



GEDP

Zaragoza

19 Marzo 2011



Grupo Español de  
Dermatología Psiquiátrica



GA | + Ψ D

GRUPO ARAGONES de INVESTIGACION  
en PSICODERMATOLOGIA

i+cs

Instituto Aragonés  
de Ciencias de la Salud



**GEDP**

**Zaragoza**  
19 Marzo 2011



## Índice

<b>Comités</b>	<b>3</b>
<b>Programa</b>	<b>4</b>
<b>Resumen de ponencias</b>	<b>10</b>
<b>Resúmenes de comunicaciones orales</b>	<b>27</b>
<b>Resúmenes de comunicaciones en póster</b>	<b>32</b>
<b>Información general</b>	<b>51</b>





**GEDP**

**Zaragoza**  
19 Marzo 2011

## **COMITÉ ORGANIZADOR**

### **PRESIDENTE**

*Dr. Servando Eugenio Marrón Moya*

### **SECRETARIA**

*Dra. Lucía Tomás Aragonés*

### **MIEMBROS**

*Dr. Francisco José Aganzo López*

*Dra. Rosario de Fátima Lafuente Urrez*

*D. Federico de Lara Pasquín*

*Dr. Ricardo Campos Rodenas*

*Dr. Fernando Orozco González*

## **COORDINADORA DEL GRUPO ESPAÑOL DE DERMATOLOGIA PSIQUIATRICA**

*Dra. Aurora Guerra Tapia*

## **COMITÉ CIENTIFICO**

*Dr. Carmen Brufau Redondo*

*Dr. Juan Escalas Taberner*

*Dra. Marta García Bustinduy*

*Dra. Aurora Guerra Tapia*

*Dr. Servando Eugenio Marrón Moya*

*Dr. Alberto Miranda Romero*

*Dr. Antonio Rodríguez Pichardo*

*Dra. Lucía Tomás Aragonés*

*Dra. María José Tribo Boixareau*

*Dr. Juan José Vilata Corell*

## **MIEMBROS DEL GRUPO ESPAÑOL DE DERMATOLOGIA PSIQUIATRICA (GEDP)**

*Dr. Carmen Brufau Redondo*

*Dra. Asunción De Concepción Salesa*

*Dr. Raúl Corbalán Vélez*

*Dr. Joan Escalas Taberner*

*Dra. Marta García Bustinduy*

*Dra. Aurora Guerra Tapia (Coordinadora)*

*Dra. Arantxa López Pestaña*

*Dr. Servando Eugenio Marrón Moya*

*(Coordinador Electo)*

*Dr. Ramón Martín Brufau*

*Dr. Alberto Miranda Romero*

*Dra. Montserrat Pérez López*

*Dra. Carmen Rodríguez Cerdeira*

*Dr. Antonio Rodríguez Pichardo*

*D<sup>a</sup>. Sandra Ros Abarca*

*Dra. Lucía Tomás Aragonés*

*Dra. M<sup>a</sup> José Tribó Boixareau*

*Dra. Anna Tuneu Valls*

*Dr. Angel Vera Castaño*

*Dr. Juan José Vilata Corell*

## Viernes, 18 de Marzo 2011

---

- 10.45 **TALLER 1** ▶ Exposición comercial  
**Maquillaje dermatológico**  
*D<sup>a</sup> Cristina López* (Farmacéutica. Laboratorios AVENE)
- 16.15 **TALLER 2** ▶ Exposición comercial  
**Maquillaje dermatológico**  
*D<sup>a</sup> Cristina López* (Farmacéutica. Laboratorios AVENE)
- 19.00 **REUNION ADMINISTRATIVA DEL GRUPO ESPAÑOL DE DERMATOLOGIA  
PSIQUIATRICA (GEDP) (solo miembros)** ▶ Sala 1  
Moderadora: *Aurora Guerra Tapia* (Dermatóloga. Hospital Doce de Octubre. Madrid.  
Coordinadora del GEDP)

## Sábado, 19 de Marzo 2011

---

- 08.30 **SYMPOSIUM 1** ▶ Sala 1  
**Comunicación e Investigación en PsicoDermatología**  
Moderadores: *Estrella Simal Gil* (Dermatóloga. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza); *Javier Pedraz Muñoz* (Dermatólogo. Hospital Clínico Universitario. Madrid); *María Elena del Prado Sanz* (Dermatóloga. Hospital Sagrado Corazón de Jesús. Huesca)
- a. Comunicación en PsicoDermatología  
*Fernando Orozco González* (Profesor del Grupo Comunicación y Salud. C.S. Valdefierro. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Zaragoza)
- b. Actualización en PsicoDermatología  
*María José Tribo Boixareau* (Dermatóloga. Hospital del Mar. Barcelona)
- c. Sesión de comunicaciones 1
- c.1 Programa de intervención educativa en Psicodermatología  
*Ela Samaniego Gonzalez<sup>1</sup>*; *Ramón Martín Brufau<sup>2</sup>* (Servicio de Dermatología, Complejo Asistencial de León<sup>1</sup>; Unidad de Psicología Clínica. Hospital Clínico Universitario de Valencia<sup>2</sup>).
- c.2 Delirio de parasitosis: Nuestra experiencia  
*Carmen Rodríguez-Cerdeira<sup>1</sup>*; *José Telmo Pera<sup>2</sup>*; *Roberto Arenas<sup>3</sup>* (Servicio de Dermatología. CHUVI y Universidad de Vigo. Vigo<sup>1</sup>; Investigador Universidad de Vigo. Vigo<sup>2</sup>; Servicio de Dermatología. Hospital General Dr. Manuel Gea González. México D. F. México<sup>3</sup>).

## Sábado, 19 de Marzo 2011

---

### c.3 Mimesis familiar

*Antonio Rodríguez Pichardo<sup>1</sup>; Begoña García Bravo<sup>1</sup>; José Carlos Moreno Gimenez<sup>2</sup>* (Servicio de Dermatología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla<sup>1</sup>. Servicio de Dermatología Hospital Reina Sofía. Cordoba<sup>2</sup>)

### c.4 Aislamiento social en Psicodermatosis. A propósito de un caso.

*Ramón Martín Brufau<sup>1</sup>; Elia Samaniego<sup>2</sup>; Carmen Brufau Redondo<sup>3</sup>; Javier Corbalán Berná<sup>3</sup>* (Unidad de Psicología Clínica. Hospital Clínico Universitario de Valencia<sup>1</sup>; Servicio de Dermatología, Complejo Asistencial de León<sup>2</sup>, Servicio de Dermatología. Hospital Reina Sofía de Murcia<sup>3</sup>).

### c.5 Cuando el paciente no escucha.

*Arantxa López Pestaña, Nerea Ormaechea Pérez, María López Nuñez y Anna Tuneu Valls* (Sección de Dermatología. Hospital Donostia).

## 10.15 CAFÉ - DESCANSO

### 10.15 SESIÓN DE POSTERS 1 ▶ Sala de Posters

Moderadores: *Servando E. Marrón Moya* (Dermatólogo. Hospital de Alcañiz. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Alcañiz); *Marta García Bustinduy* (Dermatóloga. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife)

1. Betametasona + calcipotriol en pacientes afectos de psoriasis: Ansiedad, depresión y calidad de vida. *Carlos David Albendea Calleja; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; María González Gómez; Pablo de Lora Novillo; María Pilar Blázquez Girón* (Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. GA I+ΨD. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. España).
2. FOCUS: Psicodermatología. *Federico de Lara Pasquín; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; José Luis Gascón Brumos; Roberto Torrijo Solana; Francisco José Aganzo López.* (Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. GA I+ΨD. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. España).
3. Calidad de vida en pacientes con psoriasis tratados con Metotrexato subcutáneo. *Felipe Guerra Jiménez; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; Valerio Rodríguez Guzmán; Luis Canalejo Mendaza; José Luis Gascón Brumos* (Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. GA I+ΨD. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. España).
4. Dermatitis artefacta. *Marisa Catalán Ladrón; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; Cristina Montesa Lou; Carlos Javier Aspas Lartiga; Fernando Orozco González* (Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. GA I+ΨD. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. España).
5. Adalimumab en el tratamiento de la psoriasis; Ansiedad, depresión y calidad de vida. *Elisa Miranda Camarero; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; Ceres Barriando Ortillés; José Miguel Grima Barbero; Roberto Torrijo Solanas* (Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. GA I+ΨD. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. España).



## Sábado, 19 de Marzo 2011

---

### 10.45 INAUGURACION OFICIAL ▶ Sala 1

*Ana María Sesé Chaverri* (Directora Gerente del Servicio Aragonés de Salud)

*José Carlos Moreno Giménez* (Presidente de la Academia Española de Dermatología y Venereología)

*Servando Eugenio Marrón Moya* (Presidente del Comité Organizador. Coordinador electo del GEDP)

### PONENCIA INAUGURAL ▶ Sala 1

Moderadora: *Matilde Grasa Jordán* (Dermatóloga. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza)

#### **Dermatología psiquiátrica: de dónde venimos, hacia dónde vamos**

*Aurora Guerra Tapia* (Dermatóloga. Hospital Doce de Octubre. Madrid. Coordinadora del GEDP)

### SYMPOSIUM 2 ▶ Sala 1

#### **Psicopatología subyacente en las Psicodermatosis**

Moderadoras: *Anna Tuneu Valls* (Dermatóloga. Hospital Donostia. San Sebastián);

*Milagros Sánchez Hernández* (Dermatóloga. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza);

*Nieves Porta Aznarez* (Dermatóloga. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza);

*María Teresa López Giménez* (Dermatóloga. Hospital de Barbastro. Barbastro)

#### a. Respuestas psicológicas en pacientes con melanoma

*Ricardo Campos Ródenas*<sup>1</sup>, *Sonia de la Fuente Meira*<sup>2</sup>, *Jane Pastushenko*<sup>2</sup>, *Natalia Casanova Gracia*<sup>3</sup> (Adjunto del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza<sup>1</sup>; Médico Interno residente de Dermatología del Hospital Clínico Universitario<sup>2</sup>; Médico Interno Residente de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario<sup>3</sup>).

