

Agradeceremos que antes de utilizar este material, solicite autorización a su autor,

Dr. Juan Carlos Martínez, escribiéndole a jcmartinez32@yahoo.com

DERMATILOMANÍA O DERMATOTILOMANIA

Dr. Juan Carlos Martínez Aguayo.

Dirección Postal: 5 oriente 260 depto 1401, Viña del Mar.

Mail: jcmartinez [32@yahoo.com](mailto:jcmartinez32@yahoo.com)

Fono: 32-2-710761, 09-2192277

Resumen

La dermatilomania al igual que la tricotilomanía, es un trastorno del control del impulso, que se caracteriza por la necesidad o urgencia por tocar, rascar, frotar, restregar, friccionar, apretar, morder o excavar la piel; a menudo en respuesta a mínimas irregularidades o defectos, o a la presencia de zonas afectadas por acné discreto. Lo anterior es realizado con uñas y/o herramientas accesorias como pinzas o agujas, siendo el daño tisular de moderado a severo, con complicaciones como infecciones que pueden llegar a la celulitis y a cicatrices definitivas y deformantes, con el consecuente deterioro psicosocial.

Palabras claves: rascado cutáneo, compulsión, dermatilomania.

Summary

Compulsive skin picking and trichotillomania are both impulse control disorders, characterized by the need or urge to touch, scratch, scrub, friction, rub, bite, press or dig in the skin; it is often an answer to minimum skin defects or to mild acne. Usually the person uses the nails, tweezers, or needles. The resulting tissue damage can be moderate to severe, with complications such as local infections that can lead cellulitis, and permanent deforming scars, with psychosocial damage. The aim of this revision is to show the most relevant data on this matter using MEDLINE.

Key words: skin picking, compulsion, dermatotillomania.

Introducción

El sistema nervioso y la piel tienen un origen común a partir del ectodermo embrionario. De ahí, que a través de sus lesiones, la piel dé cuenta de nuestro estado emocional y mental. Al respecto, en el 25 a 33% de los pacientes dermatológicos es posible reconocer patología psiquiátrica o aspectos psicosociales disfuncionales ⁽¹⁾.

Un paciente que presente alteraciones en piel y *psique* debe evaluarse –en conjunto– como un paciente psicodermatológico, y con ello orientarse en dos vertientes. (1) Como un desorden dermatológico con aspectos psiquiátricos; y (2) como un trastorno psiquiátrico con expresión dermatológica. En el primer grupo se incluyen la psoriasis, la dermatitis atópica, la urticaria y el angioedema, la alopecia areata, y el acné. En el segundo grupo, la depresión mayor, el trastorno obsesivo – compulsivo, el trastorno dismórfico corporal, la fobia social, el trastorno de estrés post – traumático, la dermatitis artefacta o facticia ⁽¹⁾, y las denominadas “conductas repetitivas orientadas al cuerpo” ⁽²⁾.

Estas últimas, han sido originalmente descritas por Bohne y cols (2002) y definen todas aquellas conductas que se enfocan en remover uñas, pelo, piel y mucosa ⁽²⁾, y cuyo origen sería impulsivo – compulsivo ⁽³⁾.

Muchos actos repetitivos orientados al cuerpo no constituyen patología, sino un hábito “de aseo o acicalamiento”. Por ejemplo, “morder las uñas” para mantenerlas de un largo adecuado es un hábito, y como tal una conducta egosintónica en dos sentidos: (1) tanto el “yo” como la “acción” están sintonizados en una misma frecuencia, el “yo” quiere hacer la acción, y la persona se identifica con su conducta. El “yo” reconoce paternidad propia (que la idea surge de él), busca un propósito funcional (a su servicio) y cuenta con el control de la voluntad. (2) La conducta “no produce molestia o rechazo”, no produce evitación, ansiedad, tensión, culpa, vergüenza o disfunción de ningún tipo.

Pero, ¿qué pasaría si el morder las uñas pasa a ser una conducta permanente, persistente, penetrante; dominado por la incapacidad de librarse de ella pese al deseo de hacerlo, con un deterioro funcional y social importante?. ¿Qué pasaría si el morder las uñas va más allá del borde libre de ésta, y se asocia a sangramiento e infecciones; o el pellizcar “los puntos negros” de la piel (tan propio del adolescente) incluye no sólo comedones sino lunares, manchas o piel sana, dejando amplias zonas cicatriciales o marcas definitivas?. En estos casos, un hábito se transforma en patología ⁽⁴⁾. Surgen así la onicofagia y la dermatilomania respectivamente, que no están incluidos en el DSM – IV o el CIE – 10, y que comparten muchas características fenomenológicas, de comorbilidad y tratamiento, con otras conductas repetitivas orientadas al cuerpo como la tricotilomania ⁽⁵⁻⁸⁾.

