

Los trastornos obsesivo-compulsivos y sus manifestaciones cutáneas

Obsessive-compulsive disorders and their cutaneous manifestations

Corina Busso¹, Paula Bonavía²

RESUMEN

Las dermatosis autoinflingidas pueden producir un severo daño tisular y alterar la vida social, laboral o escolar de las personas afectadas. Por mucho tiempo fueron clasificadas como un desorden en el control de los impulsos. Actualmente se las considera como parte del espectro de los trastornos obsesivo-compulsivos (TOC). Esto se debe a que comparten patrones del TOC y porque las personas con alteraciones provocadas por excoriación y tricotilomanía presentan mayor incidencia de TOC y cuadros asociados.

A pesar que algunos sujetos pueden lastimarse por hábito o aburrimiento, en muchas ocasiones se pellizcan la piel o arrancan el pelo para afrontar pensamientos o emociones negativas como

ansiedad, tensión, tristeza o enojo. Mientras lo hacen pueden sentir alivio, pero éste es frecuentemente seguido por sentimientos de vergüenza o culpa.

La forma adecuada de ayudar a estos pacientes es que los profesionales que los tratan conozcan este nuevo encuadre diagnóstico y sus tratamientos. Por ello realizamos una revisión de las manifestaciones cutáneas asociadas a estos trastornos, sus mecanismos etiopatogénicos y sus posibles abordajes terapéuticos.

Palabras clave: dermatosis autoinflingidas, trastorno por excoriación, dermatilomanía, tricotilomanía, trastorno obsesivo-compulsivo. Dermatol. Argent. 2016, 22 (3): 127-134

ABSTRACT

Self-inflicted dermatoses can cause severe tissue damage and distress in social life, school or work. Largely classified as an impulse control disorder, they are now considered as part of the obsessive-compulsive spectrum disorder because they share features of obsessive-compulsive disorder (OCD). Also, because people with skin picking disorder and trichotillomania are more likely to have OCD and other OC spectrum disorders than people without them.

Even though some people may pick out of habit or boredom, they often pick their skin or pull their hair in order to cope with negative thoughts or emotions, such as anxiety, stress, tension, sadness or

anger. While picking, people may feel relief, but then they often feel ashamed or guilty.

The right way to help these patients is that those professionals that treat them know the new diagnosis framework and their specific treatment. Therefore, we conducted a revision of the cutaneous manifestations associated to these disorders, their etiopathogenic mechanisms and their possible therapeutic approaches.

Key words: self-inflicted dermatoses, skin picking disorder, dermatilomania, trichotillomania, obsessive-compulsive disorder. Dermatol. Argent. 2016, 22 (3): 127-134

¹ Prof. Adjunta Profesional de Dermatología, Facultad de Ciencias Biomédicas; Médica del staff del Hospital Universitario Austral; Magister en Investigaciones Clínicas y Farmacológicas; Presidente del Comité Institucional de Evaluación de la Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Austral, CABA, Argentina

² Ayudante de Trabajos Prácticos, Facultad de Ciencias Biomédicas; Médica del staff del Hospital Universitario Austral, CABA, Argentina

Contacto del autor: Corina Busso
E-mail: cbusso@cas.austral.edu.ar

Fecha de trabajo recibido: 11/06/2015

Fecha de trabajo aceptado: 09/03/2016

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existen conflictos de interés.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por excoriación cutánea o excoriación cutánea crónica (en inglés: *excoriation disorder, pathologic skin picking, skin picking disorder o chronic skin picking*) (TEC)¹, también conocido como excoriaciones neuróticas, patomimia o excoriación psicógena se caracteriza por conductas repetitivas de pellizcamiento, rascado, arrancado, frotado o mordisco de la piel que provoca lesiones cutáneas, infecciones, cicatrices y en ocasiones desfiguraciones significativas y cirugías que incluso pueden requerir injertos cutáneos. Además, la ansiedad, la culpa y la vergüenza provocan afectación emocional, social y laboral²⁻⁴. Este cuadro se encuentra dentro de las llamadas dermatosis autoinflingidas o autoinducidas⁵ que incluyen la tricotilomanía (alopecia ocasionada por el arrancamiento del pelo, TTM), onicofagia (morderse y/o comerse la uñas), onicotilomanía (arrancarse las uñas), morderse los labios o la mucosa yugal, y dermatitis artefacta (producción deliberada de lesiones, incluso con el uso de sustancias cáusticas e instrumentos como pinzas y alfileres con el fin de llamar la atención del entorno)⁶.