#### b. Niveles de funcionamiento psicopatológico en la consulta de dermatología:

Evaluación y manejo

*Jorge Ulnik* (Médico psicoanalista. Universidad de Favarolo. Buenos Aires)

### 12.30 COMIDA

### 12.30 SESION DE POSTERS: 2 ▶ Sala de Posters

Moderadores: *Servando E. Marrón Moya* (Dermatólogo. Hospital de Alcañiz. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Alcañiz); *Ramón Martín Brufau* (Psicólogo. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia)

6. "Doctora, tengo bichos por el cuerpo". Caso clínico. (Servicio de Dermatología Hospital del Mar. Barcelona). *Lamarca Fornell*, L<sup>1</sup>, *Ros Cucurull*<sup>2</sup>, *Tribó Boixareu*, MJ<sup>1</sup>. (Parc de Salut Mar<sup>1</sup>, Hospital Universitario Vall d'Hebron<sup>2</sup>).

## Sábado, 19 de Marzo 2011

---

7. Infiximab en el paciente con psoriasis severa. *Noelia Ríos Ráfales; Lourdes Heredia Ferrer; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; María Nieves Serrano Mislata; Cristina Vicente Iturbe* (Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. GA I+ΨD. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. España).
8. Tacrolimus, psoriasis y calidad de vida. *Ceres Barriendo Ortillés; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; Elisa Miranda Camarero; Ángel Bes Franco; Antonio Gómez Peligros* (Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. GA I+ΨD. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. España).
9. Sintomatología ansiosa y/o depresiva en el enfermo dermatológico. *Cristina Montesa Lou; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; Marisa Catalán Ladrón; Carlos David Albendea Calleja; José Luis Gascón Brumos* (Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. GA I+ΨD. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. España).
10. Eficacia de una intervención psicológica en formato grupal en el control de los pacientes con psoriasis. *Sandra Vanessa Girón Estrada; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; Isabel Barnola Petit. Margarita Navarro Lucía; Tamara Gracia Cazaña* (Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. GA I+ΨD. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. España).

### 14.00 SYMPOSIUM 3 ▶ Sala 1

#### Trastornos Psiquiátricos y Trastornos Psicofisiológicos

Moderadores: *Margarita Navarro Lucía* (Dermatóloga. Hospital Clínico Universitario. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Zaragoza); *Carmen Coscojuela Santaliestra* (Dermatóloga. Hospital San Jorge. Huesca); *Francisco José Aganzo López* (Médico de Familia. C.S. La Almunia. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Zaragoza); *Ángel Garde Urzaiz* (Dermatólogo. Hospital Obispo Polanco. Teruel)

- a. Estrés, adaptación y trastornos psicofisiológicos  
*Carmen Rodríguez Cerdeira* (Dermatóloga. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo -CHUVI-. Vigo)
- b. Neuralgia postherpética y calidad de vida  
*Fátima Lafuente Urrez*. (Dermatóloga. Hospital Reina Sofía. Tudela)
- c. Dermatología psicosomática  
*Carmen Brufau Redondo* (Dermatóloga. Hospital Reina Sofía. Murcia)
- d. Dermatitis artefacta claves para el diagnóstico  
*Antonio Rodríguez Pichardo* (Dermatólogo. Hospital Virgen Macarena. Sevilla)
- e. Delirio de parasitosis: una nueva perspectiva  
*Manuel Grau Massanes* (Dermatólogo. Hospital NISA 9 de Octubre. Valencia)
- f. Enfermedades emergentes en Psicodermatología  
*Alberto Miranda Romero y Alberto Miranda Sirvelo* (Dermatólogo. Hospital Clínico Universitario. Valladolid, y Psiquiatra. Complejo Hospitalario de Palencia)
- g. Dermatitis atópica: aspectos psicodermatológicos  
*Juan José Vilata Corell* (Dermatólogo. Hospital General Universitario. Valencia)

## Sábado, 19 de Marzo 2011

---

### 15.45 CAFÉ - DESCANSO

#### 15.45 SESION DE POSTERS: 3 ▶ Sala de Posters

Moderadores: *Servando E. Marrón Moya* (Dermatólogo. Hospital de Alcañiz. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Alcañiz); *Manuel Grau Massanes* (Dermatólogo. Hospital NISA 9 de Octubre. Valencia)

11. PsicoDermatología en Aragón. *Lourdes Estévez Tudela; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; Ángel Bes Franco; María Jesús Garcés Moreno; Sara Causape Gracia* (Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. GA I+ΨD. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. España).

12. Control del estado de ánimo en el enfermo dermatológico. *Carlos Aspas Lartiga; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; María Luisa Catalán Ladrón. Martha Urdaz Hernández; Francisco José Aganzo López* (Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. GA I+ΨD. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. España).

13. Calidad de vida y neuralgia post-herpética. *Martha Urdaz Hernández; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; Carlos Aspas lartiga; Omar Daoud; Francisco José Aganzo López* (Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. GA I+ΨD. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. España).

14. Calidad de vida general en pacientes con psoriasis moderada-grave mediante SF-36. *Mar Milla Pérez<sup>1</sup>; Servando E. Marrón Moya<sup>1</sup>; Lucía Tomás Aragonés<sup>1</sup>; Ana I. Jimeno Monzón<sup>1</sup>; Margarita Navarro Lucía<sup>2</sup>; Tamara Gracia Cazaña<sup>2</sup>* (Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz<sup>1</sup>. Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza<sup>2</sup>. GA I+ΨD. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. España.).

15. Betametasona + Calcipotriol gel en pacientes afectos de psoriasis de cuero cabelludo: Ansiedad, depresión y calidad de vida. *María González Gómez; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; Carlos D Albendea Calleja; María Pilar Elena Moneva; Carmelo Cebrián García* (Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. GA I+ΨD. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. España).

#### 16.15 SYMPOSIUM 4 ▶ Sala 1

##### Evaluación psicométrica y tratamiento de las Psicodermatosis

Moderadoras: *Blanca Zubiri Ara* (Dermatóloga. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza); *Fátima Lafuente Urrez* (Dermatóloga. Hospital Reina Sofía. Tudela); *Ana María Morales Callaghan* (Dermatóloga. Hospital Ernest Lluch. Calatayud)

##### a. Evaluación psicométrica

*Marta García Bustinduy* (Dermatóloga. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife)

##### b. Personalidad en Dermatología

*Ramón Martín Brufau* (Psicólogo. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia)





GEDP

Zaragoza  
19 Marzo 2011

## Sábado, 19 de Marzo 2011

---

- c. El estigma en las enfermedades de la piel: Aspectos psicosociales  
*Juan Escalas Taberner* (Dermatólogo. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca)
- d. Psicoterapia en pacientes dermatológico  
*Sandra Ros Abarca* (Psicóloga. Hospital Santa Creu y Sant Pau. Barcelona)
- e. Hipnosis clínica en Dermatología  
*Isidro Pérez Hidalgo* (Psicólogo. GHC. Madrid)
- f. Sesión de comunicaciones 2
  - f.1 Tratamiento de un caso de tricotilomania con N-acetilcisteína.  
*A. Rodríguez Pichardo, AR Rodrigues Barata, B García Bravo, F Camacho*  
(Departamento de Dermatología. H.U.V. Macarena. Sevilla).

## RESÚMENES DE PONENCIAS

### Comunicación en PsicoDermatología

*Fernando Orozco González.*

Profesor del Grupo Comunicación y Salud. C.S. Valdefierro. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Zaragoza

Una comunicación eficaz es fundamental no sólo para los aspectos interpersonales de nuestro trabajo, sino también para las tareas “técnicas”. Roter y Hall

¿De qué sirven los conocimientos, la exploración física y la solución de problemas si no podemos comprender un historial relevante, explicar nuestro diagnóstico y tratamiento y compartir nuestras conclusiones?

¡¡ojo!!

La utilización de habilidades de comunicación, aunque sea en un nivel de experto, se convierte en manipuladora e irrespetuosa si las habilidades no se usan buscando siempre lo mejor para la otra persona.

McWhinney afirma que el mayor problema de las entrevistas clínicas es no permitir que el paciente cuente su historia.

En 1984, Beckman y Frankel demostraron que sólo en el 23% de las consultas el paciente pudo terminar su explicación inicial, y que la mayoría de los médicos le interrumpía tras 15 -18 segundos.

Enfoque “centrado en el paciente”:

Quiere ser comprendido como una persona completa.

Que tengamos en cuenta su contexto familiar, laboral, social, cultural, espiritual, económico, etc.

Participar en la toma de decisiones en lo que a su enfermedad se refiere, ya sea diagnóstica o terapéutica.

Efectos de las habilidades de comunicación en el paciente:

Satisfacción del paciente. Paling sugiere que la confianza del paciente se halla en función de la competencia y atención percibidas.

Adhesión. Descubrir el conocimiento del paciente, sus creencias y preocupaciones acerca de su enfermedad, incrementará la adhesión al tratamiento.

Alivio de síntomas y resultados fisiológicos. Solución de cefaleas crónicas. Recuperación postquirúrgica y reducción del tiempo de hospitalización, etc.

Efectos de las habilidades de comunicación en los médicos:

Consultas más precisas y eficaces.