La dermatilomania o dermatotilomania, fue descrita por Wilson el año 1875 bajo el nombre de skin picking ⁽²⁾. Actualmente en la literatura recibe denominaciones como: rascado cutáneo compulsivo (skin compulsive picking), excoiación neurótica, excoiación psicógena o acné excoiado ^(2,5,6,9).

Como expresión, la dermatilomania, se caracteriza por la necesidad o urgencia por tocar, rascar, frotar, restregar, friccionar, apretar, morder o excavar la piel ⁽²⁾, a menudo en respuesta a mínimas irregularidades o defectos, o a la presencia de zonas afectadas por acné discreto ⁽⁹⁾. Lo anterior, realizado con uñas y/o herramientas accesorias como pinzas o agujas, siendo el daño tisular de moderado a severo, pudiendo complicarse con infecciones de diversa cuantía (llegando incluso a la celulitis), cicatrices definitivas y deformantes, y un significativo daño estético/emocional ^(6,7,10). Como entidad nosológica, ha sido considerada parte del espectro obsesivo compulsivo o como un trastorno en el control de los impulsos ^(5,6).

El propósito de este trabajo es revisar una patología que pese a haber sido descrita hace más de cien años ⁽²⁾ resulta poco conocida y escasamente comprendida ⁽⁵⁾; sin contar con un

reconocimiento formal en los sistemas clasificatorios DSM IV y CIE-10, recibiendo además una mínima atención en la literatura médica ⁽⁵⁾.

Con el objeto de revisar la dermatilomania, se efectuó una búsqueda bibliográfica mediante MEDLINE y MEDSCAPE de los artículos en que el rascado cutáneo repetitivo se daba como un trastorno en el control de los impulsos y no como parte de otra entidad. Para ello, utilizamos palabras como “dermatillomania”, “dermatotillomania”, “skin picking”, “skin compulsive picking”, “acne excoriee”, “neurotic excoriation” y “psychogenic excoriation”. Del mismo modo, hacemos un análisis fenomenológico de la dermatilomania y su diagnóstico diferencial. Utilizamos en éste artículo los conceptos skin picking y rascado cutáneo impulsivo – compulsivo como sinónimo de dermatilomania.

Epidemiología

La epidemiología de la dermatilomanía no ha sido bien establecida ^(2,5,6,8). En la consulta dermatológica su prevalencia es cercana al 2%, mientras que entre los estudiantes universitarios fluctúa entre un 2% a 4% ^(2,8); desconociéndose la información en la población general. En un estudio que reunió a 200 estudiantes de psicología, se encontró que el 91.7% de los alumnos reconocía haber pellizcado su piel durante la última semana, pero el 57.9% señaló que dicha conducta era recurrente, definido como uno o más episodios diarios. Estas cifras se reducen al 4.6% si se consideraba la presencia de estrés o impedimento funcional producto del rascado, y al 2.3% si no se consideraban aquellos pacientes cuyo rascado tenía directa relación con alguna patología no psiquiátrica ⁽²⁾.

En otro estudio realizado con 111 alumnos de psicología, se encontró un 78.1% de rascado cutáneo. Si entre quienes rascaban su piel, se consideraba como criterio un “notable daño tisular” pero sin estrés para el paciente, estas cifras se reducían al 48.8%; y al considerar los dos criterios a

un 4.9%. Extrapolando los resultados se encontró que en el 3.8% de la población general universitaria (total de encuestados, incluyendo a quienes no se rascan) era posible encontrar un rascado con consecuencias estéticas y emocionales significativas ⁽⁴⁾, cifras que coinciden con otros estudios de prevalencia ^(2,8).

Entre 1324 alumnos estudiantes universitarios, 381 participantes (28.8%) reportaron un rascado cutáneo ocasional (menos de 1 hora por día); 56 (4.2%) señaló que su conducta era frecuente (entre 1 a 3 horas diarias); 9 (0.68%) muy frecuente (entre 3 a 8 horas diarias) y; 4 (0.3%) constante (más de 8 horas diarias). Considerando el total de pacientes encuestados, 149 participantes (11.3% del total, 2/3 de los cuales eran mujeres) reportaron un distress leve frente al rascado; 37 (2.8%, 28 de los cuales eran mujeres) un distress moderado; 13 (0.98%, 9 mujeres) un distress severo; y 4 (0.3%, 1 mujer) un distress “extremo” ⁽¹¹⁾. Ésto indicó que el 5.2% de la muestra se dedicaba al rascado con gran regularidad; adicionalmente, 4.0% reportó como mínimo un distress moderado.

En cuanto a la edad de inicio, la dermatilomania aparece entre los 12.4 ⁽⁵⁾ y 15 años de edad ⁽⁶⁾, con un rango entre los 5 a 23 años ^(6,9), aunque para otros autores este fluctúa entre los 30 y 40 años ^(3,12). Su curso tiende a la cronicidad, estimándose en promedio una duración de 21 años ⁽²⁾, y su distribución varía según sexo con una relación de 3:1 a 8:1 a favor a las mujeres ^(3,9). Un estudio que incluyó población no consultante, no evidenció diferencias entre ambos sexos, sin embargo, los casos graves de rascado se observaron exclusivamente en el sexo femenino ⁽²⁾.

