

EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA

# Trastorno por excoriación cutánea: fisiopatología y tratamiento

## Excoriation (skin-picking) disorder: pathophysiology and treatment

María Soledad Benítez<sup>1</sup>, Julieta Soledad Fischer<sup>2</sup> y María Emilia Candiz<sup>2</sup>

### RESUMEN

El trastorno por excoriación cutánea se caracteriza por el rascado repetitivo y compulsivo de la piel, lo cual produce daño tisular. Afecta más frecuentemente a mujeres y su inicio suele coincidir con la pubertad, favorecido por cambios corporales, emocionales y dermatosis como el acné. Las zonas más afectadas son la cara, los brazos y las manos (áreas de fácil acceso), con predominio del lado no dominante. Estos comportamientos se consideran adicciones conductuales ya que presentan un deseo previo a la conducta, placer durante su realización y una repetición compulsiva y persistente del comportamiento.

Los circuitos neuronales que conectan la corteza cerebral con los ganglios basales, denominados circuitos cortico-estriatales-tálamo-corticales, desempeñan un papel clave en la formación de hábitos.

En un número considerable de casos, la consulta dermatológica constituye con frecuencia el primer punto de contacto médico de estos pacientes. Una

escucha atenta y empática resulta fundamental para establecer una adecuada relación médico-paciente, facilitando el abordaje integral del caso.

La terapia cognitivo-conductual busca la readaptación del paciente en los planos físico, emocional y conductual; se destaca la terapia de reversión de hábitos, que tiene como objetivo reemplazar las conductas compulsivas por otras alternativas más adaptativas.

Las guías clínicas recomiendan el uso de fármacos que actúan sobre las vías serotoninérgicas como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Aproximadamente el 30% de los pacientes no responde, por lo que una alternativa terapéutica son los fármacos moduladores del sistema glutamatérgico: N-acetilcisteína (dosis de 1200 a 2400 mg/día) y memantina (dosis de 10 a 20 mg/día).

**Palabras clave:** trastorno por excoriación de piel, patomimia, autoexcoriación, fisiopatología, terapéutica, N-acetilcisteína, memantina.

Dermatol. Argent. 2026; 32(1): 03-11

### ABSTRACT

*Skin picking disorder (SPD; excoriation disorder) is a psychiatric condition characterized by recurrent, compulsive manipulation of the skin, resulting in tissue damage. This condition predominantly affects women, with symptom onset typically coinciding with puberty, influenced by physiological and emotional changes, as well as concomitant dermatoses such as acne.*

*The most frequently affected sites include the face, arms, and hands, localized to easily accessible areas, with a notable predominance on the non-dominant side of the body. These repetitive behaviors are considered a form of behavioral addiction, given their association with a premonitory urge, a sense of gratification during the act, and a persistent, compulsive pattern of repetition.*

*Neurobiologically, cortico-striatal-thalamo-cortical (CSTC) circuits -which mediate habit formation and reward processing- are implicated in SPD*

*pathogenesis. A considerable proportion of patients initially seek medical attention from dermatologists. A patient-centered approach, emphasizing empathetic engagement, is critical to establish therapeutic rapport and optimize outcomes.*

*Cognitive-behavioral therapy (CBT), particularly habit reversal training, remains the first-line psychological intervention, aiming to replace maladaptive behaviors with more adaptive alternatives. Pharmacotherapy guidelines prioritize serotonergic agents (e.g., SSRIs) for their modulatory effects on impulsivity. In treatment-refractory cases (30%), emerging evidence supports glutamatergic modulation with N-acetylcysteine (1,200-2,400 mg/day) or memantine (10-20 mg/day) as viable alternatives.*

**Keywords:** excoriation disorder; skin picking disorder; self-injurious behavior; pathophysiology; therapeutics; N-Acetylcysteine; memantine.

Dermatol. Argent. 2026; 32(1): 03-11

<sup>1</sup> Médica de la Carrera de Especialistas en Dermatología, Facultad de Medicina, UBA, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

<sup>2</sup> Médica Dermatóloga, Servicio de Dermatología, Hospital F. J. Muñiz, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: María Soledad Benítez

E-mail: benitez.ms.2305@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 19/8/2025

Fecha de trabajo aceptado: 27/3/2026

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

## INTRODUCCIÓN

El trastorno por excoriación cutánea (TEC) se caracteriza por el rascado repetitivo y compulsivo de la piel, lo cual produce daño tisular. Las zonas más comúnmente afectadas son la cara, los brazos y las manos. El rascado puede ocurrir sobre piel sana o afectada por otras dermatosis<sup>1</sup>.