La escasa comunicación entre médico y paciente es un factor crítico en el 70% de los casos de denuncias.

Aumento de la satisfacción del médico.

Reducción de la frustración.

"illness" and "disease" dos palabras para referirse a la enfermedad:

Illness: la experiencia que el paciente tiene de la enfermedad. Es única en cada persona.

Disease: la enfermedad descrita en los libros de texto.

Modales del profesional:

Calidades de superficie:

Calidez

Respeto

Cordialidad

Calidades profundas:

Empatía: saberse poner en el lugar del otro. Dos movimientos.

Reactividad: Espacio de tiempo que va desde que el paciente deja de hablar y empiezo yo.

Asertividad: saber en cada momento por donde debemos proseguir el camino, entre otras cosas.

Contención emocional: saberle escuchar sin vernos obligados a "dar soluciones a todo".

El tono de voz (paralenguaje): tiene gran importancia a la hora de transmitir estas calidades.

Cultura de los profesionales:

Estoicismo (autodominio, serenidad, felicidad de la virtud y fortaleza de carácter ante la adversidad y el dolor).

Ética de trabajo.

Creencia en el poder de la ciencia.

Aversión a afrontar riesgos.

Creencia de que todo el mundo debería asumir las mismas creencias.

## Actualización en PsicoDermatología

*María José Tribo Boixareau.*

Dermatóloga. Hospital del Mar. Barcelona

Se han recopilado los últimos artículos publicados en el ámbito de la psicodermatología con el fin de analizarlos y dar a conocer las conclusiones más relevantes de cada uno de ellos.

Se realizó una búsqueda en la base de datos de Pubmed estableciendo como único límite el período correspondiente al 01.07.10 hasta el 21.02.11 y como término de búsqueda se indicó las palabras clave más relevante en cada patología psicodermatológica, estas son: "psychodermatology", "Factitious disorders", "Delusional parasitosis" or "delusions of parasitosis", "Morgellons disease", "Munchausen Syndrome", "Trichotilomania", "Vulvodynia", "Nodular prurigo", "Psoriasis and QoL", "Atopic dermatitis and QoL", "Burning Mouth Syndrome". De los artículos obtenidos se realizó una selección de aquellos que según nuestra experiencia clínica trataban los aspectos más relevantes en cada uno de los temas.

Se obtuvieron un total de 60 artículos de los cuales sobre: psicodermatología 7, trastornos facticios 4, delirios de parasitación 5, la enfermedad de Morgellons 4, síndrome de Muchausen 1,



tricotilomanía 14, vulvodinia 5, prurigo nodular 3, psoriasis y calidad de vida 6, dermatitis atópica y calidad de vida 2, síndrome de la boca urente 9.

Cada vez más se observa un incremento en el número de publicaciones referentes al ámbito de la psicodermatología lo que refleja la creciente predilección de los profesionales de la salud por renovar sus conocimientos en este campo. Los resultados de la búsqueda muestran que las patologías que más interés despiertan o si bien no, más frecuentes son los delirios de parasitación, la tricotilomanía y el síndrome de la boca urente.

## Dermatología psiquiátrica: de dónde venimos, hacia donde vamos

*Aurora Guerra Tapia.*

Dermatóloga. Hospital Doce de Octubre. Madrid. Coordinadora del GEDP

El poder de la mente sobre el cuerpo ha sido y es todavía un tema polémico para los científicos. Tal vez por ello resulta casi imposible conciliar las dos posturas dentro de la comunidad científica: la de los creyentes y la de los agnósticos<sup>(1)</sup>. Unos y otros han dominado el paisaje de la medicina de forma alternante. En el siglo XIX, tras el descubrimiento por Bayle de que la aracnoiditis crónica es el prelude de la demencia sifilítica, de que las deficiencias de tiramina en alcohólicos son la causa del síndrome de Wernicke, y de la documentación del papel del alcoholismo en el síndrome de Korsakov, se deriva en un cierto organicismo de la psiquiatría que pretende explicar todo desde la objetividad de los órganos.

Sin embargo, a mediados del siglo XX, se configura una tendencia contraria que alcanza su cenit en la década de los 70 con la llamada "antipsiquiatría". David Cooper en 1967 propone este término para referirse a un movimiento o corriente de pensamiento psiquiátrico cuya base se sustenta en la abolición del "yo" del paciente, junto a una concepción excesivamente biográfica de la enfermedad mental. Ronald Laing, el gran abanderado de la antipsiquiatría, llega a afirmar que el origen de la esquizofrenia está en una infancia determinada por unos padres intrusos en la formación de la personalidad, atribuyendo a esta enfermedad, por tanto, la posibilidad de tratamiento mediante psicoterapia.

Hoy en día, la medicina ha encontrado un nuevo punto de referencia al contemplar todas las patologías psiquiátricas como una infeliz conjunción de factores biológicos sobre los que el entorno psicosocial, actúa. Entre los primeros se encuentran los neurotransmisores, citocinas y hormonas que se unen a receptores específicos originando una serie de eventos moleculares en la célula receptora, con caminos de ida y vuelta entre ellos. A menudo, la misma sustancia química, en función de criterios como el lugar donde se sintetiza o libera – espacio sináptico o capilares- o la ubicación de sus receptores, será conceptualizada como neurotransmisor u hormona, como por ejemplo ocurre con la corticotropina, las catecolaminas o la serotonina, por citar algunos ejemplos. Este es uno de los motivos, por los que la explicación de las bases biológicas de la conducta, trascienden del sistema nervioso para hablar del Sistema Psiconeuroendocrinoimmune. Este concepto y la ciencia correspondiente - Psiconeuroendocrinoimmunología - nacen a primeros del siglo XX consolidándose en la década de los sesenta<sup>(2)</sup>.

En Dermatología, este ritmo de pensamiento tiene también su sitio<sup>(3)</sup>. Es muy posible que los factores biológicos o psicosociales, junto a un mecanismo de adaptación defectuosa, lleven a desencadenar

una respuesta en la piel en lugar de en otro órgano, en individuos predispuestos. Las relaciones de la mente y el cuerpo, son especialmente evidentes en el tegumento. Órgano visible, grande y con intensas dotes de comunicación con el interior y el exterior, permite la expresión de conflictos internos, esto es, la manifestación de los trastornos de la mente en la piel, y la de conflictos externos, o lo que es lo mismo, la repercusión de las enfermedades cutáneas en el mundo intrapsíquico.

(1) *Rasmussen JE*. Psychosomatic dermatology. Is it relevant? Arch Dermatol 1990;126:90-93.

(2) *Locala JA*. Current concepts in psychodermatology. Curr Psychiatry Rep. 2009 Jun;11(3):211-8.

(3) *Guerra Tapia A*. Dermatología psiquiátrica: de la mente a la piel. Editorial Glosa SL. ISBN: 978-84-7429-398-2. Barcelona 2009.

### Respuestas psicológicas en pacientes con melanoma

*Ricardo Campos Rodenas<sup>1</sup>, Sonia de la Fuente Meira<sup>2</sup>, Jane Pastushenko<sup>2</sup>, Natalia Casanova Gracia<sup>3</sup>*. Adjunto del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza<sup>1</sup>. Médico Interno residente de Dermatología del Hospital Clínico Universitario<sup>2</sup>. Médico Interno Residente de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario<sup>3</sup>.

El cáncer afecta a todas las esferas de la vida de una persona, no sólo en el momento del diagnóstico, sino a lo largo de todo el proceso, incluso durante años después de haber concluido éste, convirtiéndose en secuelas emocionales del mismo. La información recogida en diferentes estudios a nivel internacional muestran que más del 50% de los pacientes muestran signos y síntomas psicopatológicos, debido al elevado nivel de estrés al que deben hacer frente durante pero también después de su enfermedad y que merman su calidad de vida. Entre el 20-35% de los pacientes con melanoma presentan morbilidad psicopatológica tras el diagnóstico, un 37-40% de los que recibe quimioterapia y entre el 35-50% de los que se encuentran hospitalizados. Existen estudios que avalan los efectos positivos de las intervenciones psicológicas en el ajuste emocional del melanoma y en la calidad de vida. Los pacientes que han sido diagnosticados de un melanoma se enfrentan con muchos estresores desde el mismo momento en que se les comunica la noticia: el propio diagnóstico, los diferentes tratamientos que se les aplican, los efectos de estos, temor a un nuevo proceso de enfermedad, la afectación de la imagen corporal...

En la primera parte de la ponencia revisaremos indicadores epidemiológicos del espectro de la morbilidad psíquica en pacientes con melanoma y sus allegados, de las dificultades e implicaciones de las dificultades para la detección. En el terreno clínico describiremos las reacciones psicológicas de mayor complejidad, con especial énfasis en la diferenciación en adaptación y depresión mayor, la valoración de síntomas somáticos influenciados por el estado psicológico así como una breve referencia a los trastornos psiquiátricos secundarios.

A pesar de todo ello encontramos estudios que afirman que existen aspectos de esta experiencia que las personas perciben como beneficiosos. En la segunda parte de la ponencia presentaremos un proyecto de investigación para valorar el crecimiento postraumático en personas que tienen que enfrentarse a una situación traumática como es el diagnóstico de melanoma. La revisión docente y la investigación en este campo es una actividad necesaria para el éxito de estrategias que se propongan mejorar la salud de las personas afectadas por este tipo de cáncer.