Clínica

El cuadro clínico se origina (por primera vez) en respuesta a prurito u otras sensaciones cutáneas como ardor, hormigueo, calor, sequedad, dolor, etc; para luego dar paso a conductas compulsivo - impulsivas independiente a dichas sensaciones ⁽⁹⁾.

Los impulsos posteriores usualmente se gatillan por la observación de la piel, dando paso a una inquietud y/o tensión creciente que hace que el rascado sea difícil de controlar o resistir ^(3,6). Mientras se realiza el rascado, se produce una sensación de gratificación, placer y alivio, que algunos llegan a describir como un estado de trance; sin embargo, a medida que transcurre la conducta, disminuye la satisfacción y la gratificación, disminuye el prurito y la sensación de tensión inicial; dando paso a dolor, sentimiento de culpa y arrepentimiento, que se incrementa progresivamente a medida que se prolonga el rascado ^(2,7). Finalmente las lesiones resultantes producen vergüenza, autoreproche y compromiso social en grado variable que puede ir desde la evitación circunstancial (playa, piscina, o no usar poleras y faldas) hasta la limitación de la vida afectiva y sexual, llegando incluso al aislamiento social ^(2,6,8).

La sensación de tensión previa es descrita por la mayoría de los pacientes (79 a 81%). De igual forma, el alivio posterior se observa en más de la mitad de los casos (52 a 79%) ⁽¹³⁻¹⁵⁾.

El rascado se realiza sobre granos o espinillas (93.2%), picaduras de insectos (63.9%), costras (57.1%), zonas infectadas e inflamadas o tumefactas (34.6%), o sobre piel sana (7.7 a 18%) ^(2,8).

Hay situaciones emocionales facilitadoras como estrés, tristeza, rabia, aburrimiento y ansiedad, o situaciones específicas como hablar por teléfono, estar en cama, leer, ver televisión, tomar un baño, etc. ⁽²⁾.

Las conductas utilizadas son apretar la piel (59.0 a 85%), rascar (55.1 a 77.4%), morder (32.3%), frotar o restregar (21.8 a 24.1%), tocar (15.0%), excavar y remover (4.5 a 11.5%) o pinchar (2.6%) ^(2,5); siendo los instrumentos más comúnmente utilizados uñas (73.1 a 80.5%), dedos (51.3 a 71.4%), dientes (35.3%), alfileres o broches (5.1 a 16.5%), pinzas (9.0 a 14.1%), tijeras (5.3%), tejidos (5.1%) y otros instrumentos (2.6%) ^(2,5).

Las zonas afectadas con mayor frecuencia difieren entre un estudio y otro, siendo las más citadas: cara, brazos, piernas, y dorso del tórax ^(3,5,6); lo anterior, probablemente por ser zonas expuestas y de fácil acceso. Al respecto, un tipo especial de dermatilomanía es la llamada tricoteiromanía, en que el paciente rasca o frota sus dedos y uñas como si fuesen “una goma de borrar” sobre cualquier superficie con pelo, produciendo alopecia secundaria. A diferencia de la tricotilomanía en éste caso no hay arrancamiento del cabello ⁽¹⁶⁾.

Por afectar regiones visibles, el 70.7% de los pacientes con skin picking trata de cubrir y disimular las áreas excoriadas usando cosméticos (60.2%), prendas de vestir (20.3%), vendajes (17.3%), etc ⁽²⁾. En otra serie, 46.2% reportaba el uso de cosméticos para “camuflar” las zonas afectadas, 19.2% vendajes y 10.3% ropas especiales ⁽⁵⁾.

En la tabla 2, se compara la prevalencia de distribución del rascado según dos estudios diferentes. Si bien en ambos grupos la cara es la región más afectada, existe divergencia en la distribución de las zonas afectadas. Estos resultados podrían explicarse por la diferencia tanto en la edad como en la severidad de las muestras. El estudio de Keuthen y cols (2000) ⁽⁵⁾ incluye un grupo de estudiantes, en cambio, el trabajo de Calikusu y cols (2003) ⁽³⁾ es realizado en pacientes adultos que consultan a dermatología por las lesiones del rascado cutáneo. Del mismo modo, en el trabajo de Keuthen y cols (2000) se comparó el grupo de estudiantes que reportó skin picking con una muestra de pacientes con el mismo diagnóstico que se encontraba bajo control dermatológico, encontrando en el segundo grupo una mayor severidad clínica y un compromiso preferente de la parte alta del torso, extremidades superiores e inferiores, y no tanto en cara como en adolescentes ⁽⁵⁾ (probablemente los pacientes jóvenes remuevan espinillas o puntos negros, y eso oriente su rascado a zonas diferentes al paciente adulto).

Tabla 1. Prevalencia de las regiones afectadas por Skin Picking según dos estudios diferentes.