Considerado como un trastorno en el control de los impulsos por algunos, un trastorno por movimientos estereotipados por otros, la V versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM V*) de la Asociación Americana de Psiquiatría de 2013, lo incluye dentro de la categoría de los trastornos obsesivo-compulsivos y desórdenes relacionados. Estos cambios se deben a crecientes evidencias en relación a similitudes en comorbilidad, neurobiología, circuitos cerebrales implicados y respuesta al tratamiento que han determinado que el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y los trastornos afines sean considerados dentro de un nuevo espectro por fuera de los trastornos de ansiedad. Sin embargo es posible observar la concurrencia de síntomas compulsivos e impulsivos en un mismo individuo, con la impulsividad dada por un pobre control de los impulsos y un sentimiento de gratificación y placer durante el acto.

A pesar de ser una afección psicológica con manifestaciones dermatológicas con una morbilidad física, emocional y social importante^{7,8}, los médicos que reciben a estos pacientes suelen tener poco conocimiento sobre su etiología y sus posibles tratamientos⁹. Por ello, hemos realizado una revisión sobre los aspectos clínicos y epidemiológicos más relevantes, sus asociaciones patológicas y sus posibles tratamientos según la evidencia más sólida con la que se cuenta en la actualidad.

Características clínicas y epidemiológicas: trastornos obsesivos-compulsivos y estados relacionados

Uno de los cambios del DSM V con respecto al DSM IV y DSM IV TR es haber retirado al TOC del capítulo de los “trastornos de ansiedad” y crear un nuevo grupo de trastornos del espectro obsesivo que incluye, entre otros, al TOC, la tricotilomanía, el trastorno por excoriación y el llamado desorden de conducta repetitiva focalizada en el cuerpo como la onicofagia, morderse los labios y la mucosa yugal¹⁰.

Estos trastornos comparten dos aspectos fundamentales: una preocupación obsesiva y conductas repetitivas, en ocasiones compulsivas.

Una de las características que hace que estos trastornos sean considerados dentro del mismo espectro es la elevada frecuencia de comorbilidad entre ellos. Lovato *et al.* evaluaron 901 individuos con TOC y encontraron que 13,4% tenía además TEC o TTM; éstos eran más frecuentemente mujeres (72,7% vs 54,1%, $p < 0,001$), más jóvenes ($31 \pm 11,8$ vs $35 \pm 13,1$ años, $p < 0,005$), con mayor nivel educativo, más jóvenes al inicio de los síntomas obsesivo-compulsivos ($10,12 \pm 4,82$ vs $13,13 \pm 7,68$ años, $p < 0,001$) y con más TDC (21,5% vs 6,8%, $p < 0,001$) que quienes tenían sólo TOC¹¹. Wilhelm *et al.* estudiaron 31 personas con TEC de los cuales el 87% incluía a mujeres, el 39% comenzó excoriando la piel con dermatosis previa (generalmente acné), el 52% utilizaba alfileres o pinzas, el promedio de duración de síntomas era 21 años, el 61% tenía onicofagia compulsiva, el 23% se mordía la mucosa yugal, el 10% se mordía los labios, el 52% tenía criterios de TOC, el 32% de TDC y el 45% de los sujetos con TEC tenía un familiar de primer grado con el mismo desorden¹².

1. Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

El TOC se caracteriza por obsesiones y/o compulsiones que requieren mucho tiempo (más de una hora diaria) y causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes de la vida del sujeto. Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes, persistentes y no deseados, que generan tensión, ansiedad y malestar significativos y que el paciente intenta ignorar, suprimir o neutralizar con algún otro pensamiento o acto (compulsión). Las compulsiones son comportamientos (por ejemplo, lavarse las manos, colocar cosas en un orden específico o revisar algo una y otra vez) o actos mentales repetitivos (rezar, contar números o re-

petir palabras en silencio una y otra vez, o según ciertas reglas que deben seguirse estrictamente en orden para que la obsesión desaparezca), que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión. El individuo puede o no advertir que las creencias del TOC no son ciertas, pero de todas maneras no puede evitar los rituales^{10,13}. En base a la edad de comienzo del trastorno, se divide en dos grupos: uno de inicio juvenil, alrededor de los 10 años¹⁴, más frecuente en varones, con mayor asociación de TOC en familiares de primer grado, mayor duración y gravedad de la enfermedad¹⁵, y otro de inicio en la adultez, en torno a los 20 años en hombres y 25 en mujeres, de evolución recurrentemente crónica en el 87% de los casos¹⁶. Cuanto menor sea la edad de comienzo más desfavorable es el pronóstico y más alto el riesgo de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el TOC es una de las causas más importante de deterioro del estilo de vida no fatal en el mundo¹⁷.

2. Dermatitis autoinflingidas

a) Trastorno por excoriación cutánea (TEC)

Es más frecuente en mujeres y el inicio es habitualmente entre los 30 y 45 años, aunque puede ocurrir a cualquier edad, incluso en niños y adolescentes. Puede haber aumento de la prevalencia de dermatilomanía en parientes de primer grado¹⁸. Se caracteriza por lesiones producidas por la excoriación o pellizcamiento recurrente de la piel, habitualmente de bordes irregulares y forma lineal o geométrica, cubiertas o no por costras, cicatrices y cambios hipo e hiperpigmentados residuales (Foto 1). Ocurren en zonas a las que la mano del paciente tiene acceso, como la cara (Foto 2), las superficies extensoras de los miembros (Foto 3), la parte superior del dorso (Foto 4), las cutículas y el cuero cabelludo, habitualmente con distribución bilateral y simétrica. Si el sujeto es diestro, la mayor cantidad de lesiones suele estar en el hemicuerpo izquierdo. Es característico el circuito tensión-gratificación-culpa: el paciente presenta un cuadro de tensión o ansiedad previo; generalmente al encontrar una imperfección en la piel y al excoriar, la sensación es de placer o gratificación seguido por sentimientos de angustia y culpa por haber fracasado, una vez más, en refrenar el impulso. Con el fin de que el entorno no lo note, utiliza apósitos o maquillaje para ocultar las lesiones provocadas¹⁹.

El proceso puede comenzar a partir de una lesión mínima (acné, foliculitis, picadura de insecto) o sobre piel normal. No sólo producen una morbilidad en ocasiones severa, sino que pueden complicar el curso de distintas afecciones dermatológicas: acné excoriado, fe-

nómeno de Köebner en psoriasis y perpetuación del circuito "prurito-rascado" de las dermatosis pruriginosas⁶.

La prevalencia del TEC ha sido reportada en un 5%²⁰, pero no existen datos suficientes como para conocer la real frecuencia de presentación de esta patología. Es probable que esté subdiagnosticada por varias razones: 1) el paciente siente culpa y vergüenza y no quiere consultar; 2) el paciente no es consciente que está autodañándose; 3) el médico desconoce este cuadro psicodermatológico y por lo tanto lo trata como otra dermatosis.

Los criterios para el diagnóstico de TEC son¹⁰:

1. Excoriación cutánea recurrente que produce lesiones dermatológicas.

2. Intentos repetidos para disminuir o cesar la excoriación.

3. La excoriación produce un trastorno clínicamente significativo o afectación en aspectos sociales, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento.

4. La excoriación no puede atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, cocaína) u otra condición médica (por ejemplo, escabiosis).

5. La excoriación no puede ser mejor explicada por síntomas de otro trastorno mental (por ejemplo, delirios, alucinaciones táctiles -trastorno psicótico-), intentos por mejorar un defecto o imperfección percibida en la propia apariencia (TDC), estereotipos (trastorno por movimientos estereotipados, TME -movimientos motores repetitivos, de tipo impulsivo, no funcionales, como el balanceo corporal o de la cabeza, morderse o golpearse-) o intentos de autodañarse (autolesión no-suicida).