Habitualmente, los pacientes utilizan sus uñas, aunque en ocasiones pueden emplear objetos como pinzas, alfileres o peines. Actualmente, el TEC está incluido en el capítulo de los trastornos obsesivo-compulsivos (TOC) del DSM-5 y cuenta con criterios diagnósticos específicos:

- Dañar la piel de forma recurrente hasta producir lesiones cutáneas.
- Intentos repetidos de disminuir o dejar de rascarse.
- El rascado causa malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes del funcionamiento, como el ámbito social o laboral.
- Las lesiones cutáneas no pueden atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) ni a otra afección médica (como la sarna).
- El rascado no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., delirios o alucinaciones táctiles en un trastorno psicótico, intentos de corregir un defecto percibido en el trastorno dismórfico corporal, estereotipias en el trastorno de movimientos estereotipados o autolesiones no suicidas)<sup>1</sup>.

El TEC tiene una prevalencia aproximada del 1,4%; afecta más comúnmente a mujeres y su inicio suele coincidir con la pubertad, en un contexto de cambios corporales y emocionales propios de esta etapa con una mayor vulnerabilidad al estrés, sumado a dermatosis frecuentes como el acné, que puede llevar a la manipulación y excoriación. Este trastorno puede generar angustia, ya que la mayoría de los pacientes dedica al menos una hora al día a rascarse o a resistir el impulso de hacerlo, lo que llevaría al aislamiento social y dificultades para desarrollar actividades cotidianas, como el trabajo o el estudio<sup>1</sup>.

El TEC forma parte del grupo de conductas repetitivas focalizadas en el cuerpo, junto con la tricotilomanía, el mordisqueo o el pellizco de labios, mejillas y uñas, entre otras. Estos comportamientos podrían conceptualizarse como adicciones conductuales, dado que incluye un deseo previo a la conducta, sensaciones de excitación y placer durante su realización, y una repetición compulsiva y persistente del comportamiento<sup>2</sup>.

Frecuentemente los pacientes con TEC buscan inicialmente ayuda médica con un dermatólogo, considerando que el problema principal se encuentra en la

esfera cutánea. Por ello, es fundamental conocer estos cuadros y las herramientas disponibles para un abordaje adecuado y efectivo<sup>3</sup>.

## FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología del TEC aún no está completamente dilucidada. Los circuitos neuronales que conectan la corteza cerebral con los ganglios basales, denominados circuitos cortico-estriatales-tálamo-corticales (*cortico-striato-thalamo-cortical circuits*, CSTC), desempeñan un papel clave en la formación de hábitos<sup>4</sup> (Figura 1).

A través de estudios de resonancia magnética se ha observado que disfunciones en estos circuitos, como anomalías estructurales, alteran la activación y la conectividad cerebral. Las vías CSTC se mantienen bajo un equilibrio dinámico entre dos rutas principales: la directa (glutamatérgica, excitatoria) y la indirecta (gabaérgica, inhibitoria), que actúan a nivel de los ganglios basales. En estos pacientes, se ha propuesto un desequilibrio entre ambas vías, caracterizado por una hipoactividad de la vía indirecta e hiperactividad de la vía directa. Esto conlleva una disminución de GABA y un aumento de glutamato, lo que provoca estimulación excesiva de la corteza cerebral y genera hiperactividad o incluso excitotoxicidad en los circuitos CSTC, que favorece la aparición de conductas compulsivas como el rascado, acto que provoca placer y refuerza la conducta repetitiva<sup>5-8</sup> (Figura 2).

## CLÍNICA

Las áreas más frecuentemente afectadas son aquellas de fácil acceso, como la cara, los brazos, las manos y la parte superior del torso, con preservación de zonas anatómicamente difíciles de alcanzar, como la región interescapular, fenómeno conocido como el signo de la mariposa (Foto 1). Se ha descrito, además, una mayor localización de las lesiones en el lado no dominante, lo que se atribuye a su mayor accesibilidad por la mano dominante (Foto 2). La morfología de las lesiones es variable, coexistiendo habitualmente en diferentes etapas evolutivas. Se observan excoriaciones lineales o angulares de bordes bien definidos, erosiones, úlceras (Fotos 3, 4 y 5) y costras hemáticas. En casos de manipulación crónica, pueden observarse nódulos firmes e infiltrados, clínicamente indistinguibles del prurigo nodular. Además, es frecuente que los pacientes utilicen no solo las uñas, sino también instrumentos como pinzas, agujas o elementos punzantes para manipular las lesiones, lo que puede agravar el daño cutáneo<sup>6-9</sup> (Foto 6).