Sitio / %	Keuthen y cols (2000) ⁽⁵⁾ N = 78	Calikusu y cols (2003) ⁽³⁾ n = 31
Cara	-	41.9
Mentón	57.7	
Mejillas	39.7	
Nariz	38.5	
Frente	34.6	
Espalda	-	29.0
Cutículas	28.2	
Cuero cabelludo	24.4	
Manos	23.1	
Abdomen	-	22.6
Brazos	15.5	77.4
Labios	12.8	
Hombro	10.3	
Piernas	10.3	58.1
Pies	10.3	
Parte baja del dorso	6.4	
Cuello	6.4	25.8
Orejas	5.1	
Ojos	5.1	
Ingle	3.8	
Pecho	2.6	

Típicamente las excoriaciones son de pocos milímetros de diámetro ⁽⁹⁾ y como consecuencia del rascado se describe prurito (69.9%), dolor e irritación (37.2 a 50.4%), sangramiento (36.8 a 53.8%), inflamación (35.9%), infección (2.6 a 31.6%), marcas o cicatrices (21.1 a 23.1%), desfiguración (1.3 a 3.0%), cavidades o cráteres profundos (2.3 a 2.6%) ^(2,5), e hipo o hiperpigmentación de la zona afectada ⁽³⁾.

Las lesiones cavitadas secundarias al rascado pueden ser superficiales o profundas y a menudo de distribución lineal. La base de las úlceras puede estar limpia o cubierta por costras, y generalmente se observan cicatrices de lesiones anteriores, escaras lineales o lesiones redondeadas hipo o hiperpigmentadas, localizadas en el área donde se producen las excoriaciones. Las personas diestras tienden a producirse lesiones en el lado izquierdo, mientras que en los zurdos ocurre lo contrario. ⁽¹⁷⁾.

En quienes presentan un rascado diario, se estima que 24.8% ocupa menos de un minuto al día, 43.6% entre uno y diez minutos, 14.3% entre once y treinta minutos, el 6.8% entre treinta y noventa minutos, y 1.5% más de noventa minutos diarios ⁽²⁾. En este estudio, no se especifica la relación temporal existente entre minutos de rascado y daño tisular, funcional o social; aunque mientras mayor es el tiempo dedicado a la conducta, mayor sería el deterioro global del paciente. Otro estudio encontró que un 2.6% de quienes rascaban de modo recurrente su piel, lo hacían por más de 250 minutos al día ⁽⁵⁾, dedicando el mayor tiempo a dicha conducta entre las 20 y las 24 horas ⁽⁹⁾.

Otras conductas repetitivas relacionadas con el cuadro son onicofagia (65.4%), onicotilomania (59.0%), succionarse los labios (50%), hacer sonar los nudillos (48.7%), enroscar el pelo (39.7%), morderse la mejilla (23.1%), espasmos de los párpados (15.4%), atracón de comidas (9.0%) y mecer el cuerpo (9.0%) ⁽⁵⁾.

Skin Picking Scale

Corresponde a una escala confeccionada por Keuthen y cols (2001), consistente en 8 ítems individuales que incluyen: frecuencia del impulso, intensidad del impulso, tiempo dedicado al skin picking, interferencia debido al skin picking, distress asociado, resistencia, nivel de control, y evitación. Todos los ítems tenían 5 niveles de puntuación, de 0 (ausencia, negativo) a 4 (extremo) (18).

Tabla 2. Skin Picking Scale (18).

Item	Pregunta
1.-Frecuencia del Impulso	¿Con que frecuencia siente la necesidad o el impulso por rascar su piel?
2.-Intensidad del Impulso	¿Qué tan intenso resulta dicho impulso?
3.-Tiempo dedicado al rascado	¿Cuánto tiempo pierde en el rascado?, ¿con qué frecuencia ocurre?, ¿qué tanto tiempo extra requiere para realizar labores rutinarias producto del rascado comparado con quienes no presentan dicha conducta?
4.-Interferencia debido al rascado	¿Cuánto interfiere el rascado en su funcionamiento social o laboral? (si no se encuentra empleado, estime cuanto afectaría su rendimiento si estuviese trabajando)
5.-Distress asociado al rascado	¿Cuánto distress experimenta como consecuencia del rascado?, ¿cómo se siente si evita rascar su piel?, ¿qué tan ansioso se sentiría?
6.-Resistencia al rascado	¿Cuánto esfuerzo realiza para resistir el rascado? (sólo haga referencia al esfuerzo por resistir, no el éxito o el fracaso en controlar el rascado)
7.-Control sobre el rascado	¿Qué tan fuerte es lo que te conduce a rascar tu piel?, ¿qué tanto control tiene usted sobre el rascado?
8.-Evitación debida al rascado	¿Ha dejado de hacer algo, ir a algún lugar, o estar con alguien producto del rascado?; si es sí, ¿cuánto ha evitado?