Entre los diagnósticos diferenciales, además de las dermatosis pruriginosas como la escabiosis, el eccema atópico y algunos casos de psoriasis, deben incluirse: la parasitosis delusoria (o mejor, delirio de parasitosis) en la que la excoriación se debe al convencimiento de que la piel está infestada por parásitos, la dermatitis artefacta que se caracteriza porque las lesiones son autoprovocadas con el fin de dar la imagen de enfermo a su entorno, y el prurigo nodular de Hyde en el que las lesiones son secundarias al rascado producido por el prurito.

b) Tricotilomanía (TTM)

Alopecia traumática provocada por el propio paciente. Comienza en la primera infancia, a los 3-6 años y en la preadolescencia; su pronóstico es más severo cuanto mayor sea la edad de inicio. Suele ser recurrente. El área más frecuentemente afectada es la cabeza pero también puede comprometer las pestañas, las cejas y la barba²¹ (Foto 5).

El paciente puede tirar del pelo siguiendo un patrón similar al de los rituales del TOC, experimentando ansiedad previa, y gratificación y alivio al tirar. Esta TTM es “voluntaria”, intencional, que consume esfuerzo y concentración. Es frecuente el uso de pinzas y la simetría en las áreas afectadas.

Si bien la TTM está más cerca de la compulsión (alivio de la tensión previa al arrancarse el pelo) que del impulso (más placer que alivio de tensión), puede haber una concurrencia de ambas conductas.

En la versión IV del DSM, la TTM estaba clasificada, junto con el trastorno explosivo (episodios de pérdida del control de los impulsos agresivos, que lleva a actos violentos desproporcionados al motivo desencadenante), la cleptomanía (impulso de robar objetos que ni son necesarios ni se toman por su valor), el juego patológico (impulso a jugar apareciendo una conducta de juego que compromete y afecta los intereses personales y de otros, sobre todo familiares) y la piromanía (tendencia patológica a provocar incendios) dentro de los trastornos del control de los impulsos, que consiste en la dificultad de resistir el deseo de llevar a cabo un acto dañino para sí o para terceros, que ocurre con una creciente tensión previa, sensación de placer, gratificación o liberación durante, y culpa y autorreproche luego de realizar el acto²².

Los criterios para el diagnóstico de TTM son¹⁰:

1. Arrancarse el pelo de forma recurrente lo que origina su pérdida.
2. Intentos repetidos de disminuir o dejar de arrancar el pelo.
3. Arrancarse el pelo causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
4. El hecho de arrancarse el pelo o la pérdida del mismo no puede atribuirse a otra afección médica (por ejemplo, alopecia areata, sífilis terciaria).
5. El acto de arrancarse el pelo no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (por ejemplo, intentos de mejorar un defecto o imperfección percibida en el aspecto como en el TDC)

Los diagnósticos diferenciales más relevantes son la alopecia areata, las tiñas de cuero cabelludo, el liquen planopilaris, el lupus eritematoso discoide crónico, las foliculitis decalvantes y la sífilis secundaria.

c) Trastorno de comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo

Estas conductas repetitivas involucran distintos sectores del cuerpo, como morderse las uñas o los labios (Foto 6), la mucosa yugal o labial (Foto 7) e intentos repetidos de disminuir o abandonar estos comportamientos. Al igual que en el TEC y la TTM, existe un deterioro en las áreas importantes de la vida de la persona y los síntomas no se explican mejor por la TTM, el TEC, el TME o la autolesión no-suicida.

d) Trastorno facticio

Es un desorden mental severo en el cual el paciente engaña a los demás a través de la simulación o autogeneración de enfermedades o daño. Toma medicamentos o sustancias de distinto tipo que lo enferman con el fin de ser visto por el entorno como enfermo, incapacitado o débil¹⁰. En la dermatitis artefacta o facticia, el sujeto se inyecta sustancias cáusticas o se lesiona cortándose o quemándose e incluso interfiriendo en la cicatrización de las heridas al excostrarlas o inducir su infección secundaria. El trastorno facticio puede aplicarse a uno mismo o a otro (inducción de lesión o enfermedad a otro). Para algunos, puede ser una forma de síndrome de Münchhausen, en el que el paciente o su cuidador (síndrome de Münchhausen por poder) tiene la necesidad de asumir el rol de enfermo, de llamar la atención, para lo cual inventa dolencias o se lesiona física o psíquicamente. El paciente es consciente de su conducta -aunque frecuentemente la niegue- no así de su motivación.



