalencia de disfunción eréctil en pacientes con psoriasis en comparación con población sana e investigar el rol de la ansiedad, la depresión y factores de riesgo cardiovascular en la relación entre psoriasis y disfunción eréctil.

Pacientes y métodos: Serie prospectiva de casos apareada por edad y sexo. Cuarenta pacientes con psoriasis moderada severa y 40 controles participaron en el estudio. Los participantes completaron un cuestionario compuesto por el *Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire* and *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

Resultados: Los pacientes con psoriasis presentaron una prevalencia incrementada de disfunción eréctil 40% vs 10% ($p < 0,05$). El análisis multivariante mostro una asociación estadísticamente significativa entre disfunción eréctil y edad, tabaquismo, hipertensión arterial y ansiedad y/o depresión pero no con la psoriasis por sí misma.

Conclusiones: La alta prevalencia de factores clásicos de disfunción eréctil, tabaquismo, hipertensión arterial y alteraciones del estado de ánimo en pacientes con psoriasis moderada grave probablemente motiva la alta prevalencia de la disfunción eréctil en esta población.

4. PSORIASIS Y CALIDAD DE VIDA: UNA VISIÓN INTEGRAL

A. Mateu Puchades^a, A. Marquina Vila^a, J.J. Vilata Corell^b, M.C. Leal Cercos^c y A. Llopis González^d

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. ^bServicio de Dermatología. Hospital General Universitario. Valencia. ^cDepartamento de Psiquiatría. Departamento de Medicina. Universidad de Valencia. ^dÁrea de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Valencia. España.

Introducción: La psoriasis es una enfermedad crónica, inflamatoria que afecta al 1-3% de la población general. Hasta hace pocos años, la psoriasis se consideraba una enfermedad exclusivamente cutánea. Actualmente, debido a un mayor y mejor conocimiento de la etiopatogenia de la enfermedad y de la realización de diversos estudios epidemiológicos, ha pasado a considerarse una enfermedad sistémica con asociación a múltiples comorbilidades. Este hecho ha cambiado de forma importante el abordaje que el dermatólogo debe hacer del paciente con psoriasis, llevando a cabo una visión más integral del paciente. Este cambio conceptual también se está trasladando a la esfera psíquica. La actitud del médico debe rebasar el mero aspecto científico técnico y alcanzar un abordaje integral biopsicosocial. En este sentido, en los últimos años se está hablando de un nuevo concepto: *La discapacidad acumulada en el transcurso vital* de la psoriasis con el objetivo de tener una visión longitudinal y multidimensional de la calidad de vida teniendo en cuenta ya no solo valores objetivos, comorbilidades físicas, sino

también datos de la esfera psíquica como son los rasgos de personalidad que podrían marcar en gran medida tanto la estigmatización que el paciente hace de su patología como de las estrategias de afrontamiento que lleva a cabo.

Material y métodos: El objetivo principal del estudio es la valoración de la pérdida de calidad de vida en aquellos pacientes con una enfermedad crónica cutánea como es la psoriasis. Se recoge pacientes con diagnóstico de psoriasis del Departamento de Salud del Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia. Se recogen múltiples variables del individuo: personales, comorbilidades físicas, hábitos tóxicos, historia natural de su psoriasis además de múltiples datos relación con la esfera psíquica mediante la aplicación de cuestionarios, con el fin de hacer un valoración general y particular de aquellas variables que puedan tener más peso en la merma de la calidad de vida de los pacientes. Durante la exposición se expondrá la metodología de trabajo que se está llevando a cabo.

Mesa de comunicaciones libres 3

1. LESIONES AMPOLLOSAS RECIDIVANTES EN UNA ADOLESCENTE

L. Curto-Barredo, R. Rovira-López, J.M. Sánchez-Schmidt, J.E. Herrero-González, R.M. Pujol y M.J. Tribó

Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. España.

Introducción: Las dermatitis artefactas (DA) engloban un conjunto de lesiones cutáneas autoprovocadas en las que el paciente niega su implicación. Son más frecuentes en el sexo femenino. Pueden presentarse con una gran variedad de formas clínicas y su diagnóstico es de exclusión.

Caso clínico: Mujer de 19 años con antecedentes de coloboma en ojo izquierdo, migraña y síndrome ansioso-depresivo en la adolescencia. Actualmente en estudio por reumatología por sospecha de enfermedad de Bechet. Acude de urgencias por presentar ampollas tensas de contenido seroso sobre piel sana o discretamente eritematosa en muñeca izquierda y mejilla derecha de 24 horas de evolución. Refiere que desde hace 7 años había presentado brotes de lesiones cutáneas similares acompañadas de aftas orales y genitales, artralgias y dolores atípicos en extremidades inferiores, por los que consulto en diversas ocasiones a urgencias. Dichas lesiones se resolvían espontáneamente en pocos días sin dejar cicatriz. Desconoce factor desencadenante y niega manipulación o aplicación de productos. Analítica anodina. Estudio inmunológico normal. Serologías negativas. Cultivos de las lesiones repetidamente negativos. Pruebas epicutáneas negativas. Biopsias cutáneas repetidas muestran ampolla subepidérmica con múltiples queratinocitos necróticos. Inmunofluorescencia directa e indirecta negativas. Ante la sospecha de dermatitis artefacta se inicia tratamiento antipsicótico atípico y psicoterapia.

Discusión: En las DA las ampollas suelen presentar un aspecto inusual pudiendo ser multilobuladas o de bordes geométricos y aparecer en localizaciones poco habituales, siempre al alcance del paciente. Pueden ser provocadas por quemaduras u otros medios físicos (fricción, succión), aplicación de productos químicos, etc. El diagnóstico diferencial se debe plantear, sobre todo, con las enfermedades ampollosas autoinmunes.

Conclusiones: Las DA consumen una gran cantidad de recursos sanitarios. Se requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico y su tratamiento debería ser multidisciplinar.

2. CALIDAD DE VIDA E INFLUENCIA DEL ESTRÉS EN PACIENTES CON ALOPECIA FIBROSANTE

A. López Pestaña^a, A. Tuneu^a, N. Ormaechea^a, C. Sarasqueta^a, F. Jiménez Acosta^b y E. Escario Travesedo^c

^aHospital Universitario Donostia. Donostia-San Sebastián. España.