Diagnóstico diferencial

Como hemos señalado, en el contexto de un trastorno o enfermedad mental, el rascado puede darse como síntoma periférico de un trastorno del ánimo, de ansiedad, de personalidad (en sus vertientes obsesiva y límite), en el retardo mental (ejemplo, síndrome de Prader – Willi) y en el síndrome de Tourette, entre otros. Como síntoma central, puede observarse en el trastorno obsesivo compulsivo, en la dermatitis artefacta, en el trastorno dismórfico corporal, en el delirio parasitario y en la dermatilomania ^(3,5,6,8).

Una limitante a nuestra revisión, es que en la literatura los conceptos skin picking, rascado cutáneo compulsivo, excoiación neurótica o psicógena, acné excoiado, dermatilomania o dermatotilomania, etc; son utilizados como sinónimos para referirse a cualquier rascado de origen neuro-psiquiátrico. De ese modo, se colocan dichas conductas en una “gran hoya” sin considerarse las motivaciones o vivencias tras el rascado.

Así, hay artículos en que los diagnósticos primarios son esquizofrenia, trastorno obsesivo compulsivo o dismorfofobia, sin relación con un descontrol del impulso. Por otra parte, hay un número importante de revisiones dedicadas al rascado repetitivo, que corresponden a síntomas en el contexto del síndrome de Prader Willi en que la conducta ha sido catalogada como perseveración sin poder establecerse con claridad si existe un trastorno en el control del impulso con toda la fenomenología que caracteriza a la trico y dermatilomanía.

Por ejemplo, en un estudio realizado por Calikusu y cols (2003), el 45.2% de los pacientes con “skin picking” presentaba un TOC comórbido. En el 41.9% el tema de la obsesión era la contaminación y en el 22.6% la simetría y el orden; del mismo modo, la mayoría de las compulsiones se relacionaban con el aseo y la limpieza, o con arreglar u ordenar ⁽³⁾. En este estudio, no es posible determinar si el rascado cutáneo es secundario a un trastorno primario de los impulsos (y en ese caso, realmente existe comorbilidad con TOC) o bien la conducta se desprende como acto compulsivo en respuesta a una obsesión de aseo o “perfección” (p.ej., remover asperezas, granos, cambios de coloración). Utilizar la escala de YBOCS no es suficiente para establecer la diferencia diagnóstica, al ser insuficiente en su capacidad de distinguir compulsión de impulsión.

En otro ejemplo, el estudio de Keuthen y cols (2000) contempla una encuesta en búsqueda de “skin picking”. Como criterios de pesquisa se utilizaron los siguientes parámetros: (1) presencia de rascado o excoiación cutánea que resulta en un daño tisular significativo, y (2) un distress o impedimento significativo en el funcionamiento diario secundario a la conducta. Con esos criterios, tampoco es posible determinar si el “skin picking” se ubica en el contexto de un TOC, trastorno dismórfico corporal o dermatilomania. De los 111 estudiantes estudiados, 4 cumplieron ambos criterios ⁽⁵⁾; en dos de estos se podría plantear un rascado cutáneo impulsivo, los dos restantes tendrían características que orientan hacia a una dismorfofobia.

Delirio parasitario

En este caso existe la idea apodíptica de padecer una infestación parasitaria de la piel. El paciente puede recoger pequeños restos epiteliales y llevarlos a examinar, insistiendo siempre en que el parásito responsable está contenido en ese material. Muestras de supuestos parásitos incluidos en envases, papeles o pañuelos, o fijados en cinta adhesiva son tan características que constituyen el “signo princeps”. Su clasificación resulta compleja, pudiendo observarse como idea delirante en el contexto de una esquizofrenia o un trastorno de ideas delirantes, como idea deliroide en el contexto de una depresión, trastorno bipolar; o bien en trastornos por ansiedad o en trastornos obsesivos compulsivos ⁽¹⁷⁾.

Dermatitis artefacta o facticia

Se aplica a las lesiones cutáneas autoinflingidas de manera consciente cuya intención habitualmente es obtener una ganancia secundaria como despertar simpatía o eludir algún tipo de responsabilidad. Por lo general, los pacientes utilizan medios mecánicos, irritantes químicos o cáusticos, simulando otras dermatosis. Las lesiones tienen algunos rasgos distintivos como bordes netos, de apariencia extraña, ubicadas por lo general al alcance de las manos, con tendencia a ser lineales, dispuestas regular y simétricamente; rara vez se observan en manos, muñeca o brazo derecho, a menos que el paciente sea zurdo ⁽¹⁷⁾. Una importante diferencia diagnóstica con la dermatilomanía, es que el paciente no reconoce la naturaleza autoinflingida, oculta y desea engañar; en cambio, quién presenta un descontrol del impulso reconoce su autoría y solicita ayuda.

Dermatotalasia

Corresponde a la conducta orientada a frotar o pellizcar la piel para producir magulladuras, que en ocasiones se realiza como defensa frente al dolor en otras localizaciones ⁽¹⁷⁾.

Existe poca información en la literatura, por lo que su fenomenología no es clara.