Los episodios de manipulación pueden durar desde algunos minutos hasta varias horas al día, especialmente en horarios nocturnos o en situaciones de estrés emocional. Las complicaciones más frecuentes incluyen infecciones bacterianas secundarias, así como cicatrices atróficas, hipertróficas o queloides y trastornos pigmentarios residuales<sup>6-9</sup>.

## DIAGNÓSTICO

En las personas resulta particularmente complejo disociar la enfermedad física de la psíquica, ya que la fisiopatología de cualquier proceso patológico involucra inevitablemente una dimensión psicológica. Esta puede manifestarse a través de factores como la gravedad del cuadro, la afectación de la funcionalidad, el dolor, el malestar, la preocupación o el tiempo de evolución de la enfermedad. A su vez, existen trastornos psiquiátricos primarios que se expresan de manera predominante a través de signos y síntomas físicos, lo que puede dificultar aún más la delimitación entre ambas esferas. En este contexto, se destaca la importancia de realizar una anamnesis minuciosa, que contemple no solo el inicio y la evolución de la dermatosis, sino también el entorno psicosocial del paciente, las situaciones que agravan o alivian el cuadro, el impacto en sus actividades cotidianas y la percepción tanto personal como del entorno cercano sobre la enfermedad. Una escucha atenta y empática resulta fundamental para establecer una adecuada relación médico-paciente, facilitando el abordaje integral del cuadro. Aunque las guías clínicas recomiendan descartar enfermedades sistémicas como paso previo al diagnóstico del TEC, en la práctica diaria esta diferenciación no siempre resulta sencilla. Es común que los cuadros se solapen, por lo que en el ámbito dermatológico resulta esencial discernir si la manipulación cutánea por parte del paciente constituye el origen del cuadro clínico o si, por el contrario, actúa como un factor perpetuador del mismo<sup>6-9</sup>.

Al inicio del seguimiento, se recomienda solicitar estudios de laboratorio orientados a descartar causas sistémicas de prurito como parte de un enfoque diagnóstico integral. Asimismo, ante la sospecha clínica de una dermatosis primaria, se sugiere realizar una biopsia cutánea para su evaluación histopatológica, lo que permitirá confirmar o descartar la presencia de una patología dermatológica subyacente<sup>10</sup> (Tabla 1).

### Concepto del registro propio (*insight*)

Se conoce como *insight* a la capacidad del paciente para comprender su enfermedad y su propio funcionamiento. Incluye aspectos como el interés por el cambio,

la comprensión de objetivos, el compromiso con el tratamiento y la activación de la autoobservación<sup>11,12</sup>.

Según Huang et al., en el contexto de los TOC y relacionados, el *insight* modula significativamente la gravedad sintomática y la respuesta al tratamiento, siendo un predictor clave de adherencia terapéutica y control de la conducta compulsiva<sup>11,12</sup>.

Los pacientes con bajo nivel de *insight* suelen tener una respuesta atenuada a la terapéutica debido a su reticencia a participar y a las dificultades para consolidar el aprendizaje<sup>11,12</sup>.

## TRATAMIENTO

Desde el consultorio dermatológico, el tratamiento consistirá en una adecuada relación médico-paciente y en el abordaje farmacológico inicial, con el objetivo de alcanzar un nivel de *insight* adecuado.