^bClinica Dr. Jiménez Acosta. Las Palmas de Gran Canaria. España.

^cHospital de Albacete. Albacete. España.

La alopecia frontal fibrosante (AFF) es una alopecia cicatricial primaria descrita por Kossard en 1994, que está sufriendo un aumento muy llamativo de su incidencia. Básicamente se caracteriza por el desarrollo de una reacción inflamatoria liquenoidea a nivel de los folículos pilosos localizados en la línea de implantación frontotemporal del cuero cabelludo, provocando su retroceso. Además se pueden afectar los folículos del resto del tegumento, particularmente las cejas, lo cual confiere a los pacientes, generalmente mujeres posmenopáusicas, un aspecto peculiar, que en ocasiones puede disminuir su autoestima. Aunque se han publicado varias series de casos, no hemos encontrado hasta la actualidad estudios de calidad de vida en esta enfermedad. La etiopatogenia de la AFF es desconocida. Algunos autores, como Harries y Paus, han propuesto recientemente la posible implicación de la inflamación neurogénica en la patogénesis de las alopecias cicatriciales primarias. El estrés psicoemocional favorece la liberación de factores de crecimiento nervioso y sustancia P a nivel de las células madre del folículo, lo cual podría condicionar la apoptosis de los queratinocitos y un aumento de la actividad inflamatoria. Algunas de nuestras pacientes con AFF relacionan el inicio de su proceso con situaciones de estrés emocional. Por lo tanto, consideramos que sería interesante estudiar este aspecto y realizar un test de ansiedad y depresión, si fuera posible al comienzo de la enfermedad. En el Hospital Universitario Donostia, en colaboración con el Dr. Jiménez Acosta y el Dr. Escario, estamos realizando un estudio sobre la AFF, en el que se solicita a las pacientes la cumplimentación de una escala de calidad de vida en dermatología (Skindex 29) y un test de ansiedad y depresión (HAD). En esta comunicación presentamos nuestros resultados preliminares.

3. PSICOEDUCACIÓN EN DERMATOLOGÍA

E. Conde Montero^a, C. Horcajada^a, L. Gómez-Recuerdo^a, O. Baniandrés^a, R. Suárez^a y R. Torres Costales^b

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Psicología Clínica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Introducción: Existe evidencia científica de la efectividad de las intervenciones psicológicas en el establecimiento y mantenimiento de esquemas mentales y conductuales, que son beneficiosas para la evolución de patologías cutáneas crónicas, como la psoriasis o la dermatitis atópica. La importante carga asistencial obliga a una consulta dermatológica de duración limitada, que impide el abordaje psicodermatológico individual que precisarían muchos de nuestros pacientes. Un metaanálisis reciente concluye que los resultados de las terapias individuales y grupales son beneficiosos, sin diferencias estadísticamente significativas a favor de las primeras. La terapia grupal psicoeducativa, que combina la explicación de la naturaleza del estrés y la ansiedad, junto con entrenamiento en estrategias técnicas cognitivo-conductuales para el manejo de la ansiedad, ha demostrado ser una elección eficaz para la disminución de la ansiedad en pacientes con enfermedades crónicas.

Material y métodos: Se seleccionaron 8 pacientes dermatológicos crónicos seguidos en nuestras consultas, con claro componente psicológico asociado, que aceptaron participar de manera voluntaria en un programa de terapia grupal psicoeducativa. Se realizaron 6 sesiones semanales de 1,5 h. Una vez acabado el programa, tuvo lugar una sesión de valoración de la utilidad de la terapia y de su satisfacción con la misma. Los participantes cumplimentaron un

test de calidad de vida (DLQI) y de manejo de ansiedad (ISRA) al inicio y una vez finalizado el programa.

Resultados: Los datos obtenidos señalan beneficio subjetivo sobre el manejo de estrés y satisfacción con la terapia grupal.

Conclusiones: Proponemos un manejo psicoterapéutico eficiente, consistente en terapia grupal psicoeducativa, como estrategia adyuvante en pacientes con patologías crónicas con componente psicológico asociado.

4. ANÁLISIS PSICOLÓGICO EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON ACNÉ

A. Fructuoso Castellar y A. Miranda Sivelo

Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial de Palencia. España.

Objetivos: Estudiar los aspectos psicopatológicos así como el impacto psicosocial en una muestra de pacientes con acné.

Material y métodos: Se recogen variables sociodemográficas, clínicas (medición de la gravedad del acné con la *escala de Leeds*) y psicopatológicas (*BDI- versión cribado rápido para pacientes médicos* contemplando la puntuación total e ítem 7- ideación autolítica y Cuestionario *SCL-90-R* utilizando dimensiones psicopatológicas, índice global-GSI, ítem 59-ideación de muerte e ítem 66-sueño) en una muestra de 30 pacientes diagnosticados de acné mayores de 16 años que van empezar tratamiento con isotretinoína y que son derivados a consulta especializada.

Resultados: La edad media fue de $23,2 \pm 7,11$, 15 varones y 15 mujeres. Leeds facial con una media de 3 (acné leve-moderado). La media del BDI- FS fue de $0,8 \pm 1,24$, ningún paciente contesto de forma positiva (> 1) al ítem 7 de ideación autolítica, tan solo 4 pacientes (13,3%) superaron el punto de corte para considerar depresión clínica (≥ 3), siendo en estos pacientes la sintomatología de rango leve (valor máximo = 5). Ninguna de las dimensiones del SCL-90-R ni el índice global-GSI diferían significativamente de las puntuaciones de la muestra de población general normativa. Siendo la hostilidad y el paranoidismo donde se obtienen puntuaciones más elevadas. El análisis por sexo revela diferencias significativas en la hostilidad en los varones con respecto a la muestra normativa y diferencias en hostilidad y ansiedad fóbica entre sexos ($p < 0,05$). Respecto al análisis de los ítems del SCL - 90 -R, el 40% de los pacientes contestó de forma positiva al ítem 59 de ideación de muerte y el 30% al ítem 66 de sueño inquieto o perturbado aunque solo 1 paciente con puntuación elevada.