Trastorno dismórfico corporal o dismorfofobia

Los dermatólogos son los médicos más consultados por un trastorno dismórfico corporal ⁽¹⁹⁾.

Los pacientes presentan una preocupación excesiva ante defectos mínimos o imaginados de su cuerpo, que viven como algo “horrible, detestable o deformante”, pese a una apariencia objetiva normal ⁽²⁰⁾.

Esta distorsión cognitiva cobra el valor de una idea sobrevalorada, en que el paciente defiende tenazmente su creencia, aunque puede someterla a duda e intersubjetividad; pero en aproximadamente el 50% de los pacientes que buscan atención psiquiátrica la idea cobra valor delirante ⁽²¹⁾.

Los pacientes intentan ocultar su “defecto” a través de maquillaje, crema o ropa, y consultan diversos especialistas para solucionar su problema ⁽²²⁾. En un intento de corrección, son capaces de remover con uñas u otros objetos pequeños fragmentos de piel sin importar que la consecuencia sea una herida de importancia, la cual a los ojos del paciente es mejor que el defecto original.

A diferencia de la dermatilomania, en la dismorfofobia, se involucra lo ideacional (cognitivo) y no los impulsos. El cómo surge la idea es egosintónico (nace del paciente bajo el control de su voluntad); y en esa egosintonía, moviliza al paciente a buscar solución. Al dismorfofóbico no le incomoda su pensar sino el defecto que desea remover; por ello cree en su idea y la defiende, actuando en concordancia. El obsesivo en cambio, no cree en la idea, da carácter de absurdo y lucha contra ella, siendo egodistónica por su presencia y contenido.

Según la literatura, el rascado cutáneo compulsivo es una conducta observable en un alto porcentaje de pacientes con un trastorno dismórfico corporal (27% de una serie de 123 casos) ⁽²³⁾.

Trastorno Obsesivo Compulsivo

Quienes manipulen su piel con el objeto de mantenerla limpia, pueden tener un trastorno obsesivo compulsivo ⁽²⁴⁾. Como señalábamos, en el estudio de Calikusu y cols (2003), el 45.2% de los pacientes con “skin picking” presentaba un TOC comórbido ⁽³⁾; y en una serie (n=31) el “skin picking” ha sido considerado el resultado de un trastorno obsesivo – compulsivo en el 52% de los casos ⁽¹⁵⁾. Esto permite plantear que probablemente una parte considerable de la literatura – cuando se refiere a skin picking o a cualquiera de sus “sinónimos” – privilegia la conducta “rascado repetitivo” sin un marco psicopatológico preciso.

El TOC y los trastornos del control de los impulsos presentan características similares en su fenomenología como la pobre capacidad para controlar la conducta, algún grado de resistencia, el patrón repetitivo, y el hecho que ambas patologías pueden coexistir en una misma persona ⁽²⁵⁾.

Por otra parte, las conductas impulsivas y obsesivas han sido clasificadas como fenómenos fundamentalmente diferentes. La impulsividad es considerada una falla o una ineficiente capacidad de control que resulta en una conducta desinhibida; la compulsión es vista como una conducta controladora (de la obsesión), aunque difícil de controlar. La compulsión si bien reduce la ansiedad o un distress, a diferencia del impulso, va orientada a neutralizar una idea obsesiva. La compulsión siempre es molesta, egodistónica de principio a fin; nunca se asocia a placer o gratificación, sólo a alivio.

Antes de realizar la compulsión puede haber planificación de qué y cómo realizarlo, el impulso –en cambio- “brota” sin mayor intervención cognitiva. En su acción, la compulsión se concreta para evitar “un riesgo”, los actos impulsivos –por su parte- exponen al paciente a situaciones potencialmente dañinas ⁽²⁵⁾.

Algunos autores les han denominado a estas conductas “compulsivo – impulsivas” debido a las características impulsivas (arousal) que inician el acto, y compulsivas ya que las conductas originadas son difíciles de manejar, detener y tienden a persistir en el tiempo ⁽²⁶⁾.

Arzeño Ferráo y cols (2006) compararon las características de pacientes con TOC versus pacientes con tricotilomanía (T) o skin picking (SP). Seleccionaron de modo consecutivo 20 pacientes con TOC y 20 pacientes con T/SP, con edades entre 15 y 65 años. Se utilizaron la Yale - Brown Obsessive -Compulsive Scale (Y-BOCS) y la Schalling Impulsivity Scale (SIS). Esta última, corresponde a una escala autoaplicada consistente en 10 ítems con 4 niveles de puntuación cada uno (1: “esta frase es igual a mí” a 4: “esta frase no se relaciona conmigo”). También se utilizaron la escala de Hamilton de ansiedad (HAM-A) y depresión (HAM-D) ⁽²⁵⁾.