FOTO 1: Lesiones geométricas, lineales, irregulares en cara (acné excostrado).



FOTO 2: Cicatrices y máculas hipopigmentadas lineales residuales.



FOTO 4: Excoriaciones lineales en dorso superior.



FOTO 3: Múltiples excoriaciones y úlcera traumática en miembro superior izquierdo.



FOTO 5: Tricotilomanía. Alopecia difusa de cuero cabelludo.



FOTO 6: Excoriaciones en labio inferior.



FOTO 7: Úlcera traumática en mucosa labial inferior.

Tratamiento de las dermatosis autoinflingidas

Las dos ramas fundamentales del tratamiento son: terapia conductual o cognitivo-conductual de tipo entrenamiento de reversión de hábitos (ERH)²³ y psicofármacos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRIs), citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina, y el antidepresivo triclicídico clomipramina⁶.

Ciertos antipsicóticos atípicos con efecto ansiolítico, anticolinérgico y antihistamínico también han sido reportados como efectivos: el aripiprazol, un agonista parcial de los receptores 5-HT_{1a} y D₂ y antagonista de los receptores 5-HT_a, en dosis entre 5 y 10 mg diarios, y la olanzapina, antagonista 5-HT_{2a}, en dosis entre 2,5 y 10 mg diarios, usados como monoterapia o asociados a SSRIs. Algunos pacientes reportan disminución e incluso desaparición del prurito, el pellizcamiento o el arrancamiento del pelo en pocas semanas y mantenimiento de la mejoría a los tres y seis meses del tratamiento²⁴⁻²⁶.

El ERH se basa en el principio de que la excoriación cutánea es una respuesta condicionada a situaciones específicas que no siempre son advertidas por el paciente. El ERH incluye dos procesos: primero, el individuo aprende a detectar las situaciones que desencadenan los episodios de TEC o TTM y segundo, aprende a utilizar comportamientos alternativos a la excoriación y el arrancamiento del pelo frente a estos eventos.

El efecto serotoninérgico de los SSRIs produce la respuesta antipruriginosa más consistente en pacientes con TEC, la cual es más precoz que su efecto antidepresivo. Esto puede deberse a una acción tanto central como periférica sobre las fibras que transmiten el prurito^{27,28}.

CONCLUSIONES

Las dermatosis autoinducidas son motivo de consulta relativamente frecuente para el dermatólogo. Provocan una importante morbilidad en distintos niveles de la vida de las personas que las padecen y, en ocasiones, de su entorno. Es probable que estén subdiagnosticadas tanto por falta de conciencia de los pacientes que desconocen que se trata de una patología en sí misma, como por el poco conocimiento de los aspectos psicológicos y psiquiátricos que subyacen a estas dermatosis, sus comorbilidades y sus patrones etiopatogénicos que han llevado a estas enfermedades a ser incorporadas en el espectro obsesivo-compulsivo por parte de los médicos que asisten a estos pacientes.