Conclusiones: No se encontró una repercusión psicosocial importante en nuestra muestra quizás por tratarse de pacientes con acné leve-moderado. Nuestro estudio sugeriría diferencias entre sexos respecto al impacto psicológico del acné, los varones reaccionarían con estados de irritabilidad, rabia y resentimiento mientras que las mujeres con ansiedad social. Según nuestra muestra habría que prestar atención en los pacientes con acné a las ideas de muerte (no autolíticas) que podrían revelar un sufrimiento intrapsíquico.

5. NÓDULOS ERITEMATOSOS RECURRENTES DE MANO Y ANTEBRAZOS EN MUJER DE 44 AÑOS

M. Drabeni^a, J.M. Sánchez-Schmidt^b y M.J. Tribó^b

^aSOS Dermatología. ASS 2. Gorizia. Italia. ^bServicio de Dermatología. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. España.

Introducción: Las paniculitis facticias (PF) son un grupo distintivo de lesiones inflamatorias del tejido subcutáneo, que se distinguen en tres formas principales según el agente etiológico (químico, mecánico, físico), debidas a una acción yatrogénica, accidental o intencional. Se han descritos varios tipos de sustancias autoinoculadas con un propósito terapéutico o cosmético. Cuando el paciente mis-

mo se inflige el daño traumático o químico puede revelar una enfermedad psiquiátrica o una adicción subyacentes. Dependiendo del agente causal las manifestaciones clínicas y histopatológicas son variables. En general la recurrencia y el carácter crónico de las lesiones son caracteres distintivos.

Caso clínico: Paciente de 44 años, médico sin ejercicio (ama de casa) con antecedentes destacables de posible lupus eritematoso sistémico y cervicopatía crónica de causa desconocida con artrodesis de C5-C6, en terapia sistémica con gabapentina, tramadol, metadona, amitriptilina, diazepam y fluoxetina, fue derivada al servicio de Dermatología para la evaluación de múltiples nódulos y placas eritematosas en antebrazos y mano izquierda de carácter recurrente de un año de evolución y aparición de nódulos subcutáneos infiltrados persistentes en pliegues antecubitales. Las lesiones habían requerido en alguna ocasión tratamiento quirúrgico y antibiótico de amplio espectro por abscesificación. Se practicaron diversas biopsias cutáneas detectando paniculitis con signos de necrosis paraseptal y la presencia de material extraño, siendo los cultivos de biopsia para diferentes agentes negativos. En el interrogatorio la paciente reconoció la autoinoculación previa en una sola ocasión de fentanilo en una de las fosas antecubitales, debido a la desesperación causada por su dolor cervical, sin reconocer otros puntos de autoinoculación.

Conclusiones: El diagnóstico de las PF puede ser complejo tanto desde el punto de vista clínico como histológico, por lo que el conocimiento de esta entidad y su sospecha son cruciales para el manejo correcto del paciente. Los indicios clínicos, histológicos y psiquiátricos tienen que ser considerados conjuntamente para el reconocimiento de las PF.

6. SÍNDROME TRÓFICO DEL TRIGÉMINO: A PROPÓSITO DE UN CASO

I. García Díez, M. Sagristà, R.M. Pujol y M.J. Tribó

Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. España.

Introducción: El síndrome trófico del trigémino (STT) es una entidad poco frecuente caracterizada por la triada: anestesia del nervio trigémino, parestesias y ulceración del ala nasal. Ocurre como complicación tras el daño periférico o central del trigémino.

Caso clínico: Mujer de 80 años con antecedentes de depresión, demencia senil y neuralgia del trigémino derecha tratada mediante ablación con hipostesia facial ipsilateral secundaria, en seguimiento en psiquiatría y neurología. Derivada a dermatología para valoración de úlcera indolora localizada en ala nasal derecha con destrucción de la misma. Además presentaba úlcera frontal ipsilateral y múltiples excoriaciones y cicatrices antiguas en el cuerpo. Analítica sanguínea general sin alteraciones. Dada la triada anestesia del trigémino con parestesias y ulceración nasal se orientó como STT.

Discusión: El STT es una entidad rara cuya causa más frecuente es la destrucción del ganglio trigémino para tratar la neuralgia del mismo. También se han descrito otras causas como accidentes cerebrovasculares, neuromas acústicos y post-encefalitis. Afecta más a mujeres y la edad media de aparición son los 57 años. El mecanismo patogénico exacto se desconoce, aunque se especula que se deba a la automutilación inconsciente debida a las parestesias que se producen tras el daño del quinto par craneal. La localización más frecuente de las úlceras es el ala nasal. El diagnóstico diferencial debe realizarse con neoplasias, infecciones, vasculitis y dermatitis facticias entre otras. El tratamiento es complicado y no está protocolizado. Incluye dispositivos locales de protección, curas tópicas, psicofármacos y tratamiento quirúrgico, así como la educación del paciente.

Conclusiones: El SST es una enfermedad infrecuente secundaria al daño del nervio trigémino. El mecanismo patogénico exacto es desconocido, pero se piensa que la automutilación juega un papel im-

portante. El tratamiento es complicado, siendo fundamental evitar la manipulación inconsciente de las lesiones por parte del paciente.

7. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES Y MÉDICOS CON UN CIRCUITO DE TELEDERMATOLOGÍA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA URBANO

D. García Hernández^a, A. Salvador^a, I. Urbiztondo^a, L. Obradors^a, Z. Martí^a, M. Jiménez^a, A. Romagosa^a, M.J. Tribó^b, B. Enfedaque^c y N. Olona^c

^aAtención Primaria Raval Nord. CAP Dr. Lluís Sayé. Barcelona.

^bServicio de Dermatología. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. ^cServicio de Atención Primaria Litoral/Esquerra. Barcelona. España.

Introducción y objetivos: Las hemopatías representan el 10-18% de las consultas al médico de familia (MF) y el acceso al dermatólogo suele ser difícil. En julio 2012 se inició un circuito de teledermatología (TD) en un centro de atención primaria para: mejorar accesibilidad/demora, priorizar patología relevante, incrementar interacción entre profesionales y pacientes y mejorar formación de residentes. Se analizó la satisfacción de pacientes y médicos con este circuito mediante cuestionarios.