### Abordaje psicológico

Cualquier intervención psicoterapéutica puede ofrecer beneficios significativos en el tratamiento del TEC, especialmente cuando se adapta a las necesidades individuales del paciente. La terapia cognitivo-conductual (TCC) y sus variantes son las más recomendadas en la actualidad, con sólida evidencia que respalda su eficacia en todos los niveles de gravedad del TEC y otros trastornos del espectro obsesivo-compulsivo. Este enfoque terapéutico busca la readaptación del paciente en los planos físico, emocional y conductual mediante el aprendizaje de técnicas específicas. Dentro de la TCC, se destaca la terapia de reversión de hábitos (TRH), que tiene como objetivo reemplazar las conductas compulsivas por respuestas alternativas más adaptativas. Este abordaje se desarrolla en dos fases: el entrenamiento en conciencia, que implica identificar las situaciones, sentimientos y pensamientos que desencadenan el comportamiento compulsivo, y el entrenamiento en respuesta alternativa, que busca sustituir el componente placentero de la conducta disfuncional mediante una acción físicamente incompatible (p. ej., apretar una pelota de goma en lugar de rascarse). Esta nueva respuesta debe sostenerse durante un período suficiente para prevenir la reaparición del comportamiento patológico<sup>13-16</sup>.

### Abordaje farmacológico

Tradicionalmente, las guías clínicas recomiendan el uso de fármacos que actúan sobre las vías serotoninérgicas, especialmente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Estos medicamentos ejercen su efecto modulando los circuitos CSTC<sup>17</sup> (Tabla 2).

Los ISRS inhiben hasta el 90% la recaptación pre-sináptica de serotonina. Sin embargo, se estima que entre el 30% y el 60% de los pacientes con TOC no alcanzan la remisión con este tratamiento; incluso tras rotar entre distintos ISRS, cerca del 30% continúa siendo refractario<sup>18</sup>.

Teniendo en cuenta lo descrito en la fisiopatogenia, particularmente la hiperactividad o hiperconectividad de los circuitos CSTC (Figura 2), una alternativa terapéutica potencial está representada por los fármacos moduladores del sistema glutamatérgico, entre ellos, se destacan la N-acetilcisteína (NAC) y la memantina.

#### • N-acetilcisteína

Tras su administración oral, la NAC se hidroliza liberando cisteína, que atraviesa la barrera hematoencefálica. Esto aumenta los niveles de glutamato no sináptico, que se une a receptores presinápticos, inhibiendo la liberación del mismo y reduciendo sus niveles sinápticos. Como resultado, disminuye el impulso compulsivo<sup>19,20</sup>.

La dosis habitual de NAC es de 1200 a 2400 mg/día. Presenta un metabolismo hepático de primer paso elevado, con una vida media inferior a 6 horas. Su eliminación es principalmente renal y gastrointestinal<sup>19,20</sup>.

Los efectos adversos que se observan con baja frecuencia incluyen náuseas, vómitos, diarrea, dolor epigástrico y estreñimiento a dosis bajas, mientras que a dosis más altas puede causar urticaria, cefalea, rash, tinnitus y fiebre. Está contraindicada en el embarazo, en combinación con nitroglicerina y en casos de insuficiencia respiratoria<sup>19,20</sup>.

La evidencia en cuanto a su uso en TEC es sólida y con tendencia creciente. Una revisión sistemática de Nwankwo et al. mostró una mejoría significativa en el TEC con dosis de 1200-3000 mg/día. Un estudio doble ciego con 66 participantes con TEC, aleatorizados a NAC (35) o placebo (31), administró NAC de 1200 mg/día hasta 3000 mg/día durante 12 semanas, demostrando una reducción en la urgencia y el pensamiento compulsivo<sup>21</sup>.

Oliver et al., en una revisión sistemática, identificaron como dosis efectivas 800 mg/día en la población

pediátrica y 2400 mg/día en adultos durante al menos 3 semanas. Sin embargo, señalaron que la presencia de comorbilidades psiquiátricas (depresión, ansiedad) y el uso de tratamientos concurrentes pueden influir en la interpretación de los resultados<sup>22</sup>. Otros estudios evidenciaron mejoría en onicotilomanía, onicofagia y prurigo tras la administración oral de NAC, reduciendo los síntomas de rascado y mordisqueo<sup>23,24</sup>.

#### • Memantina

La memantina es un fármaco originalmente utilizado en la enfermedad de Alzheimer debido a su capacidad para modular la actividad glutamatérgica. En el TEC, se emplea por su efecto en la reducción de impulsos y conductas repetitivas al actuar como un antagonista no competitivo del receptor de N-metil-D-aspartato (NMDA) en la neurona posináptica, limitando la sobreexcitación neuronal inducida por el glutamato, reduciendo la compulsión y la ansiedad secundaria<sup>25</sup>.