Darle la dimensión psicopatológica que corresponde a este trastorno es un comienzo útil para ofrecer una ayuda eficaz a quienes lo padecen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mutasim D, Adams B. The psychiatric profile of patients with psychogenic excoriation. *J Am Acad Dermatol* 2009; 61: 611-613.
2. Scheinfeld N. Excoriation disorder. *Medscape* (en línea). Consultado 29/01/2015. <http://emedicine.medscape.com/article/1122042-overview>.
3. Grant J, Odlaug B. Update on pathological skin picking. *Curr Psychiatry Rep* 2009; 11: 283-288.
4. Hayes S, Storch E, Berlanga L. Skin picking behaviors: an examination of the prevalence and severity in a community sample. *J Anxiety Disord* 2009; 23: 314-319.
5. Gupta M, Gupta A, Haberman H. The self-inflicted dermatoses: a critical review. *Gen Hosp Psychiatry* 1987; 9: 45-52.
6. Gupta M. Emotional regulation, dissociation, and the self-induced dermatoses: Clinical features and implications for treatment with mood stabilizers. *Clin Dermatol* 2013; 31: 110-117.
7. Brodin M. Neurotic excoriations. *J Am Acad Dermatol* 2010; 63: 341-342.
8. Chastaing M, Toubol S, Callot V, Schollhammer M, et al. Psychogenic skin excoriations: diagnostic criteria, semiological analysis and psychiatric profiles. *Acta Derm Venereol* 2012; 92: 416-418.
9. Jafferany M, Vander Stoep A, Dumitrescu A, Hornung R. The knowledge, awareness, and practice patterns of dermatologists toward psychocutaneous disorders: results of a survey study. *Int J Dermatol* 2010; 49: 784-789.
10. Trastornos obsesivo-compulsivos y estados relacionados. En: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) V*. Asociación Americana de Psiquiatría. 5th Ed.; 2013.
11. Lovato L, Ferrao Y, Stein D, Shavitt R, et al. Skin picking and trichotillomania in adults with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2012; 53: 562-568.
12. Wilhelm S, Keuthen N, Deckersbach T, Engelhard I, et al. Self-injurious skin picking: clinical characteristics and comorbidity. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 454-459.
13. Ortiz Tobón JF. Trastorno obsesivo-compulsivo. *Acta Neurol Colomb* 2002; 18: 51-65.
14. Borda T, Feinstein B, Neziroglu F, Vecchia T, et al. Are children with obsessive-compulsive disorder at risk for problematic peer relationships? *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2013; 2: 359-365.
15. Castelló Pons T. El espectro obsesivo-compulsivo en el DSM 5. *C Med Psicosom* 2014; 112: 22-27.

16. Urbistondo C, Macbeth G, Kichic R, Ibañez A. El modelo frontoestriado del trastorno obsesivo-compulsivo: evidencia convergente de estudios de potenciales evocados relacionados a eventos. *Revista virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador* 2011; 25: 120-133.
17. Ayuso-Mateos J. Global burden of obsessive-compulsive disorder in the year 2000. Global program on evidence of health policy, global burden of disease 2000. World Health Organization 2006.
18. Leibovici V, Murad S, Cooper-Karaz R, Tetro T, et ál. Excoriation (skin picking) disorder in Israeli University students: prevalence and associated mental health correlates. *Gen Hosp Psychiatry* 2014; 36: 686-689.
19. Cyr P, Dreher G. Neurotic excoriations. *Am Fam Pshysician* 2001; 64: 1981-1984.
20. Fama J. Skin Picking Disorder Fact Sheet 2010 International OCD Foundation (IOCDF). iocdf.org/.
21. Trichotillomania Learning Center 2010 (Scientific Advisory Board). Consultado: 30/10/2014. <http://www.trich.org/about/hair-pulling.html>.
22. Mayo Foundation for Medical Education and Research: Trichotillomania: hair-pulling disorder. Consultado 25/01/2015. <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/trichotillomania/basics/definition/con-20030043>.
23. Trichotillomania Learning Center 2010 (Scientific Advisory Board). Consultado: 30/10/2014. <http://www.trich.org/about/skin-picking.html>.
24. Ravindran AV, da Silva TL, Ravindran LN, Richter MA, Rector NA. Obsessive-compulsive spectrum disorders: a review of the evidence-based treatments. *Can J Psychiatry* 2009; 54: 331.
25. Curtis AR, Richards RW. The treatment of psychogenic excoriation and obsessive compulsive disorder using aripiprazole and fluoxetine. *Ann Clin Psychiatry* 2007; 9:199-200.
26. Blanch J, Grimalt F, Massana G, Navarro V. Efficacy of olanzapine in the treatment of psychogenic excoriation. *Br J Dermatol* 2004; 151: 707-730.
27. Schuck K, Keijsers G, Rinck M. Implicit processes in pathological skin picking: responses to skin irregularities predict symptom severity and treatment susceptibility. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2012; 43: 685-691.
28. Schuck K, Keijsers G, Rinck M. The effects of brief cognitive-behaviour therapy for pathological skin picking: a randomized comparison to wait-list control. *Behav Res Ther* 2011; 49: 11-17.