Material y métodos: Cuando el MF atiende a un paciente con dermatopatía dudosa programa una "visita virtual" al dermatólogo, adjuntando descripción y fotografía (con/sin dermatoscopia) en la historia clínica, previo consentimiento del paciente. El dermatólogo resuelve mediante: consejo al MF, programación de visita presencial o derivación directa al hospital. La encuesta de satisfacción incluyó 5 preguntas a los pacientes (telefónicas) y 4 preguntas a médicos, puntuándose desde 1 (insatisfecho) hasta 5 (muy satisfecho).

Resultados: Hasta junio de 2013 se realizaron 117 consultas TD (53,85% sin necesitar visita presencial). La demora media de respuesta TD fue 4,81 días y la demora para visita con dermatólogo disminuyó de 50,05 a 17,94 días (periodo 2011-2013). Sobre la satisfacción de pacientes, la puntuación media de las respuestas fue así referente a: información dada (4,73/5), confianza en TD (4,75), demora de respuesta (4,47), tratamiento (4,38) y el circuito en general (4,57). Respecto a la satisfacción de MF, la nota media fue de esta manera: calidad de respuesta (4,91), aprendizaje (4,69), utilidad del circuito (4,93) y el circuito en general (4,89). En las preguntas al dermatólogo, la puntuación media fue así: calidad de fotografías (4,67), calidad de información (4,93), utilidad del circuito (4,49) y el circuito en general (4,79).

Conclusiones: La TD mejoró: accesibilidad (agilizando los diagnósticos y tratamientos) y la relación interprofesional y con pacientes. La satisfacción global de pacientes y médicos fue alta.

Ponencia 4: Dirigiendo, instruyendo y entrenando para conseguir el éxito

1. LA IMPORTANCIA DE LA ENTREVISTA CLÍNICA EN PSICODERMATOLOGÍA: TRES CASOS EN ROLE PLAY

L. Curto, I. García, P. García, R. Rovira, A. Toll y M.J. Tribó

Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. España.

El *role play* es un método educacional ampliamente usado con la finalidad de aprender habilidades comunicativas en el campo de la

educación médica. Se define como una técnica de aprendizaje en la que los estudiantes actúan simulando unas situaciones determinadas (tales como exploraciones o entrevistas en medicina). Con ello se desarrolla el *feedback* de un experto y permite afianzar unas habilidades y una confianza para futuras situaciones reales. Durante los *role plays* el estudiante conceptualiza su papel ("*role*") e improvisa comportamientos profesionales e interpersonales. La entrevista en psicodermatología es fundamental y dista de la habitual en dermatología. No es infrecuente que un dermatólogo con poca experiencia en este tipo de enfermedades no sepa transmitir confianza al paciente y este rechace unas exploraciones, un seguimiento y un tratamiento adecuados. Con el ejercicio de *role play* que se presenta se ha pretendido que los residentes del Servicio de Dermatología del Hospital del Mar aprendiesen a encauzar la entrevista en patologías no infrecuentes en psicodermatología: dismorfofobia, delirium parasitario y síndrome de la boca urente. En estos ejercicios participaron cinco residentes de dermatología y les permitió discutir y mejorar sus habilidades entrevistadoras. Dicha teatralización fue grabada en video y se presentará y discutirá en el curso. En estos videos se simularon tres primeras visitas y permitirán destacar varios aspectos: cuál es la conversación/discurso habitual de los pacientes con estas patologías y como debe encauzar la entrevista el dermatólogo que los interroga con varias finalidades: crear una relación de confianza y conseguir llegar a un diagnóstico y tratamiento adecuados.

Ponencia 5: Trastorno dismórfico corporal y dermatosis autoinfligidas

1. EL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL EN ADOLESCENTES

S.E. Marrón^{a,c} y L. Tomás-Aragón^{b,c}

^aHospital de Alcañiz. Teruel. España. ^bUniversidad de Zaragoza. Zaragoza; ^cInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Zaragoza. España.

El trastorno dismórfico corporal (TDC) es un trastorno mental cuyo diagnóstico y tratamiento suponen un reto para el profesional de la salud. Es un trastorno que suele ir acompañado de sufrimiento para quien lo padece. Es frecuente tardar años en buscar ayuda profesional y cuando se hace es para consultar sobre sintomatología comórbida como es la depresión, la ansiedad o la fobia social. Algunos acuden al dermatólogo o al cirujano plástico, en busca de una solución a su "imperfección". Es un trastorno que suele manifestarse en la adolescencia y debido a las características psicológicas, propias de esta fase evolutiva, resulta difícil distinguir entre la sintomatología que puede producir una búsqueda de identidad y aquella de un trastorno mental como es el TDC. En la adolescencia se producen muchos cambios físicos que requieren un proceso de adaptación con el fin de crear una imagen corporal e identidad propia. En algunos casos, este proceso puede resultar en una "crisis" de identidad. El TDC se caracteriza por una preocupación excesiva sobre alguna pequeña "imperfección", bien sea real o imaginaria. La preocupación debe causar un malestar importante e incapacidad funcional en la persona que lo padece. Su prevalencia esta en torno al 1% en la población, sin embargo, en Dermatología hay estudios que refieren entre un 9-12%. Es un trastorno infradiagnosticado, que se mantiene "secreto" y que puede llevar a la ideación suicida en los casos más graves. Algunos jóvenes con acné que acuden al

dermatólogo pueden tener TDC y por ello es importante informar y formar a los especialistas para que puedan identificar posibles casos y derivar a un especialista de salud mental, o por lo menos poder informar al interesado y a su familia de la enfermedad así como de las opciones terapéuticas disponibles.

2. LO QUE SE VE EN LA PIEL. DERMATOLOGÍA PSQUIÁTRICA DEL ADOLESCENTE

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

^aHospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^bHospital Clínico San Carlos. Madrid. Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. España.

Introducción: El adolescente soporta situaciones físicas cambiables derivadas de las hormonas que presiden un desarrollo corporal rápido y un psiquismo complejo proclive a la impulsividad.

Material y método: La maduración orgánico-psicológica del ser humano es desigual. Las concentraciones de metabolitos de la dopamina (predominantes y proclives a la impulsividad) y la serotonina (menores y de tipo inhibitor) alcanzan los niveles adultos a partir de la edad de 16 años. Al lado de estas sustancias, la corteza prefrontal va madurando apoyada en procesos motivacionales que llevarán a comportamientos basados en la experiencia, en la edad adulta. Todos estos hechos justifican la mayor prevalencia de trastornos obsesivos compulsivos como la tricotilomanía, o la mayor incidencia de depresión frente a enfermedades estigmatizantes como el acné.