Administrada por vía oral, tiene una biodisponibilidad del 100%, una vida media de 60-80 horas, metabolismo parcialmente hepático y eliminación renal. Se recomienda iniciar con 10 mg/día y aumentar a 20 mg/día tras 2 semanas. Sus efectos adversos más comunes incluyen mareos, somnolencia y cefalea<sup>26,27</sup>.

En una revisión sistemática de Modarresi et al. (125 pacientes) se concluyó que la memantina (20 mg/día) durante al menos 8 semanas mejora los síntomas del TOC moderado a severo, especialmente en pacientes refractarios a los ISRS<sup>27</sup>.

Otro estudio doble ciego con 100 adultos con tricotilomanía y TEC evaluó memantina (10-20 mg/día) versus placebo durante 8 semanas. El 60,5% del grupo memantina presentó una mejoría significativa frente al 8,3% del grupo placebo, destacando su potencial terapéutico en estos trastornos<sup>28</sup>.

Asimismo, un ensayo doble ciego que incluyó 70 pacientes con TOC comparó sertralina (hasta 200 mg/día) sola o con memantina (20 mg/día) por 12 semanas. De los 53 pacientes que completaron el estudio, aquellos en el grupo combinado mostraron mejor función ejecutiva y una buena tolerabilidad a la memantina<sup>29</sup>.



**FOTO 1:** Signo de la mariposa (véase respeto de la zona central del torso).



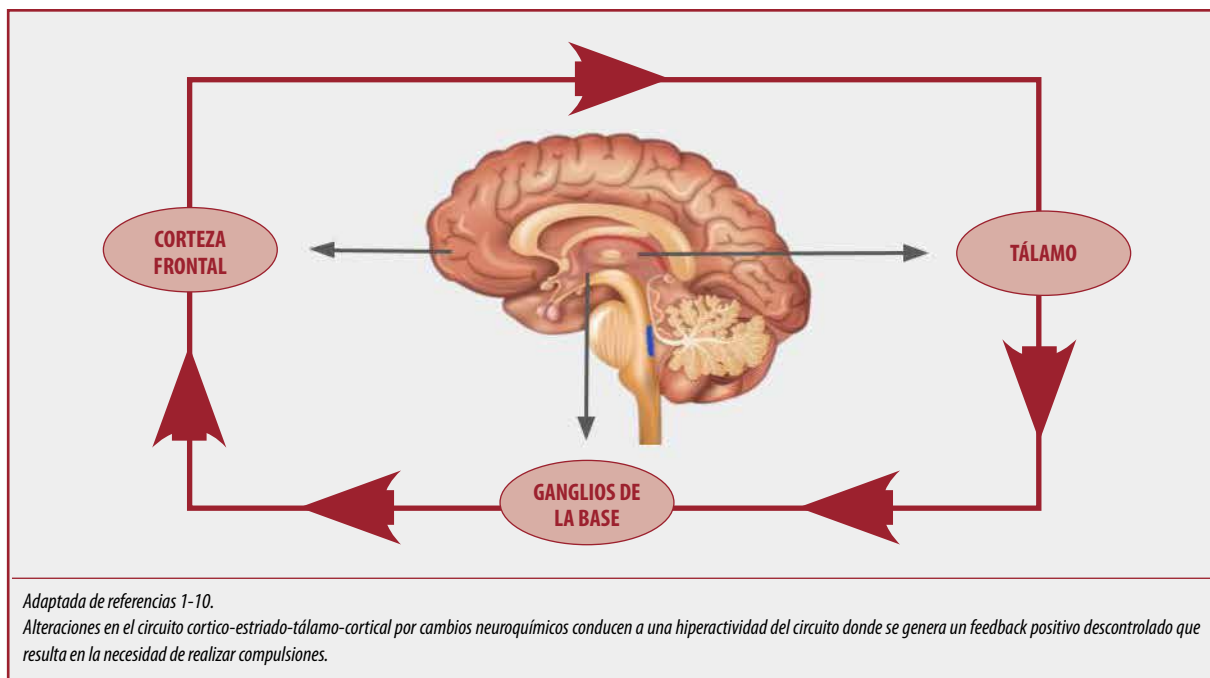
**FOTO 2:** Predominio de lesiones en la mano no dominante.



