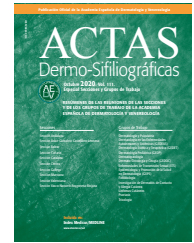




# ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



## RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE DERMATOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

### XIV Reunión del Grupo de Dermatología y Psiquiatría Barcelona, 22 y 23 de marzo de 2019

#### 1. LESIONES AMPOLLOSAS EN DEDOS QUE CONDICIONAN POSTERIOR AMPUTACIÓN

D. López Castillo<sup>a</sup>, Á. March Rodríguez<sup>a</sup>, L.M. Martín López<sup>b</sup> y M.J. Tribó Boixareu<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Psiquiatría. Hospital del Mar - Parc de Salut Mar. Barcelona. España.*

Presentamos el caso de una mujer de 49 años con antecedentes médicos de enfermedad renal crónica con trasplante renal y amputación del quinto dedo de la mano derecha tras un traumatismo. La paciente es valorada en diversas consultas de urgencias dermatológicas por presentar amplias ampollas flicáidas bien delimitadas en cervical posterior y muslo izquierdo sin referir traumatismo previo, así como múltiples erosiones en dorso de dedos de manos bilateral. Se realizaron cuatro biopsias sin detectar hallazgos específicos y tres detecciones de inmunofluorescencia directa que resultaron negativas. El estudio de porfirias, trombofilia y detección de anticuerpos específicos de enfermedades ampollas resultaron no alterados, orientando el caso como sospecha de dermatosis artefacta. La paciente presentó mala evolución de una zona previamente biopsiada en dorso de tercer dedo de mano izquierda, con sobreinfección sin respuesta a múltiples ciclos antibióticos, llegando a requerir la amputación radial del dedo. Tras este hecho, la paciente expresa una mejoría de su estado general así como la verbalización del deseo de amputación del muñón residual del quinto dedo de mano derecha. Tras valoración por Psiquiatría, que descartó ideación psicótica y alteración de la percepción de imagen, se realizó el diagnóstico diferencial con una variante del trastorno de identidad de la integridad corporal (TIIC). Esta entidad se caracteriza por el deseo de adquirir la amputación o paralización de un miembro sano por un desajuste entre el esquema corporal mental y la forma física del cuerpo, asociado a un intenso estado de insatisfacción que implica una gran afectación de la calidad de vida. Los afectos realizan autoamputación o autolesión repetida del miembro hasta que requiere de intervención quirúrgica, tras lo cual expresan sentirse acordes y satisfechos con su cuerpo con mejoría de la calidad de vida. Reportamos un caso de sospecha de dermatosis artefacta con características de TIIC.

#### 2. PSICODERMATOLOGÍA: COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y DERMATOLOGÍA

P. Martínez Blanco<sup>a</sup>, A. Taberner Panella<sup>a</sup>, D. García Hernández<sup>a</sup> y M.J. Tribó Boixareu<sup>a,b</sup>

*<sup>a</sup>Equipo de Atención Primaria Raval Nord (CAP Dr. Lluís Sayé).*

*<sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona. España.*

**Introducción y objetivos.** La Atención Primaria (AP) es la puerta de entrada de numerosas patologías, entre ellas las psicodermatológicas (PD). Hasta el 17% de los motivos de consulta en AP son dermatológicos y/o de salud mental. Por esto, se pretende revisar las PD más prevalentes en AP y proponer un protocolo de actuación y coordinación con distintos niveles asistenciales para mejorar la atención continuada al paciente dado el manejo multidisciplinar requerido.

**Métodos.** Se revisa bibliografía sobre patología PD en AP en Pubmed. Posteriormente, se realiza una búsqueda de datos estadísticos recientes según el Ministerio de Sanidad Español (MSE) y del registro de la Historia Clínica de AP sobre PD en nuestro centro. En base a la experiencia de coordinación entre AP y la dermatóloga experta en PD de nuestro ámbito, se proponen protocolos de actuación y enlace con la atención especializada.

**Resultados.** Se revisaron 3 artículos sobre PD en AP. Según el MSE, los motivos de consulta por patología dermatológica y psicológica aumentaron (24,1% y 21,7% respectivamente) entre 2014-2016, con un total de 49.537.322 de consultas en 2016. En nuestro ámbito, en los últimos 3 años, destaca el diagnóstico de los trastornos de sensibilidad cutánea. Se registraron (teniendo en cuenta las limitaciones del CIE10) 30 casos de síndrome de boca urente (SBU), 15 de vulvodinia y 300 de prurito crónico. Para su manejo inicial, se siguieron las indicaciones de la dermatóloga, conforme a las reuniones conjuntas del equipo, donde se acordaron los protocolos de diagnóstico, seguimiento y derivación de cada patología; con buena aceptación de pacientes y profesionales.