## Niveles de funcionamiento psicopatológico en la consulta de dermatología: Evaluación y manejo

*Jorge Ulnik.*

Medico psicoanalista. Universidad de Favarolo. Buenos Aires

El DSM IV dice textualmente en su introducción que hay que subrayar que los términos “trastorno mental y del comportamiento” y “enfermedad médica” son sólo términos de conveniencia y por lo tanto no debe pensarse que exista una diferencia fundamental entre los trastornos mentales y los trastornos físicos. Sin embargo cuando se propone una clasificación, casi toda la bibliografía existente en psicodermatología utiliza como basamento la diferenciación entre lo que es una enfermedad médica real influida por stress o factores psíquicos y lo que es un trastorno psiquiátrico primario. A estos últimos, luego de darles un nombre proveniente de la dermatología, se les suele asociar otro, tomado del DSMIV.

Esta paradoja se hace evidente al corroborar cuánto solapamiento y cuántas dificultades existen para delimitar los síndromes que claramente se ven delimitados en dermatología, cuando el dermatólogo los quiere evaluar con los indicadores y diferentes límites y encuadres que establece la psiquiatría.

Un gran aporte han hecho Gieler, Tausk, Kusnir y Harth proponiendo la evaluación de niveles de funcionamiento psicopatológico en la consulta dermatológica, siguiendo los parámetros establecidos por el psicoanalista Otto Kernberg. Estos son:

Neurótico/represivo

Borderline/disociativo

Psicótico/confusional

En este trabajo se compararán primero los divergentes parámetros tenidos en cuenta en algunas clasificaciones psicodermatológicas. Luego, se describirán y ampliarán los niveles de funcionamiento mencionados, para mostrar cómo operan en la consulta dermatológica. Y finalmente se mencionarán criterios dinámicos de su evaluación y manejo terapéutico.

## Estrés, adaptación y trastornos psicofisiológicos

*Carmen Rodríguez Cerdeira.*

Dermatóloga. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI). Vigo

Hace veinte años se pensaba que las emociones servían para dificultar la vida humana con sus interrupciones y sus arrebatos. Actualmente se cree que las emociones son un ingrediente imprescindible de la felicidad aunque sea a costa de estar sometido a sus veleidades. Es más, el papel adaptativo de las emociones no se restringe a simples reacciones para sobrevivir, sino que las emociones constituyen un complejo proceso responsable de mantener la capacidad de resistencia biológica y psicológica y con hondas repercusiones en la salud y en el bienestar.

Sin embargo, hay ocasiones en que las emociones juegan un papel desadaptativo y contribuyen a menoscabar la salud y el ajuste de las personas. ¿Hasta qué punto la ansiedad y el estrés proporcionan la activación necesaria para hacer frente a las exigencias del medio y hasta qué punto desorganizan y hacen sufrir a quien los experimentan? La complejidad de la respuesta nos conduce sin

duda a tratar de comprender y solucionar los abundantes trastornos psicofisiológicos.

Las reacciones de estrés no son generales, dependen de cada individuo, de sus recursos y sus demandas. Influyen los acontecimientos vitales, la vulnerabilidad estructural, la demanda psicossocial, las circunstancias psicosociales, los sucesos, la vulnerabilidad psicobiológica, los estresantes que inciden y las características individuales. Según la patología cutánea que padezca el paciente, las condiciones de estrés emocional pueden influir en mayor o menor medida. Las reacciones de estrés no son generales, dependen de cada individuo, de sus recursos y sus demandas y podemos destacar tres etapas en las que existen diversas patologías asociadas, como son: a) El síndrome general de adaptación (SGA); b) la fase de resistencia, ya que, el organismo intenta adaptarse a la causa estresante; y c) la fase de agotamiento o claudicación, en la que la enfermedad se torna muy probable, y puede ocurrir la muerte.

En nuestra intervención explicaremos como reacciones y sistemas fisiológicos adaptativos y necesarios para la supervivencia y el bienestar en ciertas ocasiones pueden producir efectos dañinos. La conexión entre las emociones, en concreto las asociadas al estrés, y las enfermedades físicas no se da a través de una única vía de comunicación entre cerebro y el resto del organismo, sino que, por el contrario, se ponen en marcha diversos ejes de acción tanto neuronales como neuroendocrinos que interactúan entre ellos y que explican la variedad y complejidad de los efectos físicos del estrés.

Para adentrarnos en el tema en concreto podemos dividir los trastornos dermatológicos con repercusión psíquica en 4 subcategorías, tal y como se indica a continuación, y obtendremos las siguientes enfermedades y/o trastornos:

Enfermedades/trastornos psicofisiológicos

Enfermedades psiquiátricas primarias

Enfermedades psiquiátricas secundarias

Enfermedades cutáneas sensoriales.

Las enfermedades psicofisiológicas, dentro del campo de la Psicodermatología, se consideran aquellas en las que las condiciones psicológicas, como el estrés emocional, la ansiedad o la depresión, pueden empeorar o exacerbar la patología cutánea. Las patologías cutáneas que nos interesa enumerar son las que se indican a continuación:

Acné

Alopecia areata

Dermatitis atópica

Dermatitis seborreica

Hiperhidrosis

Liquen simple

Prurito generalizado

Psoriasis

Rosácea

Urticaria

Otros

Finamente, es preciso recordar que, en ciertas enfermedades con buen control terapéutico, como el eccema, el acné o la psoriasis, el papel del estrés puede pasar a un segundo plano. Sin embargo, en casos de mala evolución y falta de respuesta a un tratamiento correcto, debemos pensar en la posibilidad de que factores psíquicos, ocupacionales, sociales o ambientales estén contribuyendo de forma negativa a la resolución del cuadro cutáneo.

### Neuralgia postherpética y calidad de vida

*Fátima Lafuente Urrez.*

Dermatóloga. Hospital Reina Sofía. Tudela

El virus de la varicela-zoster (VZV) que pertenece a la familia de los herpes virus, es el agente causal de la varicela y del herpes zoster (HZ) y afecta exclusivamente al ser humano. La infección primaria se presenta como un cuadro benigno de varicela, habitualmente durante la infancia, quedando el virus latente en los ganglios de los pares craneales o de los nervios raquídeos, para reactivarse varias décadas después cuando la inmunidad celular se deteriora con el paso de los años. Este proceso se conoce como neuritis por herpes zoster (NHZ). Este tipo de neuritis se incrementa con la edad y sus manifestaciones clínicas y complicaciones (la neuralgia postherpética (NPH) es la más frecuente) son más intensas en las edades avanzadas. La mayoría de los casos de HZ son autolimitados, si bien el dolor puede causar un sufrimiento significativo, especialmente en los ancianos. Los síntomas pueden ser lo suficientemente intensos que llegan a interferir el sueño, el apetito o la función sexual.

Además, un porcentaje variable de pacientes puede continuar experimentando dolor durante meses o años después de la resolución de la erupción cutánea (NPH) que puede ser bastante difícil de tratar.

La NPH ha sido tradicionalmente definida como la persistencia de dolor durante más de 1 mes después de la desaparición de la erupción cutánea. Actualmente, se utiliza una clasificación más reciente en la que se han definido tres términos: neuralgia herpética aguda (< de 30 días de iniciada la erupción cutánea); neuralgia herpética subaguda (30-120 días después del rash); NPH (dolor que persiste por lo menos 120 días desde el inicio de la erupción cutánea)

La incidencia de la infección aguda de HZ aumenta con el deterioro del sistema inmune debido a la edad, la enfermedad o la quimioterapia. La incidencia anual entre las personas sanas menores de 20 años es aproximadamente de 1 por 1000, siendo de 5 a 10 veces superior en los mayores de 80 años. Se estima que el riesgo promedio de padecer HZ a lo largo de la vida en los países desarrollados es de aproximadamente el 30% y este porcentaje aumenta con la creciente esperanza de vida. Se considera que entre el 8 y 27% de los pacientes que presentan HZ desarrollan NPH. En la mayoría de los pacientes ésta se resuelve al cabo de algunos meses. Sin embargo, en ocasiones, el control del dolor o su persistencia puede ser de difícil manejo. Los principales factores de riesgo para el desarrollo de la NPH son la edad avanzada, el dolor agudo intenso y la severidad de la erupción cutánea. En los pacientes que desarrollaron una NPH, la edad avanzada estaba asociada con

el aumento de la severidad y la persistencia de los síntomas. Se estima que el riesgo de NPH en los adultos menores de 60 años con HZ es menor del 2%. La NPH raramente ocurre después de meses o años tras la resolución del suceso inicial, estos episodios tienen lugar en la misma distribución que la erupción cutánea inicial y son precipitados por un acontecimiento específico (pe: una intervención quirúrgica, un absceso dentario).

La NPH se encuentra asociada a una alteración de la función general de la persona que la padece con una importante reducción de la calidad de vida (interfiere con las actividades de la vida diaria) y un amplísimo aumento en los costos de salud. Suele cursar con importantes alteraciones psicológicas, sobre todo depresión que, en muchas ocasiones, pueden llevar al suicidio. Un alto porcentaje de estos pacientes refieren dolor o malestar, síntomas de ansiedad o depresión, problemas en la movilidad y en el autocuidado, interferencias en el disfrute de la vida, en el humor y en el sueño. Se estima que el impacto de la NPH en la calidad de vida es equivalente o mayor a la observada en pacientes con diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca congestiva, infarto de miocardio o depresión clínica. Los mecanismos precisos y últimos por los cuales se presentan el dolor y los cambios somatosensoriales tanto en NHZ como en NPH son inciertos. La hiperalgesia (sobre todo al calor) es más común en los enfermos con NHZ, mientras que la alodinia y la hipoalgesia se suelen observar en la NPH. A pesar de la complejidad del proceso fisiopatológico de esta enfermedad el dolor, la hiperalgesia y la alodinia en los pacientes con NPH puede explicarse bajo dos mecanismos fisiopatológicos diferentes: la sensibilización y la desaferentación.