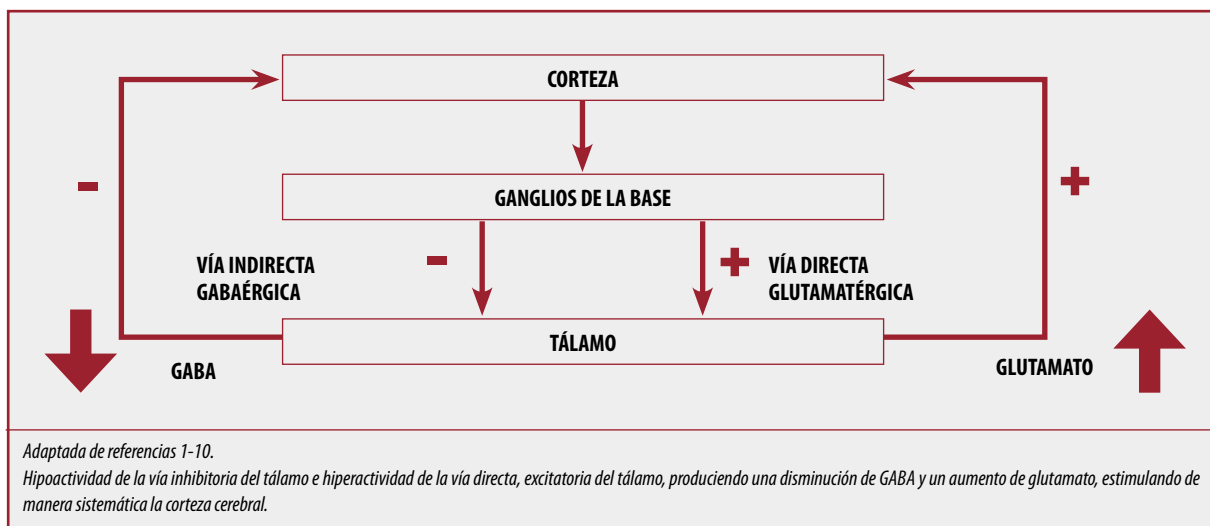
**FOTOS 3, 4 y 5:** Paciente con síndrome trófico trigeminal con ulceraciones generadas por disestesias.



**FOTO 6:** Paciente con trastorno por excoriación cutánea que utiliza elementos cortopunzantes.



**FIGURA 1:** Circuito cortico-estriado-tálamo-cortical: hábitos, movimientos y recompensa.



**FIGURA 2:** Hipoactividad de la vía inhibitoria gabaérgica e hiperactividad de la vía excitatoria glutamatérgica.

Laboratorio	Otros
Hemograma completo	Coproparatiológico
VSG y PCR	Biopsia cutánea
Creatinina, urea	Marcadores tumorales
Electrolitos	
Lactato deshidrogenasa	
Glucemia	
Serologías (VIH, VHC, VHB)	
IgE	
Según clínica: TSH±tiroxina libre, perfil férrico, serologías enfermedad celíaca	
<i>Adaptado de referencia 29.</i>	
<i>VSG: velocidad de sedimentación globular; PCR: proteína C reactiva.</i>	
<b>TABLA 1:</b> Laboratorio orientado a la identificación de causas del prurito sistémico. Estudios complementarios	

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE LA SEROTONINA	Dosis inicial (mg/día)	Dosis objetivo (mg/día)
Fluoxetina	20	80
Sertralina	50	200
Escitalopram	10	30
Fluvoxamina	50	300
Paroxetina	20	60
<i>Adaptado de referencia 30.</i>		

**TABLA 2:** Dosis de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

## CONCLUSIONES

Un porcentaje considerable de pacientes con TEC buscará inicialmente atención médica con un dermatólogo. Este escenario subraya la importancia de conocer este tipo de cuadros y su abordaje integral.

Las adicciones conductuales comparten un ciclo característico que incluye un deseo intenso, sensaciones de placer y una repetición compulsiva que agrava la dependencia del comportamiento. Este fenómeno es particularmente relevante en el contexto del TEC y de otros trastornos compulsivos. El equilibrio del sistema glutamatérgico desempeña un papel crucial en estos trastornos. Si bien las guías recomiendan ISRS como

tratamiento farmacológico de primera línea, diversos estudios han demostrado la eficacia de fármacos moduladores del glutamato, destacando la memantina y la N-acetilcisteína como opciones accesibles y con un perfil de seguridad favorable.

El trabajo interdisciplinario entre dermatólogos, psiquiatras y psicoterapeutas es clave para un tratamiento eficaz, con especial énfasis en la detección temprana de una posible patología psiquiátrica subyacente y en la implementación oportuna de medidas psicoeducativas que promuevan un modelo biopsicosocial de la enfermedad.