Discusión y conclusiones: La dopamina y la serotonina son los principales efectores de las conductas de impulsividad e inhibición en el adolescente. El conocimiento de estos hechos ayuda al tratamiento de las repercusiones de la mente en la piel y de la piel en la mente del adolescente, con un manejo adecuado de psicofármacos junto a otras técnicas.

3. DERMATITIS AUTOINDUCIDAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. CASOS CLÍNICOS

J.M. Sánchez-Schmidt^a, M.J. Tribó^a y X. Bordas^b

^aServicio de Dermatología. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. ^bServicio de Dermatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. España.

Se definen como dermatosis autoinducidas aquellas lesiones cutáneas que aparecen de manera secundaria a un comportamiento patológico. Se trata de cuadros infradiagnosticados en general y de manera más frecuente en la infancia. A menudo el diagnóstico se establece por exclusión. Dentro de las dermatosis autoinducidas en la infancia destacan la tricotilomanía, las excoriaciones neuróticas y las dermatitis artefactas. Un trastorno psiquiátrico subyacente en la edad infantil o adolescencia puede dar lugar a comportamientos conscientes o inconscientes que provoquen lesiones autoinfligidas. En el caso de la tricotilomanía o las excoriaciones, se produce una conducta sin el objetivo de ganancia, sino simplemente el de satisfacer un estrés emocional o necesidad psicológica interna. En cambio, las dermatitis artefactas se desarrollan en el contexto de un comportamiento autolesivo absolutamente consciente con el fin de obtener un beneficio. En la evaluación de las dermatosis autoinducidas en la infancia va a ser fundamental el abordaje global psico-social en colaboración con los padres, atendiendo sobre todo los conflictos que puedan surgir en el seno del entorno familiar y escolar. Con el objetivo de establecer el tratamiento específico más adecuado, se deberán atender las características del proceso psicopatológico subyacente y definir si se trata de un trastorno obsesivo-compulsivo, ansiedad, trastorno de la personalidad, trastorno dismórfico o depresión. Aunque las dermatosis autoinducidas son procesos crónicos que requieren numerosas consultas a lo largo de

su evolución, en la infancia acostumbran a tener buen pronóstico, en ocasiones con resolución espontánea. El tratamiento va a basarse en técnicas de psicoterapia aunque en ocasiones se deberá contemplar con tratamiento farmacológico.

4. AUTOMUTILACIÓN EN ANIMALES DE COMPAÑÍA: UN MODELO DE ESTUDIO EN PSICODERMATOLOGÍA

J. Fatjó Ríos

Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal. UAB-INAD. Barcelona. España.

Las conductas que resultan en autolesión o automutilación son un problema veterinario importante, y además constituyen un excelente modelo para profundizar en la patofisiología de los problemas de autolesión del ser humano. Los patrones clínicos más frecuentes en el perro son la lesión de la cola y la dermatitis acral por lamido, y en el gato la lesión de la cola y la alopecia psicógena. Los factores de riesgo son diversos e incluyen tanto elementos propios del individuo como del ambiente. En relación con la predisposición genética, algunos patrones son más comunes en ciertas razas, como la persecución y autolesión de la cola en el pastor alemán o la alopecia psicógena en el siamés. Los problemas compulsivos derivan de conductas normales de la especie, como el acicalamiento, que en algún momento ven alterados sus mecanismos de regulación. Así, en situaciones de conflicto o de frustración un animal puede manifestar una de esas conductas, aparentemente con el objetivo de reducir el estrés que padece en ese instante. Con el tiempo, el comportamiento se inicia con independencia del contexto que originariamente provocaba su aparición y, una vez puesto en marcha, el animal tiene muchas dificultades para detenerlo. Desde un punto de vista neurofisiológico, el estriado ventral es una estructura clave en la puesta en marcha de estas conductas en su primera fase de desarrollo. Con el tiempo y el avance del cuadro clínico, el control se traslada al estriado dorsal y se convierte en una compulsión. En esta migración neurofisiológica intervienen el hipocampo, la amígdala y otras estructuras del córtex frontal. El tratamiento de un comportamiento compulsivo exige la aplicación de medidas de manejo ambiental, la realización de ejercicios específicos de modificación de la conducta problemática y la utilización de psicofármacos, entre ellos la fluoxetina.

5. CONDUCTAS ADICTIVAS EN PSICODERMATOLOGÍA: CONSECUENCIAS DE LA DISMORFOFOBIA Y OTROS TRASTORNOS

C. Mur de Viú^a, S. Fuentes^b, I. Pérez Zarazaga^c, M.A. Sánchez González^d y R. Ramírez Parrondo^e

^aPsiquiatra; ^bPsiquiatra y Médico Especialista en Rehabilitación. Hospital Instituto Psiquiátrico SSM José Germain. Leganés. Madrid. España. ^cDermatóloga. Clínica Teknon. Barcelona. España. ^dPsiquiatra. Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma de Madrid. España. ^eMédico de Familia. Clínica Universitaria de Navarra. España.

La dismorfobia o trastorno dismórfico corporal (TDC) se define como una preocupación persistente y excesiva por un defecto físico imaginario; afecta tanto a hombres (0,6%) como a mujeres (0,7% población general femenina). En la consulta del médico dermatólogo y de otros especialistas asociados a la imagen corporal (cirujanos plásticos, esteticistas) puede llegar a tener una prevalencia que oscila entre 7-15%. La rinoplastia y el agregado de colágeno en los labios son las intervenciones que más se realizan estos pacientes. Es más común en personas que padecen trastorno obsesivo-compulsivo o rasgos anancásticos de personalidad. Existe una importante comorbilidad con otras conductas adictivas, como el abuso de sustancias (cocaína, estimulantes, alcohol) y relacionadas con la conducta