El tratamiento adecuado de la NHZ se basa en un diagnóstico temprano, buscando controlar el dolor y evitar las complicaciones ya que el uso temprano de antivirales (ventana terapéutica de 72 horas) puede llegar a atenuar la fase inflamatoria aguda y, además, disminuir la posibilidad de NPH. El diagnóstico del HZ es fundamentalmente clínico, con frecuencia se observa dolor y malestar como síntomas prodrómicos de la enfermedad y hasta 72 horas antes de la aparición del exantema, en estos casos el diagnóstico se torna difícil ya que el exantema constituye en el hallazgo semiológico cardinal. El diagnóstico diferencial debe realizarse con diversas patologías, sobre todo antes de la aparición de las lesiones cutáneas como la isquemia miocárdica, el cólico renal, la colecistitis, el dolor dental y orofacial y otros tipos de dolores neuropáticos como el secundario a neuropatía diabética, síndrome doloroso regional complejo, neuropatías por compresión, etc. Se debe tener en cuenta la posibilidad de que se trate de un herpes simple "zosteriforme", que puede llegar a producir un cuadro clínico similar.

El objetivo primordial del tratamiento del HZ es resolver el proceso inflamatorio, aliviar el dolor, limitar el proceso infeccioso y reducir la posibilidad de aparición de la NPH. Para ello se utilizan antiviricos (Aciclovir, Valaciclovir, Famciclovir) dentro de las 72 horas de la aparición del rash, corticoides (sólo son recomendados en combinación con los antivirales, pudiendo mejorar la calidad de vida del paciente) y analgésicos (en especial opioides) y medidas higiénicas preventivas de sobreinfección bacteriana con limpieza del área afectada y protección del área en forma no oclusiva.

La prevención de la NPH incluye tanto el tratamiento de la fase aguda del HZ como el uso de la vacuna de virus atenuados que disminuye la incidencia del HZ y de la NPH. Existen estudios que sugieren que el uso de bajas dosis de antidepresivos tricíclicos como amitriptilina o nortriptilina a dosis de 25 mg al día durante 90 días es una terapia útil en la prevención de los pacientes en la fase aguda del HZ cuando el tratamiento se inicia dentro de las 48 horas del inicio de la erupción

cutánea. La hipotensión ortostática y los efectos secundarios anticolinérgicos pueden limitar la utilidad de los antidepresivos tricíclicos, especialmente en los pacientes ancianos. El tratamiento precoz con gabapentina a dosis de 1800 mg diarios durante 90 días es útil en la prevención de la NPH en los pacientes que no toleran la amitriptilina o nortriptilina.

Existen diferentes tratamientos de primera línea para el manejo de los pacientes con NPH como son los antidepresivos (amitriptilina o nortriptilina), los anticonvulsivantes (fenitoína, carbamacepina y gabapentina), los opioides, la capsicina, la lidocaína tópica, los glucocorticoides intratecales los agonistas del receptor NMDA, la crioterapia y la cirugía. En los pacientes con NPH de mayor duración, se requiere un complejo régimen de tratamiento oral, intravenoso y agentes tópicos para lograr un adecuado alivio del dolor. En ocasiones, los efectos secundarios asociados al uso de estos medicamentos limitan su tolerabilidad por parte de los pacientes.

En conclusión, la NHZ y la NPH son patologías complejas en las que se han propuesto múltiples procesos fisiopatológicos para explicar la génesis del dolor, situación que las hace de muy difícil evaluación y manejo. Sólo el diagnóstico y el tratamiento precoz y adecuado en la fase aguda (NHZ) garantizan un rápido control de síntomas (sobre todo el dolor que suele ser intenso) y evita su complicación más frecuente (la NPH). Por ello, es preciso el manejo interdisciplinario, en donde se incluya el manejo psicológico de estos pacientes, principalmente los de edad más avanzada que son más propensos que los jóvenes a padecer una NPH y, como consecuencia, experimentan una mayor repercusión en su calidad de vida (interferencias en las actividades de la vida diaria, ansiedad, depresión e insomnio), por lo que las medidas preventivas y un manejo cuidadoso de estas situaciones pueden ser más beneficiosas en este grupo de edad

## Dermatología psicosomática

*Carmen Brufau Redondo.*

Dermatóloga. Universidad de Murcia, Hospital Reina Sofía. Murcia

La medicina psicosomática se ocupa de un modo particular de enfermar, que sucede cuando la psique no es capaz de expresar / resolver sus conflictos y es entonces el soma el que los muestra.

La interpretación psicosomática de la enfermedad confirma el reconocimiento de la unidad mente - cuerpo, intentando superar la idea de un alma y un cuerpo separados, pero obligados a vivir juntos, heredada de la filosofía griega y que ha conformado durante siglos nuestra cultura occidental.

La piel es un órgano idóneo para expresar aquello que el alma no puede manejar. Según Ulnik, "Así como la piel es la zona erógena por excelencia, también es la puerta de entrada y de salida para muchas emociones y situaciones que nos marcan" (Ulnik J. C., El psicoanálisis y la piel).

En este sentido dermatología psicosomática sería sinónimo de psicodermatología y por tanto incluiría la totalidad de los trastornos en los que se pone de manifiesto esta relación entre la mente y la piel.

Clásicamente se incluyen en este concepto 3 grupos de patologías: I- Síndromes psiquiátricos con expresión dermatológica: I.a: Lesiones cutáneas autoinflingidas. I.b: Fobias y trastornos somatoformes. I.c: Delirios de parasitosis. II- Enfermedades dermatológicas específicas que se asocian frecuentemente a factores psicoemocionales (D. atópica, psoriasis, D. seborreica, alopecia areata,



hiperhidrosis, etc.). III. Enfermedades dermatológicas con frecuente asociación a trastornos psiquiátricos secundarios. (Ictiosis y otras genodermatosis, acné, alopecias, etc).

Estas patologías están bien estandarizadas, conocemos bien sus síntomas y cual es el tratamiento idóneo. Tienen mayor o menor gravedad, las controlamos mejor o peor, pero están en los libros y hablamos de ellas en los congresos. Muchos son derivados al especialistas “psi”, con más o menos éxito.

En esta ocasión trataremos de otro grupo de patología psicosomática, más heterogénea, que no aparece de forma tan precisa en los manuales de psicodermatología. Muchas son formas menores de las psicodermatosis. Otras son una mezcla de síntomas vagos y poco expresivos, o se caracterizan por la ausencia de enfermedad dermatológica. Todos ellos tienen algo en común: su diagnóstico y su abordaje dependen de la sensibilidad del dermatólogo en el terreno “psi” y del interés y del tiempo que esté dispuesto a dedicar a estos pacientes.

## **Dermatitis artefacta**

*Antonio Rodríguez Pichardo.*

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Se define como Dermatitis Artefacta a todo cuadro de lesiones cutáneas que el paciente se provoca, negando su participación. Como sinónimos se han utilizado Dermatitis Facticia, Patomimia ó Enfermedad Cutánea Artefacta. Pero para que sean lesiones autoprovocadas por el paciente negando su participación, debe cumplir con la ausencia de un motivo que la explique y del secreto sobre la génesis de la dermatosis. La D.A. es la expresión somática de un padecimiento mental extremadamente grave, desconocido por el paciente.

Es infrecuente la aparición en consultas de pacientes con esta dermatosis, por lo que existen pocas series publicadas con este diagnóstico. La mayoría de las ocasiones son uno o dos casos lo que han despertado el interés de los especialistas, ya sea por la dificultad diagnóstica o bien por la gran expresividad clínica. De la serie del Servicio de Dermatología del Hospital Virgen Macarena de Sevilla, recogida desde 1975 a 2006, aparecen 201 pacientes con este diagnóstico, la proporción mujeres /hombres fue de 3.1 M/ 1 V, la edad media 31.2 años. Otros factores destacados eran la escasa ó nula cualificación laboral, rentas bajas, escaso nivel cultural y la mayoría tenían como estado civil la soltería.

La D.A. puede presentarse con una gran variedad de formas clínicas, que aunque remedan diversos cuadros clínicos, siempre van hacer pensar al clínico en su diagnóstico. En nuestra serie las excoriaciones y las úlceras eran las presentaciones predominantes (25.8 % de cada forma clínica), ampollas (10,3 %), induraciones tipo paniculitis (3.4%) , costras localizadas (7.4%). Quemaduras (9%).

Dos hecho sugieren el diagnóstico de artefactos cutáneos: 1) la naturaleza de la lesión y las circunstancias que rodean su aparición, y 2) la personalidad del paciente, no obstante no es aconsejable hacer el diagnóstico atendiendo a uno sólo de estos criterios. El diagnóstico no debe ser el resultado de un proceso de eliminación sino que debe establecerse entre otros diagnósticos posibles; se basa en la conjunción de argumentos diagnósticos dermatológicos y psicológicos positivos. Ayuda a establecer el diagnóstico los siguientes apartados: a) morfología y configuración

de las lesiones, b) distribución de las lesiones, c) apariencia del paciente, d) cronología, e) estudio de los motivos.

Los medios para producir las lesiones de dermatitis artefacta son muy variados, ya que dependen de la imaginación del que lo provoca, aunque al negar su participación en la elaboración de las lesiones es prácticamente imposible saber el agente etiológico. Los medios pueden ser objetos cortantes o punzantes (alfileres, cuchillos...), caloríficos (botellas de agua caliente, planchas...) ó bien sustancias químicas irritantes, que producen quemaduras en la piel, como productos usados en la limpieza.