## BIBLIOGRAFÍA

- Phillips KA. Anxiety, obsessive-compulsive spectrum, post-traumatic, and dissociative disorders. In: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5<sup>th</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013;254-257.
- Okumuş HG, Akdemir D. Body focused repetitive behavior disorders. Behavioral models and neurobiological mechanisms. *Türk Psikiyatri Derg.* 2023;34:50-59.
- Sheppard NP, O'Loughlin S, Malone JP. Psychogenic skin disease: a review of 35 cases. *Br J Psychiatry.* 1986;149:636-643.
- Macmaster FP, Rosenberg DR. Glutamate and the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychopharmacol Rev.* 2010;45:33-40.
- Odlaug BL, Hampshire A, Chamberlain SR, Grant JE. Abnormal brain activation in excoriation (skin-picking) disorder: evidence from an executive planning fMRI study. *Br J Psychiatry.* 2016;208:168-174.
- Yadav S, Narang T, Kumaran MS. Psychodermatology: a comprehensive review. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2013;79:176-192.
- Torales J, Díaz NR, Barrios I, Navarro R, et al. Psychodermatology of skin picking (excoriation disorder): a comprehensive review. *Dermatol Ther.* 2020;33:e13661.
- Romaní de Gabriel J, Chesa-Vela D. Psicodermatología en atención primaria. *Piel. (Barc).* 2005;20:282-289.
- Wong JW, Nguyen TV, Koo JY. Primary psychiatric conditions: dermatitis artefacta, trichotillomania and neurotic excoriations. *Indian J Dermatol.* 2013;58:44-48.
- Ständer S, Zeidler C, Magnolo N, Raap U, et al. Clinical management of pruritus. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2015;13:101-115.
- Huang Y, Weng Y, Lan L, Zhu C, et al. Insight in obsessive-compulsive disorder: conception, clinical characteristics, neuroimaging, and treatment. *Psychoradiology.* 2023;3.
- Valdivieso S, Ramírez C. El insight en psicoanálisis y sus dimensiones. *Rev Chil Neuro Psiquiatr.* 2002;40.
- Andrén P, Jakubovski E, Murphy TL, Woitecki K, et al. European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders-version 2.0. Part II: Psychological interventions. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2022;3:403-423.
- Liu S, Li Y, Cui Y. Review of habit reversal training for tic disorders. *Pediatr Investig.* 2020;4:127-132.
- Dunbar AB, Magid M, Reichenberg JS. Habit reversal training for body-focused repetitive behaviors: a practical guide for the dermatologist. *G Ital Dermatol Venereol.* 2018;153:557-566.
- Whiting C, Azim SA, Friedman A. Updates in the treatment of body-focused repetitive disorders. *J Drugs Dermatol.* 2023;22:1069-1070.
- Albert U, Marazziti D, Di Salvo G, Solia F, et al. A systematic review of evidence-based treatment strategies for obsessive-compulsive disorder resistant to first-line pharmacotherapy. *Curr Med Chem.* 2018;25:5647-5661.
- Hirschtritt ME, Bloch MH, Mathews CA. Obsessive-compulsive disorder: advances in diagnosis and treatment. *JAMA.* 2017;317:1358-1367.
- Janeček M, Moy L, Riopelle A, Vetter O, et al. The potential uses of N-acetylcysteine in dermatology: a review. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2019;12:20-26.
- Adil M, Amin SS, Mohtashim M. N-acetylcysteine in dermatology. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2018;84:652-659.
- Nwankwo CO, Jafferany M. N-acetylcysteine in psychodermatological disorders. *Dermatol Ther.* 2019;32: e13073.
- Oliver G, Dean O, Camfield D, Blair-West S, et al. N-acetyl cysteine in the treatment of obsessive compulsive and related disorders: a systematic review. *Clin Psychopharmacol Neurosci.* 2015;13:12-24.
- Lee DK, Lipner SR. The potential of N-acetylcysteine for treatment of trichotillomania, excoriation disorder, onychophagia, and onychotillomania: an updated literature review. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19:6370.
- Grant JE, Chamberlain SR, Redden SA, Leppink EW, et al. N-acetylcysteine in the treatment of excoriation disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2016;73:490-496.