Del total de pacientes del grupo T/SP, el 80% tenía sólo skin picking, 15% ambas patologías, y 5% sólo tricotilomanía. Los instrumentos aplicados a cada grupo mostraron una puntuación significativamente más alta en el Y-BOCS para el grupo TOC ($=0.004$). En la sub-escala relacionada con obsesiones, se verificó diferencia estadística a favor del grupo TOC ($p<0.001$), sin diferencia significativa en las compulsiones. La SIS, HAM-A y HAM-D no mostró diferencias estadísticas entre los grupos, aunque sí numéricas para la HAM-A a favor de los pacientes TOC ⁽²⁵⁾.

Los pacientes con T/SP creían que sus impulsos ocurrían súbitamente, mientras que los pacientes con TOC podían retrasar sus impulsos. Estos dos aspectos se relacionan con el tiempo transcurrido entre el proceso cognitivo y la conducta motora. Por otra parte, al realizar el acto, el grupo TOC sentía más culpa, mientras que el grupo T/SP sentía indiferencia o placer. Una vez concluida la acción, ambos grupos sentían culpa, pero los pacientes con T/SP presentaban mayor intensidad en este ítem ⁽²⁵⁾.

Otra diferencia fue que los pacientes TOC tenían rituales cuando realizaban el acto, mientras que esto no fue aplicable a los pacientes T/SP. Por último, el grupo TOC creía que “algo” podía ocurrir si evitaban la conducta, mientras que la creencia del grupo T/SP era de beneficio ⁽²⁵⁾.

Aunque no hubo diferencia significativa, algunas características mostraron ciertas tendencias. Los pacientes con T/SP consideraban el acto como irresistible, mientras que los pacientes TOC podían resistir un poco más el acto. El grupo T/SP consideraban sus impulsos involuntarios, mientras que el grupo TOC relacionaba las compulsiones como voluntarias. Pacientes con T/SP describen cierto tipo de placer o alivio en el acto, mientras que los pacientes TOC prefieren no correr riesgos. Ambos grupos evitan estímulos que podrían activar la realización del acto, sin embargo, los pacientes con TOC se esforzaban más ⁽²⁵⁾.

Comorbilidad

La comorbilidad se ha observado con trastornos de la personalidad (66.7%; 50% de los cuales son trastornos borderline), depresión mayor (47.6%), distimia (28.6%), ansiedad generalizada (19%), trastorno obsesivo compulsivo (6 a 19%), fobia social (9.5%), bulimia (9.5%) desorden de pánico (4.8%), trastornos de somatización (4.8%)^(2,7,9), y en menor porcentaje con enfermedad bipolar, agorafobia, estrés post – traumático y fobia específica^(2,7,9).

A lo largo de la vida, el skin picking puede presentarse en aproximadamente el 10% de los pacientes con tricotilomanía^(13,14).

Tratamiento

El tratamiento para la dermatilomanía son los antidepresivos, tanto tricíclicos como inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), con buena respuesta en relación a placebo^(2,5,6). Los antidepresivos más estudiados son los ISRS particularmente fluoxetina, seguido por sertralina y fluvoxamina^(2,5,6). La fluoxetina ha demostrado ser altamente efectiva con una dosis promedio de 55 miligramos al día a las 10 semanas de tratamiento (rango 20 – 80 miligramos)⁽¹³⁾ y la sertralina con dosis promedio de 95 miligramos al día, con disminución al 50% de la sintomatología al primer mes de tratamiento⁽²⁷⁾. Del mismo modo, se han fármacos utilizados con éxito han sido paroxetina, clomipramina, olanzapina, pimozide, naltrexona, entre otros⁽⁹⁾.

Respecto a la olanzapina, se reporta el caso de una paciente que luego de 8 meses de respuesta parcial a una terapia combinada con hidroxizina, sertralina y alprazolam, remite en su conducta impulsiva dentro del primer mes de adicionada olanzapina en dosis de 10 mgs/día. En otro paciente cuya respuesta fue limitada sertralina, la olanzapina en dosis de 2.5 mgs/día logra respuesta a partir del segundo día; luego de unas semanas, al suspender la medicación se reinicia el rascado, cediendo nuevamente al reintroducirse el antipsicótico ⁽¹⁶⁾.

Conclusiones

Si bien los términos acné excoriado, “skin picking” y excoriaciones neuróticas orientan al cómo se muestra la enfermedad, no logran precisar la fenomenología existente tras dicha conducta; limitándose exclusivamente a describir la naturaleza autoinflingida sobre la piel.

Sugerimos utilizar los términos rascado cutáneo impulsivo o dermatilomanía, para describir una entidad poco conocida y explorada, donde lo central es el descontrol del impulso. Del mismo modo, creemos importante delimitar con exactitud el “marco motivacional y vivencial” tras el rascado repetitivo, siendo insuficiente para el diagnóstico el deterioro funcional, social y tisular.

El DSM-IV en su versión revisada no incluyen patologías como: el rascado cutáneo, las compras, el uso del internet y las conductas sexuales no parafilicas de tipo impulsivo. Para algunos clínicos, la inclusión de estos trastornos - utilizando los mismos criterios que la tricotilomanía - será uno de los desafíos para las futuras ediciones del DSM ⁽²⁶⁾.