Trastornos asociados: trastorno grave de la personalidad en el que las lesiones cutáneas sirven como "una llamada de socorro", trastorno disociativo incluyendo trastorno de personalidad múltiple, historia de abuso sexual, historia de malos tratos en la infancia, trastorno obsesivo compulsivo, depresión, psicosis, retraso mental, simulador y síndrome de Munchausen. El fenómeno de la enfermedad facticia presenta muchas paradojas, siendo la más importante la de que el paciente induce una enfermedad y simultáneamente busca un remedio para ella.

El dermatólogo no habituado a enfrentarse a enfermos psiquiátricos, como son los de la D.A., suele adoptar una actitud poco comprensiva, y a veces agresiva, que va a defraudar al paciente que espera lo contrario. En la D.A. están trastocados los roles normales de médico, paciente y enfermedad, estableciéndose un doble desafío. El componente más importante de los trastornos facticios es la pericia en la realización del diagnóstico; si se sospecha este, debería planificarse cuidadosamente la confrontación y presentarse de un modo no punitivo y con una estrecha colaboración entre el psiquiatra y el médico de atención primaria. En más de la mitad de las ocasiones, la confrontación inicial, a pesar del exquisito tacto desplegado, puede provocar negativas coléricas e intentos de marcharse de la consulta; por ello un periodo prolongado en el que se establezca una relación amigable con el paciente puede prevenir la terminación abrupta del tratamiento. Aunque difícil, en algunos casos, ha sido posible el tratamiento psiquiátrico. El tratamiento de prueba y al mismo tiempo curativo consiste en poner al paciente ante la imposibilidad de manipular su lesión cutánea, lo que se consigue con vendajes oclusivos, que solo son manipulados por el personal de enfermería.

#### Bibliografía

- <sup>1</sup> *García Bustinduy M C, Rodríguez Pichardo A. Dermatitis artefactas. En: Dermatología Psiquiátrica. A. Guerra Tapia. Editorial Glosa.. Barcelona. 2008*
- <sup>2</sup> *Rodríguez Pichardo A. Dermatitis artefacta. Piel 1990;5:7-8*
- <sup>3</sup> *Rodríguez Pichardo A. Dermatitis artefacta. En: Dermatología y Psiquiatría. Historias clínicas comentadas. Francesc Grimalt, John A Cotterill (eds). Grupo Aula Médica. SA. Madrid 2002. pp 143-163*
- <sup>4</sup> *Rodríguez Pichardo A, García Bravo B, Camacho F. Dermatitis artefacta: A clinical study. Dermatologgy in Europe. Ed. E Panconesi. Blackwell Scientific Publications. London. 1991.*
- <sup>5</sup> *Rodríguez-Pichardo A, Hoffner MV, García-Bravo B, Camacho FM. Dermatitis artefacta of the breast: a retrospective analysis of 27 patients (1975-2006). J Eur Acad Dermatol Venereol. 2010; 24:270-274.*

## Delirio de parasitosis: una nueva perspectiva

*Manuel Grau Massanes.*

Dermatólogo. Hospital NISA 9 de Octubre. Valencia

El delirio de parasitosis es un tipo de trastorno delirante monosintomático. Actualmente se prefiere el término más amplio de infestación delirante.

Es el proceso delirante que el dermatólogo ve con mayor frecuencia, y a menudo es la puesta en contacto de los dermatólogos con la psicodermatología. Aún así es una enfermedad poco frecuente, con una incidencia anual de 18/millón de habitantes.

Los pacientes están convencidos de estar infectados por parásitos u otros organismos vivos, en ausencia de evidencia médica o microbiológica. En ocasiones puede haber lesiones cutáneas secundarias a la manipulación por parte del paciente. Los pacientes rechazan ayuda psiquiátrica, y con frecuencia acuden al dermatólogo en primera instancia.

El tratamiento de elección es con fármacos atípicos, siendo pimocida el agente clásicamente utilizado, aunque en los últimos años, se prefiere usar fármacos más seguros como risperidona o aripiprazol.

Se presentan dos pacientes con delirios de parasitosis, revisando las características clínicas y el abordaje y manejo de este tipo de pacientes, recalando lo importante de establecer una alianza terapéutica. Se realiza una revisión bibliográfica del tema, destacando el elevado número de artículos publicados en los últimos 5 años (unos 80), lo que confirma el interés por este proceso.

Para concluir, se comentan los resultados de una pequeña encuesta enviada a los miembros del grupo español de Dermatología y Psiquiatría sobre la casuística, y el manejo de los pacientes con delirio de parasitosis o infestación delirante.

(1) Bewley AP, Lepping P, Freudenmann RW et al. Delusional parasitosis: Time to call it delusional infestations. *Br J Dermatol* 2010; 163; 1:1-2.

(2) Freudenmann RW, Lepping P. Delusional infestation. *Clin Microbiol Rev.* 2009; 22 (4): 690-732.

(3) Lepping P, Russell I, Freudenmann RW. Antipsychotic treatment of primary delusional parasitosis. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 198-205.

(4) Harth W, Hermes B, Freudenman RW. Morgellons in Dermatology. *JDDG* 2010; 8: 234-242.

## Enfermedades emergentes en Psicodermatología

*Alberto Miranda Romero y Alberto Miranda Sirvelo.*

Dermatólogo. Hospital Clínico Universitario. Valladolid, y Psiquiatra. Complejo Hospitalario de Palencia

En este trabajo trataremos sobre una serie de patologías psicodermatológicas que en la actualidad están adquiriendo progresiva relevancia. Se trata de patologías relacionadas con la imagen corporal, influidas por los ideales de belleza que promueve la sociedad a través de los medios de comunicación y que están estrechamente vinculadas al trastorno dismórfico corporal. Así el Síndrome de Dorian Gray, describe a aquellos pacientes que tratan de luchar desesperadamente contra el paso del tiempo, no aceptando los cambios en el aspecto físico que acompañan al pro-

ceso de envejecimiento. La botulinofilia, definida como la búsqueda obsesiva de tratamiento con toxina botulínica en relación con cuadros dismorfofóbicos de hiperhidrosis o de envejecimiento cutáneo. El abuso de "Lyfe - style drugs", no existe necesidad médica para el tratamiento, son fármacos que se utilizan con el propósito de alcanzar el ideal de belleza o mejorar la calidad de vida, su uso inadecuado es consecuencia de trastornos psicopatológicos subyacentes. La tanorexia, una adicción comportamental donde los sujetos presentan una adicción al bronceado. La vigorexia, subtipo de trastorno dismórfico corporal centrado en la musculatura global con una alteración de la imagen corporal que lleva a la persona que la sufre a creerse más débil y delgada de lo que objetivamente es. Profundizaremos en la psicopatología, tratando de aportar luz sobre los puntos más controvertidos como son los aspectos etiopatogénicos y nosológicos.

### **Dermatitis atópica: aspectos psicodermatológicos**

*Juan José Vilata Corell, Blanca de Unamuno, Rosa Ballester, Ramón García y Anna Agutí.*  
Dermatólogos. Hospital General Universitario. Valencia

El fundamento del diagnóstico de la dermatitis atópica (DA) se basa en el conjunto de manifestaciones cutáneas cuya característica muy importante independiente de la erupción cutánea y otras es el prurito. El prurito en la DA es todavía controvertido respecto a sus bases moleculares. Se han implicado entre otras, citocinas derivadas de los linfocitos T, como la IL-3, proteínas derivadas de los eosinófilos o neuropéptidos inducidos por el estrés. Tampoco está aclarado si el prurito se presenta inicialmente y precede a las lesiones o a la inversa. Guarda relación con diversos estímulos locales. La alopecia es una característica importante del prurito en la DA. La posibilidad de que exista un componente central (neurógeno) se basa en la baja respuesta a los antihistamínicos. El prurito se ha relacionado con factores de estrés que dependen de la ansiedad, depresión y otras alteraciones psicológicas.

El rascado nocturno se produce en la primera etapa del sueño entre el 10%-20% del tiempo del sueño por lo que el paciente presenta una baja calidad del sueño e induce a somnolencia diurna, e irritabilidad. Todo ello puede conllevar a un círculo vicioso prurito- rascado donde se implica la piel más inflamada produciendo más prurito.

No sólo hay que considerar desde el punto de vista psicológico al paciente, sino también a su entorno familiar, madre, padre y comportamiento individual y social que puede ocasionar la DA en niños en edad escolar, adolescentes y adultos.

Los estudios de calidad de vida en estos pacientes y sus familias pueden ser válidos y muy útiles para entender desde un punto de vista psicodermatológico a la unidad familiar y poder atender en su conjunto con una terapéutica que englobe los aspectos psicológicos derivados o inductores de la DA y los aspectos dermatológicos minimizando sus síntomas.

## Evaluación psicométrica

*Marta García Bustinduy.*

Dermatóloga. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife

Como dermatólogos, nuestro objetivo prioritario es la mejora, si no la curación, de las lesiones cutáneas. Sin embargo, en nuestro quehacer diario nos hemos ido dando cuenta de la influencia que las enfermedades de la piel tienen en la vida de nuestros enfermos. Con frecuencia, no tenemos tiempo, confianza o capacidad, en nuestra práctica diaria para hablar con el paciente y llegar a conocer este deterioro en sus vidas. Muchas veces no discutimos con ellos la comodidad o incomodidad de los tratamientos, sólo los pautamos. Los trabajos sobre fármacos y su eficacia valoran, hace años, la mejora en muchos aspectos personales de la vida de los pacientes. Es importante familiarizarnos con los métodos con los que evaluar estos parámetros. Existen cuestionarios traducidos y validados a nuestro idioma y cultura, de fácil aplicación que nos pueden ayudar a valorar en conjunto a nuestros pacientes.