**Conclusiones.** Las consultas por problemas psicológicos y dermatológicos aumentaron en AP. La existencia de protocolos de actuación consensuados y la buena comunicación interprofesional facilita la atención multidisciplinar de los pacientes con PD.

### 3. PSORIASIS MODERADA-SEVERA ASOCIADA A RIESGO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD: ESTUDIO DE 300 PACIENTES

M. Ferran, M.J. Tribó y F. Gallardo

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

La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel asociada a considerables comorbilidades físicas y psicológicas. Afecta alrededor del 2,3% de la población española. Se ha detectado una prevalencia creciente, probablemente a causa de una mayor conciencia y diagnóstico precoz en vez de un incremento del número total de casos. Es probable que los individuos presenten diferentes niveles de severidad de la enfermedad a lo largo de su vida y experimenten remisiones espontáneas y brotes durante el curso. La patogenia de la psoriasis no se comprende completamente pero incluye factores hereditarios y ambientales. Se considera que la psoriasis es una enfermedad psicofisiológica, una condición dermatológica que puede evolucionar influenciada por aspectos psicológicos. Los pacientes a menudo señalan el estrés como un factor exacerbante. El actual estudio pretende evaluar el impacto de los eventos psicosociales o trastornos del humor sobre la población psoriática y explorar su vínculo con la calidad de vida (QV) y estado de salud relacionado con la gravedad de la enfermedad de la piel. Para llevar a cabo esto, 300 individuos con psoriasis con diferentes niveles de gravedad de enfermedad completaron diversos cuestionarios validados que evaluaban el estrés y estado de ánimo psicológico. En la evaluación también se midió la percepción de la enfermedad. Se observó una asociación significativa entre la severidad y el estado de ánimo en la psoriasis, trastornos emocionales y el impacto en la calidad de vida. Particularmente, la escala Montgomery-Asberg de valoración de la depresión, la escala de calificación de Hamilton y la escala de ansiedad y depresión hospitalaria para la depresión detectaron un riesgo significativo de depresión en relación con la gravedad de la enfermedad. La asociación entre rasgos de depresión, ansiedad y estrés percibido en la psoriasis puede influir en la gestión adecuada de la enfermedad.

### 4. VULVODINIA: ALGORITMO TERAPÉUTICO

M.J. Tribó Boixareu

*Servei de Dermatologia. Hospital Del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. España.*

La vulvodinia es un trastorno donde típicamente hay dolor crónico vulvar. La intensidad del dolor varía desde leve a insoportable, pudiendo ser provocado, espontáneo o ambos. Se presenta en más del 8% de la población femenina. Aún así, la información sobre la incidencia es limitada así como del conocimiento de los factores de riesgo que conducen a dicha patología. Las mujeres que sufren dolor vulvar a menudo no son bien evaluadas y acaban siendo infradiagnosticadas. Se trata de una patología compleja que con frecuencia es frustrante tanto para el médico como para la paciente. Es importante reconocer que la resolución rápida de dolor vulvar sintomático es inusual incluso con una terapia apropiada y que no hay un tratamiento gratificante en todas las mujeres. La mitigación del dolor puede durar semanas o meses y puede no ser completa. Las expectativas de mejora tienen que ser realistas abordándolas con la paciente. El apoyo emocional y psicológico es importante así como terapia sexual y los consejos pueden ser beneficiosos. A pesar de muchos estudios publicados sobre el tratamiento del dolor vulvar, el manejo debe ser individualizado para cada paciente. La investigación futura debe apuntar a la evaluación de un enfoque multimodal junto con más investigaciones sobre la etiología. Presentamos un algoritmo diagnóstico y terapéutico basándonos en nuestra experiencia personal, tanto clínica como de investigación.

### 5. PÚRPURA EN ENCAJE EN UN PACIENTE CON ANOREXIA NERVIOSA: NO TODA PÚRPURA ES ESCORBUTO

O. Corral-Magaña<sup>a</sup>, S. González-Lago<sup>b</sup>, A. Martín-Santiago<sup>a</sup> y J. Escalas<sup>a</sup>

*Departamento de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Pediatría. Hospital Universitari Son Espases. Palma. España.*

**Introducción.** La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno de la alimentación cuya prevalencia se encuentra entre el 0,3-0,5% de los adolescentes. A pesar de su origen psiquiátrico, esta enfermedad produce numerosos trastornos orgánicos consecuencia del estado de malnutrición que la acompaña, siendo la piel uno de los principales órganos afectados.