25. Rossom R, Adityanjee, Dysken M. Efficacy and tolerability of memantine in the treatment of dementia. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2004;2:303-312.
26. Wilcock G, Mobius HJ, Stoffler A; MMM 500 group. A double-blind, placebo-controlled multicentre study of memantine in mild to moderate vascular dementia (MMM500). *Int Clin Psychopharmacol.* 2002;17:297-305.
27. Modarresi A, Chaibakhsh S, Koulaeinejad N, Koupaei SR. A systematic review and meta-analysis. Memantine augmentation in moderate to severe obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2019;282:112602.
28. Grant JE, Chesivoir E, Valle S, Ehsan D, et al. Double-blind placebo-controlled study of memantine in trichotillomania and skin-picking disorder. *Am J Psychiatry.* 2023;180:348-356.
29. Askari S, Mokhtari S, Shariat SV, Shariati B, et al. Memantine augmentation of sertraline in the treatment of symptoms and executive function among patients with obsessive-compulsive disorder. A double-blind placebo-controlled, randomized clinical trial. *BMC Psychiatry.* 2022;22:34.

## CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN

- 1) Según los criterios diagnósticos del DSM-5, ¿cuál de las siguientes es una característica principal del trastorno por excoriación (TEC)?
- A- Rascado repetitivo sin producir lesiones.
  - B- Rascado recurrente que provoca lesiones en la piel.
  - C- Rascado solo en situaciones de estrés, sin consecuencias.
  - D- Rascado sin malestar ni impacto en la vida diaria.
- 2) ¿De qué lado del cuerpo predominan las lesiones cutáneas en el TEC?
- A- Lado dominante.
  - B- Centro del dorso.
  - C- Ambos lados por igual.
  - D- Lado no dominante.
- 3) ¿Qué concepto define mejor las adicciones conductuales en el TEC?
- A- La conducta se realiza sin pensar, solo por reflejo.
  - B- Incluyen un deseo previo, una sensación de placer y una repetición compulsiva.
  - C- Se presentan únicamente en el contexto de consumo de drogas ilegales.
  - D- La conducta es inevitable y no se puede modificar.
- 4) Dentro del contexto del TEC, ¿qué significa el término "insight" en relación con el paciente?
- A- La percepción de placer durante la conducta habitual.
  - B- La capacidad del paciente para comprender su enfermedad y su funcionamiento.
  - C- La cantidad de lesiones cutáneas que presenta.
  - D- La respuesta fisiológica a los fármacos utilizados.
- 5) ¿Qué aspecto es fundamental para un diagnóstico correcto del TEC, además de la evaluación física?
- A- La radiografía de la zona afectada.
  - B- La presencia exclusiva de lesiones en la espalda.
  - C- Una anamnesis minuciosa que incluya el entorno psicosocial.
  - D- La realización de una biopsia cutánea.
- 6) ¿Qué circuito neuronal desempeña un papel clave en la formación de hábitos relacionados con el TEC?
- A- Circuitos cortico-estriatales-tálamo-corticales.
  - B- Circuitos corticoespinales.
  - C- Circuitos límbico-amigdalares.
  - D- Circuitos espinotalámicos.
- 7) ¿Cuál es un enfoque terapéutico que busca reemplazar conductas compulsivas por otras más adaptativas?
- A- Terapia fotodinámica.
  - B- Neurocirugía.
  - C- Terapia electroconvulsiva.
  - D- Terapia de reversión de hábitos.
- 8) ¿Qué tipo de medicamentos recomiendan las guías clínicas para tratar el TEC?
- A- Amitriptilina.
  - B- Bupropión.
  - C- Sertralina.
  - D- Venlafaxina.
- 9) ¿Qué fármaco actúa modulando el sistema glutamatérgico y se usa como opción terapéutica en casos de TEC?
- A- Memantina.
  - B- Zolpidem.
  - C- Clozapina.
  - D- Lorazepam.
- 10) ¿Qué rol tiene la hiperactividad o hiperconectividad de los circuitos cortico-estriatales-tálamo-corticales en el TEC?
- A- Disminuye los impulsos y favorece la inhibición de conductas compulsivas.
  - B- Genera un feedback positivo descontrolado.
  - C- No tiene relevancia en el proceso patológico del TEC.
  - D- Solo afecta a pacientes con comorbilidades neurológicas.

---

**Respuestas correctas Vol. XXXII, N° 1, 2026: página 96**

---