Medir los niveles de ansiedad, depresión, calidad de vida o estigmatización de manera puntual o de forma habitual en los pacientes con enfermedades crónicas, sobre todo, amplía nuestro abordaje de las personas que acuden con alteraciones cutáneas a nuestras consultas que, de forma abierta o no, agradecen además que tengamos en cuenta estos datos.

Abordaremos los cuestionarios más empleados como el HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), DLQI o ICVD (Índice de calidad de vida en dermatología), PDI (Psoriasis Disability Index), Skindex-29, SF-36, escalas de medida de la alexitimia o incapacidad para expresar sentimientos (Toronto Alexitima Scale, TAS), entre otras, fijándonos, sobre todo en cómo aplicarlas y valorarlas.

Todos hemos percibido alguna vez como un paciente con muy pocas lesiones, se sentía como si tuviera muchas, como un mismo enfermo en dos momentos distintos de su vida asumía o no su patología. Todos hemos tenido ganas y dificultades a la vez para remitir a un paciente a un psicólogo o a un psiquiatra. La valoración de estos tests puede ayudarnos a mostrar al paciente la conveniencia de consultar con ese otro profesional.

- (1) *Badía X, Mascaró JM, Lozano R y CAVIDE.* Measuring health-related quality of life in patients with mild to moderate eczema and psoriasis: clinical validity, reliability and sensitivity to change of the DLQI. *Br J Dermatol.* 1999; 141: 698-702.
- (2) *Vanaclocha F, Puig L, Daudén E, Escudero J, Hernanz JM, Ferrándiz C, Febrer I, Lizán L, Badía X.* Validación de la versión española del cuestionario Psoriasis Disability Index en la evaluación de la calidad de vida en pacientes con psoriasis moderada-grave *Actas Dermosifiliogr* 2005; 96 (10): 659-68
- (3) *Jones-Caballero M, Peñas OF, García-Díez A, Badía X, Margaret M.* The Spanish version of Skindex-29. *Int J Dermatol.* 2000; 39: 907-12.
- (4) *Alonso J, Prieto L, Antó JM.* La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)* 1995;104: 771-6.
- (5) *Moral de la Rubia J; Retamales Rojas R.* Estudio de validación de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20 en muestra española. ([http://www.psiquiatria.com/psicología/vol4num1/art\\_3.htm](http://www.psiquiatria.com/psicología/vol4num1/art_3.htm)). *psicología.com, Revista Electrónica de Psicología* 2000; 4 (1)



## Personalidad y Dermatología

*Ramón Martín Brufau.*

Psicólogo. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia

Las psicodermatosis componen una importante proporción de las enfermedades dermatológicas. Éstas se han relacionado en numerosas ocasiones con alteraciones emocionales (en mayor medida ansiedad y depresión). Existe evidencia que relaciona los efectos de la activación intensa y prolongada del sistema nervioso, en respuesta a diferentes variables ambientales, con el empeoramiento del estado de la piel. Sin embargo, las variables moduladoras de esta relación, es decir, los eslabones intermedios de la cadena entre el estímulo y la alteración fisiológica que conduce al empeoramiento del estado dermatológico, todavía son inciertas y se necesitan más datos para formular modelos que permitan comprender e intervenir en estos casos.

En este sentido, una de las variables moduladoras estudiadas ha sido la forma individual e idiosincrásica de sentir, pensar y actuar (la personalidad), en definitiva de hacer frente a los estresores. Las diferencias individuales a la hora de procesar la información cognitiva y emocional y las conductas asociadas a ésta, podrían modular la respuesta fisiológica. Los eventos estresantes producirían una respuesta del sistema nervioso que daría lugar a mecanismos reguladores de la homeostasis interna. Esta regulación está determinada psicobiológicamente, en cuanto que implica formas de hacer frente a la situación e implica los tres sistemas de respuesta del comportamiento: la interpretación de la situación (pensamientos), el estilo de regular la activación fisiológica que desencadena el estímulo (emociones) y la gestión de las acciones motoras (conductas) que se llevan a cabo para devolver al sistema al punto previo.

Según esta hipótesis, los pacientes dermatológicos podrían compartir, como grupo, características similares que les impidan regular adecuadamente estos estados emocionales, lo que constituiría un factor de vulnerabilidad para padecer enfermedades dermatológicas. En esta ponencia se detalla el estado actual de la investigación sobre la influencia de las variables de personalidad en las alteraciones emocionales y su repercusión sobre las alteraciones dermatológicas. Asimismo, se ofrece evidencia que apoya el papel de la personalidad como variable moduladora de algunas enfermedades dermatológicas estudiadas.

## El estigma en las enfermedades de la piel: Aspectos psicosociales

*Juan Escalas Taberner.*

Dermatólogo. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

La palabra estigma tiene diferentes significados tales como: marca o señal en la piel, huella impresa en el cuerpo de algunos santos como símbolo de sus almas en la participación de la pasión de Cristo y también hablamos de estigma cuando nos referimos a una lesión orgánica o trastorno funcional que indica enfermedad constitucional y hereditaria en la que incluimos la lepra, el Sida, la psoriasis etc.

Para la psiquiatría moderna, los estigmas que sufrieron diferentes santos son considerados entre la histeria y el delirio.

Los estigmas de las enfermedades de la piel tales como el Sida, la psoriasis, la lepra, acarrear verdaderos problemas psicológicos a muchas de las personas que los padecen Al principio debido a



tener que enfrentarse a su propia enfermedad, más adelante a tener que aceptar que la sufren: En gran parte el trastorno psicológico que pueden sufrir estas persona depende del entorno social y familiar en el que se mueven, será mucho más fácil en un entorno liberal que un paciente sufre el sida.

Otros tipos de estigmas, los llamados tribales que son los que sufren los negros, los judíos, los homosexuales también estarán totalmente influidos por la sociedad, en una ciudad grande y en una sociedad liberal el paciente no sufrirá la estigmatización que pueda sufrir en un pueblo o en una sociedad menos liberal y más conservadora.

### Psicoterapia en pacientes dermatológico

*Sandra Ros Abarca.*

Psicóloga. Hospital Santa Creu y Sant Pau. Barcelona

Una parte importante de los pacientes con enfermedades dermatológicas presentan trastornos psicológicos y dificultades psicosociales asociadas a los cuadros dermatológicos, es por ello necesaria la comprensión de la carga emocional que representa para el paciente el padecer una enfermedad que afecta al órgano visible por excelencia, nuestra piel. El campo de la psicodermatología engloba desordenes psicopatológicos de diferentes etiologías que oscilan entre cuadros dermatológicos cuyo origen es la patología psiquiátrica subyacente hasta cuadros psicopatológicos reactivos a la presencia de la enfermedad dermatológica. El conocimiento y la comprensión de estos aspectos será una herramienta útil en la práctica clínica, tanto en el abordaje clínico como en la relación terapéutica entre especialista-paciente. El impacto emocional que provoca la aparición de la enfermedad dermatológica, la visibilidad y aspectos comunes para todas la enfermedades como la sensación de pérdida de salud y la cronicidad de algunas enfermedades dermatológicas pueden generar sintomatología ansiosa y depresiva que configuren cuadros clínicos diagnósticos de ansiedad y depresión.

Estos estados emocionalmente negativos como pueden ser el estrés, ansiedad, depresión y hostilidad pueden desencadenar o agravar la sintomatología de la enfermedad dermatológica generando un empeoramiento tanto del estado emocional como de la condición dermatológica.

Es por ello que las diferentes intervenciones psicológicas, como las técnicas de relajación, terapias de apoyo y psicoterapia, añadidas al tratamiento dermatológico son beneficiosas para el control de aspectos psicológicos tan implicados en el curso de la enfermedad como puede ser el estrés, la ansiedad y los cuadros depresivos.

## Hipnosis clínica en Dermatología

*Isidro Pérez Hidalgo.*  
Psicólogo. GHC. Madrid

La hipnosis actual es muy frecuentemente empleada tanto en medicina como en psicología clínica. Se exponen una serie de mitos habituales acerca de lo que es la hipnosis para llegar a una definición actualizada.

Se comentan estudios aleatorizados y no aleatorizados sobre la eficacia de la hipnosis en el tratamiento de diferentes patologías.

Se establece un perfil de las características que hacen a un paciente adecuado para el uso de ésta técnica y las necesidades de formación y destrezas que debería poseer el clínico si quiere recurrir a la hipnoterapia.

De acuerdo con el siguiente esquema:

1. Hipnosis: definición actual
2. Mitos y falacias sobre la hipnosis.
3. Patologías dermatológicas tratables mediante procedimientos hipnóticos.
4. Estudios aleatorizados y no aleatorizados.
5. Pacientes aptos para la hipnosis.
6. Formación y habilidades del terapeuta.

## RESÚMENES DE COMUNICACIONES ORALES

### Programa de intervención educativa en Psicodermatología

*Elia Samaniego Gonzalez<sup>1</sup>, Ramón Martín Brufau<sup>2</sup>.*

Servicio de Dermatología, Complejo Asistencial de León<sup>1</sup>, Unidad de Psicología Clínica. Hospital Clínico Universitario de Valencia<sup>2</sup>

#### Introducción

En algunos centros escolares se están integrando asignaturas de psicología en los programas educativos. Los alumnos pueden no estar familiarizados con la utilidad de esta ciencia, su aplicación y su relación con otras ciencias como la medicina, y en concreto la dermatología. Por otra parte los adolescentes se ven afectados con frecuencia por enfermedades cutáneas que pueden producirles una gran repercusión psicológica, social, familiar y académica.