alimentaria. Su perfeccionismo exagerado conduce a cirugías repetitivas, abordables desde la psicoterapia cognitivo-conductual con el apoyo farmacológico preciso (ISRS). Existen algunas variantes del trastorno dismórfico corporal cuya prevalencia ha aumentado significativamente: la tanorexia, la tanofobia y la vigorexia. En los tanoréxicos destacan síntomas de ansiedad por no perder el tono de piel, competencia obsesiva con otros y distorsión de la percepción. Tiene numerosas consecuencias a nivel dermatológico (aumento de arrugas y manchas, envejecimiento de la piel, queratosis solar...). La tanofobia es una entidad de descripción más reciente y habla del miedo irracional al sol, con el peligro consiguiente de la fotoprotección extrema: riesgo de déficit de vitamina D, el cual puede producir cáncer colorrectal, de mama o próstata. La vigorexia es un trastorno caracterizado por una preocupación obsesiva por el físico debido a la distorsión de la imagen corporal, en especial de la masa muscular. Además de cambios drásticos en la dieta (aumento de proteína y carbohidratos, descenso de lípidos), síntomas muy frecuentes son: baja autoestima, astenia, anhedonia, trastorno de ansiedad generalizada con cortejo vegetativo -taquicardias, mareos, convulsiones- e insomnio mixto. El abordaje psicoterapéutico es la base del tratamiento a medio plazo.

6. LOS VALORES DEL PACIENTE. CONFERENCIA MAGISTRAL

F. Solsona

Jefe del Servicio de la UCI. Presidente del Comité de Ética. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Profesor de Bioética. Clínica UPF. Barcelona. España.

El positivismo del siglo XIX nos convenció a los profesionales de la salud que la medicina no podría ser científica sin atenerse de un modo riguroso al régimen de los hechos. La medicina no tiene nada que ver con las emociones y los valores, sino con hechos. La salud es un hecho y la enfermedad debe ser conceptualizada también como un hecho. Un buen médico es el que sabe eso. Al médico clásico se le ha entrenado en el correcto manejo de estos hechos que llamamos clínicos. En estos debe basarse la decisión básica del acto médico que es el diagnóstico. La tesis positivista es que la inclusión de otro factor sería directamente perturbadora. El médico no debe tener en consideración todas aquellas otras dimensiones de la vida del paciente. Estas dimensiones no son otras que los valores. Esto ha cambiado últimamente. Hoy consideramos que los valores pueden y deben jugar un papel importantísimo en medicina, y que por lo tanto deben ser tenidos en cuenta por el profesional. Así pues, el paciente cuando entra en la consulta médica no deja aparcaados fuera sus valores, sino que entra con ellos. Y los valores, o sea la estimación de las cosas, es lo más importante que tenemos los seres humanos. Por los valores hasta se mata. Sin embargo nuestra formación en valores es prácticamente nula. Hasta hace poco, bioética clínica no figuraba en los planes docentes de las universidades. Y sin embargo, en el día a día los profesionales nos enfrentamos a situaciones que tienen mucho que ver con los valores del paciente. El rechazo a aceptar tratamientos eficaces, la valoración de la capacidad del paciente o la toma de decisiones para el futuro son un buen ejemplo de ello.

Ponencia 6: Terapéutica

1. NUEVAS DIANAS TERAPÉUTICAS EN LOS TRASTORNOS PSICODERMATOLÓGICOS

S. Ros Montalbán^a y E. Ros Cucurull^b

^aHospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. ^bServicio de Psiquiatría. Hospital Vall d'Hebron. Instituto Internacional de Neurociencias Aplicadas (IINA). Barcelona. España.

Las enfermedades psicósomáticas, aquellas fuertemente influidas por factores psicológicos o por el estrés, son muy frecuentes en dermatología. Aproximadamente el 40% de los pacientes que consultan al dermatólogo presentan quejas que correlacionan con alteraciones psicopatológicas. Los trastornos psicósomáticos dermatológicos abarcan las dermopatías en las que influyen factores psicológicos, y las enfermedades psíquicas en las que la piel es afectada por los trastornos del pensamiento, la conducta o la percepción. Además, tanto la piel como el sistema nervioso se desarrollan a partir del mismo origen embriológico, el ectodermo; partiendo de células embrionarias con sus etapas cronológicas bien definidas. El ectodermo se divide en dos capas germinales, que dan lugar al sistema nervioso, una de las cuales origina el cerebro y la piel. Es fácil, por tanto, deducir la posibilidad de frecuentes interacciones entre piel y psique en el organismo desarrollado. Se han definido algunos conceptos psicogénicos para explicar la provocación de lesiones cutáneas por factores psicológicos o por episodios vitales estresantes; sin embargo, estas interpretaciones no descartan, sino reafirman la existencia de un sustrato bioquímico en las enfermedades psicósomáticas cutáneas. La influencia de determinadas experiencias psicológicas en la piel presupone la existencia de mensajeros químicos que trasladan la emoción o el estrés a una determinada lesión cutánea. El DSM-IV-TR semiológicamente diferencia los factores psicológicos que influyen en las enfermedades dermatológicas (psoriasis, dermatitis atópica), los trastornos somatomorfos o alteraciones cutáneas que no pueden explicarse solo por una dermopatía conocida (prurito idiopático, trastorno dismorfófico corporal), el trastorno delirante de tipo somático (parasitosis delirante, delirio dismórfico corporal), las dermopatías asociadas al trastorno del control de impulsos (excoriaciones psicógenas, tricotilomanía, onicofagia) y los trastornos facticios (dermatitis facticia o artefacta, púrpura psicógena). La complejidad psicopatológica y nosotóxica de este modelo común a dos especialidades médicas va a implicar terapéuticas psicofarmacológicas poco precisas, ausencia de estudios clínicos sistematizados que soporten indicación específica, investigaciones con número reducido de casos y frecuentes "a propósito de un caso único". No obstante, cuatro familias farmacológicas, antidepresivos, antipsicóticos, anticonvulsivantes y ansiolíticos, van a dar soporte a la terapéutica de un constructo clínico tan frecuente como difícil en su manejo.

2. LOS NERVIOS A FLOR DE PIEL: TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS

N. Casanova Alba^a y E. Ros Cucurull^b

^aInstituto Internacional de Neurociencias Aplicadas (IINA). Barcelona. ^bServei de Psiquiatría. Hospital Vall d'Hebron. Instituto Internacional de Neurociencias Aplicadas (IINA). Barcelona. España.