**Caso clínico.** Presentamos un varón de 16 años de edad ingresado en la unidad de psiquiatría infantil de nuestro centro bajo el diagnóstico de AN. Los meses previos había perdido 51 Kg de peso consecuencia de incrementos en la actividad física y una dieta completamente restrictiva alcanzando un IMC de 13,7. Durante el ingreso, presentó la aparición súbita de un exantema reticulado y purpúrico de predominio en costados y de origen desconocido no asociado a agresiones físicas. No asociaba otras alteraciones en pelo ni uñas, así como tampoco sangrados en mucosas. Se realizó biopsia cutánea que presentaba atrofia cutánea. Bajo estos hallazgos y sin alteraciones analíticas que justificasen el cuadro se diagnosticó de púrpura reticulada difusa asociada a la anorexia nerviosa (PRD-AN). Las lesiones autorresolvieron mientras el paciente seguía incrementando de peso.

**Discusión.** La PRD-AN ha sido descrita en pequeñas series de casos previas. Se considera una manifestación severa de la AN. Su patogénesis es desconocida. A la exploración física los pacientes presentan una imagen característica de púrpura reticulada. Su diagnóstico diferencial debe ser con otras dermatosis asociadas a estados de malnutrición, principalmente el escorbuto, los traumatismos y las púrpuras secundarias a las conductas purgativas. Presentamos el caso por su rareza, siendo preciso conocerlo para realizar un correcto diagnóstico diferencial en estas situaciones para evitar pruebas innecesarias y calmar la ansiedad que puede ocasionar en los pacientes y equipo sanitario.

### 6. IMPACTO DE LA ALOPECIA FEMENINA EN LA CALIDAD DE VIDA MEDIDA A TRAVÉS DE LA ESCALA HSS-29 EN SU VERSIÓN ESPAÑOLA

E. González-Guerra<sup>a</sup>, A. Guerra-Tapia<sup>a</sup>, A. Buendía-Eisman<sup>b</sup> y J. Ferrando-Barbera<sup>c</sup>

*<sup>a</sup>Departamento de Medicina. Universidad Complutense. Madrid. <sup>b</sup>Facultad de Medicina. Universidad de Granada. <sup>c</sup>Departamento de Medicina. Universidad de Barcelona. España.*

**Antecedentes y objetivos.** Durante los años 2017 y 2018 se ha realizado el proceso de validación transcultural de la escala Hair Specific Skindex-29. El objetivo del trabajo fue evaluar las dos últimas etapas para concluir el proceso de validación, comprobar la sensibilidad al cambio tras la intervención médica de instaurar un tratamiento inhibitorio de la enzima 5 alfa reductasa y su correlación con la escala generalista SF-12.

**Materiales y métodos.** Participaron en el proyecto mujeres demandantes de asistencia médica por alopecia femenina que realizaron dos visitas, una basal y otra de seguimiento tras seis meses desde el inicio del tratamiento. En cada visita se administraron las escalas HSS-29 y SF-12, se caracterizó la gravedad de la alopecia y el estado de la apariencia del cabello por parte del médico y de la paciente.

**Resultados.** Participaron 983 mujeres con una media de edad 50 ±16,3 años. En la visita basal se observó afectación (puntuación >20) leve, moderada o grave, de la calidad de vida en todos los dominios en pacientes con AAF. En la visita de seguimiento se observó mejora de la calidad de vida (puntuación <20) en todos los dominios y en todos los grados de AAF. El dominio SF-12 que mostró mayor impacto

en la calidad de vida fue el rol emocional, media 20,3 [IC 95%, 20,0-20,6]. A mayor grado de alopecia mayor afectación y se observó un cambio al mejorar la apariencia, media 20,7 [IC 95%, 20,4-21,0], Paired t test  $p=0,01$ . Se registró una correlación entre las escalas HSS-29 y SF-12 tanto en la visita basal como en el seguimiento. En la visita de seguimiento a los seis meses, la apariencia del cabello mostró una mejoría significativa. La valoración del volumen, la densidad y la textura fueron muy similares entre pacientes y médicos tanto en la visita basal como en la visita de seguimiento.

**Conclusiones.** La calidad de vida en las mujeres con alopecia se ve afectada en una de cada 2 mujeres. La dimensión emocional se ve comprometida de forma grave en la mitad de ellas. La afectación emocional se recoge tanto por la escala genérica SF-12 y especialmente por la escala específica HSS-29.