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN

- 1) Señale cuál de los siguientes es clasificado como un "desorden de conducta repetitiva focalizada en el cuerpo":
 - A- Tricotilomanía.
 - B- Trastorno por excoriación cutánea.
 - C- Morderse los labios.
 - D- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- 2) El trastorno por excoriación cutánea se caracteriza por:
 - A- Delirios y alucinaciones como desencadenantes.
 - B- Preocupaciones obsesivas y conductas repetitivas.
 - C- Inicio entre los 15-20 años.
 - D- Mayor incidencia en hombres.
- 3) Las dermatosis autoinflingidas son consideradas trastornos del espectro obsesivo-compulsivo porque:
 - A- Comparten patrones del TOC y porque hay mayor incidencia de comorbilidad dentro del grupo.
 - B- Se caracterizan por tener un trastorno en el control de los impulsos.
 - C- Porque todos los pacientes tienen características diagnósticas de TOC.
 - D- Porque todos los pacientes tienen la misma falta de consciencia de enfermedad como ocurre en el TOC.
- 4) Los criterios diagnósticos para TEC incluyen:
 - A- La excoriación se realiza con intento de autodañarse.
 - B- La excoriación se da en el contexto de un trastorno mental psicótico.
 - C- La excoriación puede atribuirse a efectos de una condición médica como escabiosis.
 - D- La excoriación recurrente se acompaña de intentos repetidos de disminuir o cesar esta conducta.
- 5) La dermatitis artefacta es:
 - A- Una forma clínica de TEC.
 - B- Una lesión autoprovocada con el fin de dar imagen de enfermo.
 - C- Una parasitosis delusoria.
 - D- Consecuencia de un prurigo nodular.
- 6) La tricotilomanía:
 - A- Su pronóstico es peor cuanto mayor sea la edad de inicio.
 - B- Al igual que el TEC, comienza entre los 30 y 45 años.
 - C- Es habitualmente unilateral.
 - D- Siempre es consecuencia de un trastorno impulsivo que busca más placer que alivio.
- 7) El trastorno por excoriación cutánea tiene las siguientes características:
 - A- El paciente simula o se autogenera enfermedades.
 - B- Es similar al síndrome de Münchausen.
 - C- El paciente no es consciente que se pellizca y daña su piel.
 - D- Genera alivio a la tensión, seguido habitualmente de sentimientos de culpa y vergüenza.
- 8) El tratamiento de elección para las dermatosis autoinflingidas es:
 - A- Psicoanálisis con o sin psicofármacos.
 - B- Terapia cognitivo-conductual con o sin psicofármacos.
 - C- Ansiolíticos.
 - D- Cobertura de lesiones para evitar la conducta de excoriación.

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN

9) En la tricotilomanía el paciente se arranca el pelo:

- A- Siempre en el cuero cabelludo y en forma unilateral, del lado de la mano útil.
- B- De cualquier zona, con la mano y con distintas herramientas.
- C- Sin darse cuenta, por aburrimiento o hábito.
- D- En búsqueda de placer, no de alivio a la tensión.

10) Los diagnósticos diferenciales de la tricotilomanía incluyen:

- A- Alopecia areata.
- B- Liquen planopilaris.
- C- Lupus eritematoso discoide crónico.
- D- Todos los anteriores.

Respuestas correctas Vol. XXII - N° 2, 2016

1) A; 2) C ; 3) B; 4) B; 5) D; 6) C; 7) A; 8) D; 9) B; 10) B

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Piense en... ERITRASMA y elija una opción

Silvia Alejandra Marsico, Martina Granara
Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich



» 1



» 2



» 3



La solución en la página 145