Se estima que el 30% de los pacientes con patología cutánea presenta alteraciones psicológicas o psiquiátricas. No es de extrañar si tenemos en cuenta el origen embriológico común de la piel y el sistema nervioso central, o bien que algunas enfermedades dermatológicas comprometan la autoimagen del paciente que las padece provocándole alteraciones en la esfera anímica y/o relaciones personales. A partir de estas premisas, las distintas orientaciones psicológicas intentan establecer tratamientos efectivos; no obstante disponemos de pocos estudios empíricos, con muestras reducidas o bien estudios de casos que nos permitan establecer unos protocolos de actuación eficaces para su tratamiento. Sin embargo, desde equipos interdisciplinarios se está realizando un arduo trabajo para responder a las necesidades de nuestros pacientes y poder establecer unas directrices generales de actuación.

3. UNIDADES DE PSICODERMATOLOGÍA: DERMATÓLOGOS Y PSIQUIATRAS TRABAJANDO JUNTOS. DERMATITIS ARTEFACTA: FABRICANDO LESIONES

G. Parramon Puig^a y G. Aparicio Español^b

^aServicio de Psiquiatría. Unidad de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace; ^bServicio de Dermatología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. España.

La dermatitis artefacta o patomimia pertenece al espectro de los trastornos facticios. Se define como toda enfermedad dermatológica con lesiones provocadas por el paciente en su propia piel, negando siempre su participación. El paciente crea lesiones en la piel para satisfacer la necesidad psicológica de recibir cuidados al asumir el papel de enfermo. Debe distinguirse de otras lesiones autoinfligidas: trastorno por excoriación, prurigo, lesiones de rascado en el delirio de parasitación, simulación. El reconocimiento de una dermatitis artefacta no es siempre fácil. Hay una serie de datos que nos pueden hacer sospechar un origen facticio de las lesiones. Es más frecuente en mujeres jóvenes (15-25 años de edad), son lesiones polimorfas, presentan trayectos lineales, angulares o patrones geométricos, rodeadas de piel sana, localizadas en lugares accesibles a la manipulación, predominan en el lado contralateral a la mano dominante y están en diferentes estadios de curación entre otras características. La mayoría de veces se trata de pacientes con trastornos de personalidad, especialmente trastorno límite o antisocial. El tratamiento y el pronóstico de la dermatitis artefacta dependen del trastorno psicopatológico subyacente. Presentamos el caso de una mujer de 65 años, con antecedentes de linfoma B difuso de células grandes tratado en 2008 con quimioterapia y radioterapia, actualmente en remisión completa, diabetes mellitus, hipotiroidismo y síndrome depresivo. Realizaba tratamiento con levotiroxina, metformina, lormetazepam, paroxetina, flunitracepam y alprazolam. Consulto al Servicio de Dermatología de forma reiterada por lesiones sugestivas de patomimia, la paciente negaba su autoría. Se realizó estudio histológico para descartar otras posibles etiologías. Todo resultó normal y las lesiones se autolimitaron.

Reunión del Grupo de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI) en el 42 Congreso Nacional de la AEDV

Gran Canaria, 6 de junio de 2014

Simposio: Avances en dermatología psiquiátrica 2014

1. LESIONES FACTICIAS DE LA MANO: CASO CLÍNICO EN DERMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

H.A. Borja-Consigliere^a, M. Asunción Landa^b, A. López-Pestaña^a y A. Tuneu-Valls^a

^aSección de Dermatología; ^bServicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. Guipuzkoa. España.

Introducción: Los trastornos facticios corresponden a alteraciones psiquiátricas en que el paciente se produce una enfermedad cutánea. Las lesiones facticias de la mano se clasifican en úlceras, linfedema y posturas disfuncionales. Pueden tener consecuencias graves como pérdida funcional y amputación.

Caso clínico: Mujer de 41 años con síndrome ansioso depresivo en tratamiento con venlafaxina y bromazepam, y fumadora de 20 cigarrillos al día, que en julio de 2013 comenzó con paresia facial derecha a lo que un mes después se añadió hipostesia táctil hemi-corporal derecha y edema en la mano del mismo lado, siendo diagnosticada de afectación neurológica progresiva por trastorno conversivo. En noviembre de 2013 se añadió paresia braquio-cubital y la mano evolucionó con mayor edema y flictenas hemorrágicas. El estudio histológico mostró necrosis focal de epidermis, dermis e hipodermis, con marcado componente inflamatorio de predominio agudo y focos de hemorragia, sin vasculitis. En diciembre de 2014 las lesiones de la mano consistían en úlceras y placas necróticas en dedos y dorso, con importante edema desde la muñeca y con una banda compresiva bajo esta. Se realizó un amplio diagnóstico diferencial que incluyó loxocelismo cutáneo, arteritis de Takayasu, granulomatosis de Wegener, síndrome de Sneddon, trastorno conversivo y dermatitis artefacta. La incongruencia en la exploración neurológica y la ausencia de alteraciones en las pruebas realizadas permitió llegar al diagnóstico de trastorno conversivo sensitivo-motor asociado a lesiones facticias de la mano.

Discusión: La incapacidad de resolver conflictos intrapsíquicos, junto a una pulsión de muerte no inhibida, puede generar conductas automutilantes que se manifiestan como lesiones facticias. Para su diagnóstico es importante tener un alto índice de sospecha, ya que generalmente el paciente no reconoce que se trata de lesiones autoinducidas. Su manejo es difícil y debe ser abordado de forma multidisciplinar.

2. ¿QUÉ HAY DE NUEVO EN DERMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA? 2013-2014

E. Samaniego González^a y M.J. Tribó Boixareu^b

^aServicio de Dermatología. Complejo Asistencial de León. España.

^bServicio de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona. España.

Objetivos: Selección de artículos novedosos y/o de interés publicados en el campo de la psicodermatología en el último año.

Material y métodos: Búsqueda bibliográfica en PubMed.