## 7. AVANCES TERAPÉUTICOS EN FOTODERMATOLOGÍA

J. Escalas Taberner

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España.*

Un psicofármaco es un medicamento que se utiliza para el tratamiento de las enfermedades mentales (depresión, trastornos de la ansiedad, esquizofrenia) o alteraciones de la esfera psíquica que se manifiestan por signos o síntomas (agresividad, ansiedad, insomnio). Pero también son unos fármacos que vamos a utilizar para tratar las diferentes patologías dermatopsiquiátricas.

Los trastornos dermopsiquiátricos se clasifican en: 1) trastornos psíquicos con repercusión dermatológica: trastornos obsesivo compulsivos (TOC): tricotilomanía y excoriaciones neuróticas, dismorfofobia, trastornos de la conducta alimentaria, delirium parasitorium, dermatitis artefacto y 2) trastornos mixtos entre los cuales tenemos el prurito psicógeno, la vulvodinia, la orodinia, urticaria, la neuralgia postherpética entre otros. Todas estas enfermedades dermatopsiquiátricas, necesitarán para su tratamiento de los psicofármacos, tanto de las benzodiacepinas, los antidepresivos y los antipsicóticos. Dependiendo de una patología u otra utilizaremos un fármaco u otro.

## 8. PSIQUIATRÍA DE ENLACE Y DERMATOLOGÍA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A PARTIR DE UN CASO CON SOSPECHA DE DERMATOSIS AUTOPROVOCADA

S. Gadea del Castillo<sup>a</sup>, D. Herrero Escudero<sup>a</sup>, D. Sadía Cohen<sup>a</sup>, S. Pérez Santos<sup>b</sup> y A. Miranda Siveló<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Psiquiatría. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial de Segovia. Segovia. España.*

Presentamos un caso de vasculopatía livedoide en una mujer de 73 años con mala evolución de las lesiones y múltiples trata-

mientos. A partir de la sospecha por parte del dermatólogo de lesiones autoprovocadas se realizó una interconsulta a psiquiatría durante un episodio de hospitalización en medicina interna por control deficiente del dolor. La paciente presentaba lesiones en forma de úlceras necróticas en las piernas y en el dedo índice de la mano derecha. Desde el punto de vista psicopatológico, presentaba una sintomatología crónica ansioso-depresiva secundaria a la enfermedad dermatológica. Reconocía la autoría de las lesiones y presentaba un rascado compulsivo y una manipulación continua de las lesiones. No existía intención de asumir el papel de persona enferma. Por lo tanto, el trastorno facticio se descartó y se realizó un diagnóstico de trastorno por excoriación (DSM-5). Se pautó tratamiento psicofarmacológico (mirtazapina, venlafaxina y pregabalina) y tras el alta comenzó a vivir en una residencia. Las lesiones mejoraron significativamente en el seguimiento realizado desde la consulta de dermatología. A través de este trabajo, queremos resaltar la importancia del psiquiatra de enlace en la atención hospitalaria en psicodermatología y revisar el diagnóstico diferencial de las dermatosis autoprovocadas.

## 9. SÍNDROME DE SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE

E. González-Guerra<sup>a</sup>, A. González-Guerra<sup>b</sup> y A. Guerra-Tapia<sup>c</sup>

*<sup>a</sup>Hospital Clínico San Carlos. <sup>b</sup>Emergencias Sanitarias SUMMA 112. <sup>c</sup>Hospital Universitario 12 de octubre. Madrid. España.*

El síndrome de sensibilidad química múltiple aparece durante la década de los años 50. Desde entonces se han utilizado diversos términos pero tras un consenso de la OMS se acepta que se trata de una enfermedad adquirida que se caracteriza por la pérdida progresiva de tolerancia a la presencia en el medio ambiente de agentes químicos diversos. Los desencadenantes más citados en la literatura son productos químicos, pesticidas, guerras, contaminantes encontrados en edificios enfermos y productos protésicos. También la exposición a elementos ambientales como las ondas eléctricas o electromagnéticas se han considerado como factores asociados a dicho síndrome. El diagnóstico de SQM es por tanto clínico y está basado en los siguientes criterios: a) proceso crónico; b) los síntomas aparecen con niveles de exposición previamente tolerados; c) los síntomas se reproducen al repetir la exposición al producto químico; d) las manifestaciones aparecen frente a múltiples productos químicos no relacionados entre sí; e) los síntomas incluyen más de un órgano o sistema, y f) los síntomas mejoran o desaparecen al cesar la exposición. Los síntomas cutáneos son muy frecuentes y se pueden observar alteraciones características de erupción cutánea. No obstante, se han publicado algunos casos en los que las lesiones maculopapulares aparecen en el contexto de una neumonía por micoplasma y exposición a diferentes fármacos. En todos los casos hubo una buena respuesta a corticoides y se resolvieron sin dejar secuelas.