Bibliografía

- 1.-Gupta MA, Gupta AK. The use of antidepressant drugs in dermatology. *JEADV* 2001; 15: 512–518.
- 2.-Bohne A, Wilhelm S, Keuthen N, Baer L, Jenike M. Skin Picking in German Student. *Behav Modif* 2002; 26: 320 – 339.
- 3.-Calikusu C, Yücel B, Polat A, Baykal C. The relation of psychogenic excoriation with psychiatric disorders: A comparative study. *Compr Psychiatry* 2003; 44: 256 – 261.
- 4.-Martinez JC, González C, Correa E. Conductas repetitivas centradas en el cuerpo. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 2004; 40-44.
- 5.-Keuthen N, Deckersbach T, Wilhelm S, Hale E, Fraim C, Baer L et al. Repetitive Skin – Picking in a Student Population and Comparison with a Sample of Self – Injurious Skin – Pickers. *Psychosomatics* 2000; 41: 210 - 215.
- 6.-Bloch M, Elliot M., Thompson H, Koran L. Fluoxetine in Pathologic Skin Picking. *Psychosomatics* 2001; 42: 314 – 319.
- 7.-Lochner Ch, Daphne S, Niehaus D, Stein D. Trichotillomania and Skin – Picking: A Phenomenological Comparison. *Depress and Anxiety* 2002; 15: 83 – 86.
- 8.-Keuthen N, Deckersbach T, Wilhelm S, Engelhard I, Forker A, O’Sullivan R et al. The Skin Picking Impact Scale (SPIS). *Psychosomatics* 2001; 42: 397 – 403.
- 9.-Arnold L, Auchenbach M, McElroy S. Psychogenic excoriation, clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *CNS Drugs* 2001; 15: 351 – 359.
- 10.-Stout F. Fluoxetine for the treatment of compulsive facial picking. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 370 (letter).

- 11.-Hajcak G, Franklin ME, Simons RF, Keuthen NJ. Hairpulling and Skin Picking in Relation to Affective Distress and Obsessive-Compulsive Symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 2006; 28: 177-185.
- 12.-McElroy SL, Hudson JL, Pope HG, Keck PE, Aizley HG. The DSM III R impulsive control not elsewhere classified; clinical characteristics and relationship to other psychiatric disorders. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 318 – 327.
- 13.-Simeon D, Stein DJ, Gross S, et al. (1997) A double-blind trial of fluoxetine in pathologic skin picking. *J Clin Psychiatry* 58:341–347.
- 14.-Arnold LM, McElroy SL, Mutasim DF, et al. (1998) Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. *J Clin Psychiatry* 59:509–514.
- 15.-Wilhelm S, Keuthen NJ, Deckersbach T, et al. (1999) Selfinjurious skin picking: clinical characteristics and comorbidity. *J Clin Psychiatry* 60:454–459.
- 16.-Blanch J, Grimalt F, Massana G, Navarro V. Efficacy of olanzapine in the treatment of psychogenic Excoriation. *British Journal of Dermatology*, 151, 707–730.
- 17.- Odom RB, James WD, Berger TG. *Andrew's Dermatología clínica*. Madrid, MARBÁN S.L., 2004.
- 18.-Keuthen NJ, Wilhelm S, Deckersbach T, Engelhard IM, Forker AE, Baer L, Jenike MA. The Skin Picking Scale construction and psychometric analyses. *Journal of Psychosomatic Research* 2001; 50: 337 – 341.
- 19.-Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2001; **42**: 504–10.
- 20.-Phillips KA. Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1138–49.
- 21.-Phillips KA, McElroy SL, Keck PE Jr, Pope HG Jr, Hudson JI. A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacol Bull* 1994; 30 : 179–86.

- 22.-Castle DJ, Phillips KS, Dufresne RG. Body dysmorphic disorder and cosmetic dermatology: more than skin deep. *Journal of Cosmetic Dermatology* 2004; 3: 99–103.
- 23.- Phillips KA, Taub SL. Skin picking as a symptom of body dysmorphic disorder. *Psychopharmacol Bull* 1995; 31: 279–288.
- 24.-Grant JE, Potenza MN. Compulsive Aspects of Impulse-Control Disorders. *Psychiatr Clin N Am* 29 (2006) 539–551.
- 25.-Arzeno Ferrão Y, Paiva Almeida V, Richter Bedin N, Rosa R, D'Arrigo Busnello E. Impulsivity and compulsivity in patients with trichotillomania or skin picking compared with patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2006; 47: 282– 288.
- 26.-Dell'Osso B, Altamura AC, Allen A, Marazziti D, Hollander E. Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders: a critical review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256: 464-475.
- 27.-Kalivas J, Kalivas L, Gilman D, et al. Sertraline in the treatment of neurotic excoriations and related disorders. *Arch. Dermatol* 1996; 132: 589 – 590.