Resultados: 241 artículos del 1 de abril al 24 de marzo de 2014. Los temas con mayor número de publicaciones fueron: tricotilomanía y glosodinia con más de 50 publicaciones, seguida de trastornos facticios. Se seleccionan 15 artículos que, agrupados por temas, son: 1) Delirio de infestación: el primer estudio observacional sobre la adherencia al tratamiento. 2) Trastorno de control de impulsos: un estudio de la Cochrane sobre la eficacia de los tratamientos farmacológicos en tricotilomanía. Un estudio sobre las implicaciones clínicas de los nuevos criterios de clasificación del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) incluidos en el DSM-5 (integrado en "El trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados (OCRDs): TOC, el trastorno dismórfico corporal, la tricotilomanía, trastorno de excoriación, trastorno de acumulación). Estudio sobre el perfil de riesgo genético y ambiental en el TOC. Una revisión del trastorno dismórfico corporal. Un artículo sobre los trastornos del comportamiento relacionados con la piel en pequeños mamíferos. 3) Trastornos facticios: artículo sobre el reconocimiento precoz y manejo de la enfermedad infantil inducida. Una revisión de los trastornos facticios y simulación. 4) Dinias: actualización de las guías de la vulvodinia. Un artículo sobre los factores de riesgo asociados a la vulvodinia. Otro estudio sobre los síntomas dolorosos en pacientes con fibromialgia asociada o no a vulvodinia provocada. Un artículo sobre la eficacia de

milnaciprám en una paciente afectada de glosodinia. Un artículo sobre 3 casos de síndrome trófico del trigémino afectando al cuero cabelludo. Otro estudio sobre las neuropatías de pequeña fibra y piel. 5) Unidades de psicodermatología. Situación actual y recursos mínimos necesarios de los servicios de psicodermatología en UK.

Conclusiones: La actividad investigadora en psicodermatología es esencial para avanzar en el diagnóstico y manejo de estas patologías.

3. ¿PIENSA LA POBLACIÓN GENERAL QUE LA DERMATOLOGÍA ESTÉTICA MEJORA SU BIENESTAR PERSONAL? ¿HAY DIFERENCIAS EN LA OPINIÓN ENTRE HOMBRES Y MUJERES?

M.C. Martínez-González^a, R.A. Martínez-González^b
y A. Guerra-Tapia^c

^a*Dermatóloga. Práctica Privada. Oviedo. Asturias. España.*

^b*Profesora. Titular de Universidad del Departamento de Ciencias de la Educación. Universidad de Oviedo. Asturias. España.* ^c*Jefa de Sección. Hospital Universitario 12 de Octubre. Profesora Titular de Dermatología. Universidad Complutense de Madrid. España.*

Introducción: La Dermatología Estética-Cosmética es aquella parte de la Dermatología que se ocupa del cuidado de la piel como parte de la belleza y la imagen de una persona. Para saber cómo percibe la población general la contribución de la Dermatología Estética a su bienestar emocional se ha construido el cuestionario DEBIE.

Objetivo: Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en función del sexo en el valor que atribuye la población general a la Dermatología Estética como un factor influyente en el bienestar personal.

Material y métodos: Se diseña y analiza la estructura del cuestionario DEBIE (ítems de respuesta cerrada tipo Likert, con cuatro alternativas y dos bloques de contenido: valoración del bienestar psicológico subjetivo y de la percepción de la persona sobre la Dermatología Estética y su contribución a dicho bienestar psicológico). Todo se precede por datos sociodemográficos básicos, entre ellos el sexo. Tras la aplicación del cuestionario en población general se obtiene una muestra de 770 sujetos. Se construye una base de datos (SPSS) y se realizan los correspondientes análisis estadísticos (entre otros análisis factorial del cuestionario y el análisis de varianza de estos factores en función del sexo).

Resultados y discusión: Se obtiene una estructura factorial de siete factores: Factor 1: "Efectos positivos de la Dermatología Estética"; Factor 2: "Optimismo y autoestima"; Factor 3: "Información sobre la Dermatología Estética"; Factor 4: "Importancia del aspecto estético de la piel"; Factor 5: "Motivación"; Factor 6: "Preocupación por el aspecto estético de la piel"; Factor 7: "Asertividad y salud". Los índices de fiabilidad (Alpha de Cronbach) superan en

todos los casos el valor 0,7 lo que indica niveles adecuados de fiabilidad. Los análisis de varianza en función del sexo indican diferencias estadísticamente significativas en todos los factores excepto en el Factor 6.

4. DERMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DEL PACIENTE TRASPLANTADO

E. González Guerra

Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. España.

Introducción: El trasplante de órganos sólidos ha pasado de ser una práctica médica excepcional a una actividad terapéutica rutinaria. Los avances en la fisiología, inmunología, farmacología y técnicas quirúrgicas han conseguido aumentar la esperanza de vida de los pacientes trasplantados. Sin embargo, la experiencia de un trasplante puede resultar abrumadora. Para muchos puede significar una cura pero en otros casos puede conducir a la muerte. Toda la ansiedad generada a lo largo de este proceso puede desencadenar cuadros psiquiátricos que no existían y que pueden ser contraindicación eventual o absoluta. Se ha demostrado que el control precoz de los síntomas psiquiátricos reduce la morbilidad postrasplante, disminuye el rechazo, aumenta la supervivencia del órgano y produce una reducción de costes. El cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) es uno de los tumores más frecuentes en la población trasplantada debido a la inmunosupresión, que genera una elevada morbimortalidad. El CCNM presenta un comportamiento más agresivo en estos pacientes y un peor pronóstico. Exponemos los datos de un estudio realizado en la Universidad Complutense de Madrid cuyo objetivo es valorar la calidad de vida de pacientes con trasplante renal y CCNM, utilizando el índice de cáncer de piel (SCI) y comparar estos resultados con los obtenidos con la misma escala en otros estudios.

Resultados: Las puntuaciones obtenidas en el SCI en este estudio indican una mínima afectación de la calidad de vida en relación con el CCNM en pacientes trasplantados. No se han observado diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos ni en función del tipo de cáncer padecido. Al comparar nuestros resultados con los de otro estudio realizado con SCI en población general con CCNM, observamos que la calidad de vida es significativamente mayor ($p < 0,001$) en los pacientes trasplantados con CCNM que en la población general con CCNM.

Discusión: Los pacientes con CCNM trasplantados de riñón, a pesar del peor pronóstico de las lesiones cutáneas frente a la población general, tienen una mínima alteración de la calidad de vida en relación con su tumor a diferencia de lo que ocurre en el resto de la población. Esto se puede explicar por la capacidad de afrontamiento, equilibrio emocional, familiar y social que tienen y que los diferencia del resto de los pacientes.