#### Objetivos

- Educar y sensibilizar a una población de alumnos adolescentes en la importancia de la psicodermatología, la relación entre la mente y las enfermedades de la piel y de cómo enfermedades cutáneas prevalentes en su edad (acné, dermatitis atópica...) pueden afectar la calidad de vida.
- Comprobar el impacto de una charla de educación en psicodermatología sobre los conocimientos, creencias y actitudes en psicodermatología.
- Evaluar la influencia de los antecedentes dermatológicos y de la orientación profesional del alumno sobre las creencias y actitudes del mismo en psicodermatología.
- Desarrollar un cuestionario de "Creencias Psico-dermatológicas" que pueda ser utilizado en posteriores Programas de intervención educativa en Psicodermatología.

#### Material y método

La población diana son alumnos de 4º de la ESO y 1º y 2º de bachiller con edades comprendidas entre 14-17 años.

Se diseñó un cuestionario que se administra a los alumnos en el que se recogen datos de filiación, datos de orientación profesional, antecedentes familiares y personales de enfermedades dermatológicas y cómo su padecimiento les afectó psicosocialmente. Se diseñó un cuestionario de "creencias psico-dermatológicas" que consta de 18 preguntas así como un "cuestionario de actitudes" en psicodermatología que consta de 3 preguntas.

Se proyecta una charla de 50 min en power-point con texto e imágenes en la que se desarrollan los conceptos de psicodermatología, relaciones entre mente y piel, calidad de vida, clasificación de las psicodermatosis, psicodermatosis prevalentes en las edades de la población diana: acné, psoriasis, dermatitis seborréica, dermatitis atópica entre otras.

Tras la charla se readministran los cuestionarios de creencias y actitudes con respecto a la psicodermatología. El tratamiento estadístico de los datos se lleva a cabo mediante el programa spss 15.0

#### Resultados y conclusiones

serán expuestos durante la reunión.

## Delirio de parasitosis: Nuestra experiencia

*Carmen Rodríguez-Cerdeira<sup>1</sup>, José Telmo Pera<sup>2</sup>, Roberto Arenas<sup>3</sup>.*

Servicio de Dermatología. CHUVI y Universidad de Vigo. Vigo, España<sup>1</sup>. Investigador Universidad de Vigo. Vigo, España<sup>2</sup>. Servicio de Dermatología. Hospital General Dr. Manuel Gea González. México D. F. México<sup>3</sup>.

### Introducción

El delirio de parasitosis (DP) representa una psicosis mono-sintomática, poco frecuente, caracterizada por la creencia firme, por parte de quien la padece, de que está infestado, en contra de toda evidencia, por insectos, gusanos o piojos que habitan y dañan su piel. Los pacientes pueden ver seriamente afectado el trabajo diario o la vida social.

### Objetivos

Estudiar en profundidad a los pacientes con DP y aprender más de ellos.

### Método

Se aportan cinco casos: tres mujeres y dos hombres. Resultados: La duración media de los síntomas, hasta que llegaron por primera vez a la consulta, fue de 10 meses. Dos pacientes presentaban ideas delirantes de infestación cutánea y oral. Los pacientes se evaluaron a los tres, seis y doce meses después del tratamiento.

### Conclusiones

Se resaltan las dificultades en el diagnóstico y en la elección de la terapéutica adecuada por parte del dermatólogo, quien se enfrenta al dilema de manejar un trastorno psiquiátrico en el campo dermatológico.

## Mímesis familiar

*A Rodríguez Pichardo, B. García Bravo y JC Moreno Giménez<sup>1</sup>.*

Dermatología. H. U. V. Macarena (Sevilla) y H. Reina Sofía (Córdoba)<sup>1</sup>

Mímesis significa imitación, de ahí la palabra patomimia (imitar la enfermedad), Sin embargo preferimos denominar con esta palabra sólo a los siguientes casos, ya que la imitación de la enfermedad se hace en el círculo familiar.

Caso 1: Dermatitis artefacta en una mujer, cuyo hijo falleció como consecuencia de un cáncer en el contexto de una epidermólisis ampollosa. El cuadro remedaba la enfermedad del hijo.

Caso 2: Paciente con lesiones de dermatitis artefacta en tórax y región preauricular, su madre había tenido una dermatitis artefacta de mama.

Caso 3: Niña china adoptada, con grave dermatitis atópica, la niña requiere los mismos cuidados de vendado que su prima afecta de epidermólisis ampollosa.

Estos casos son ilustrativos de los mecanismos psicológicos en la elaboración de la dermatitis artefacta, y que se conocen con el nombre de "dermatitis simulata"



## Aislamiento social en Psicodermatosis. A propósito de un caso.

Ramón Martín-Brufau<sup>1</sup>, Elia Samaniego<sup>2</sup>, Carmen Brufau Redondo<sup>3</sup>, Javier Corbalán Berná<sup>3</sup>.

Unidad de Psicología Clínica. Hospital Clínico Universitario de Valencia<sup>1</sup>. Servicio de Dermatología, Complejo Asistencial de León<sup>2</sup>, Servicio de Dermatología. Hospital Reina Sofía de Murcia<sup>3</sup>.

### Introducción

Las enfermedades psicocutáneas presentan con frecuencia alteraciones emocionales como depresión y ansiedad que pueden provocar empeoramiento o modulación del curso de las lesiones dermatológicas. El papel que estas emociones tienen en el comportamiento como el rascado o la adherencia al tratamiento dermatológico han sido enunciadas como conductas problemáticas o de interferencia con el tratamiento de estas enfermedades y con el empeoramiento de las lesiones cutáneas. Diferentes factores como variables de personalidad, estrategias de afrontamiento o el apoyo social percibido han sido propuestas como variables de vulnerabilidad o protectoras de dichos estados emocionales, actuando como moduladores o mitigadores del impacto que los eventos estresantes o los estresores cotidianos puedan ejercer sobre las lesiones del paciente.

Sin embargo, aún no queda claro el curso o evolución de estas variables como el aislamiento social y el contacto con otros, como desencadenante en el curso de las lesiones de piel.

### Objetivo

El objetivo de este trabajo consistiría en estudiar la relación temporal entre los estados emocionales, el aislamiento social y las lesiones cutáneas.

### Método

En esta ocasión se presenta el seguimiento diario a través de registros del estado de la piel y el estado emocional, en relación a las horas de actividad fuera de casa y el número de personas con las que se realizan dichas actividades de un paciente con eccemas dishidrótricos y estados emocionales.

### Discusión y conclusiones

La relación temporal encontrada podría sugerir que las emociones que desencadenan los eventos estresantes para el paciente generarían el aislamiento social lo cual podría suponer un factor desencadenante-próximo en la aparición y/o empeoramiento de las lesiones cutáneas. Por lo tanto podría ser una diana terapéutica para mejorar el estado cutáneo en las psicodermatosis.

## Cuando el paciente no escucha

Arantxa López Pestaña, Nerea Ormaechea Pérez, María López Nuñez y Anna Tuneu Valls.

Sección de Dermatología. Hospital Donostia

Varón de 34 años remitido por una erupción cutánea generalizada en agosto de 2001. Entre los antecedentes patológicos destacaba haber sido adicto a drogas por vía parenteral hasta hacía 10 años e ingresado en Proyecto Hombre por politoxicomanía. Era un fumador importante, había pasado hepatitis B y C 15 años antes, padecía de colon irritable e hipercolesterolemia.

En mayo de 1999 comenzó con lesiones eritematosas a nivel de cuello y cara que él relacionaba claramente con haberse clavado un cuerpo extraño en el segundo dedo mano derecha por accidente laboral. Realizaron diferentes estudios en otro centro, incluyendo dos intervenciones del dedo segundo de la mano derecha. El paciente refería que tras las operaciones, el cuadro mejoraba y las lesiones cutáneas desaparecían totalmente. Estuvo de baja por ese dedo 18 meses.

Cuando volvió a trabajar en noviembre de 2001, empezó a notar un intensísimo dolor a nivel del dedo que se extendía a toda la extremidad superior derecha, nalga, extremidad inferior derecha y de nuevo le brotaron lesiones cutáneas. A la exploración se observaban placas eritematosas localizadas en la zona preauricular izquierdas, levemente infiltradas, mal definidas y lesiones más intensas a nivel del tronco, especialmente a nivel de la zona lumbar. Se le sugirió la necesidad de realizar una biopsia, que el paciente rechazó ya que "lo único que precisaba era que le intervinieran de ese fragmento que se había quedado en el dedo". Y se notificó a su inspector la existencia de un probable problema mental.

En abril de 2002 vino remitido nuevamente por su inspector quien le había comentado la necesidad de realizar la biopsia cutánea. A la exploración presentaba una mínima lesión en la espalda y múltiples pápulas y placas eritemato-violáceas de predominio en las zonas malares. La biopsia fue compatible con lupus eritematoso discoide. La analítica fue normal excepto por discreta linfocitosis. ANA negativos. Se sugirió tratamiento con Resochin, Synalar forte y evitar el tabaco. El paciente oyó lo del infiltrado linfocitario y la linfocitosis y entendió que "el cuerpo extraño que tenía en el dedo era el que alteraba sus linfocitos".

Acudió nuevamente en Diciembre de 2002, sin presentar lesiones cutáneas y refiriendo que no había tomado Resochin y que seguía con molestias en el segundo dedo de la mano derecha. Nos comentó que estaba convencido de que padecía una miastenia gravis y que no podía tomar Resochin y nos solicitó una hoja de consulta a neurología y una RMN. Conseguimos que le viera la psiquiatra quien le diagnosticó de esquizofrenia paranoide, y tras comentarlo con su inspector, se le dio la invalidez absoluta.

Dado que el paciente consideró que su patología venía de los linfocitos activados por el cuerpo extraño del dedo, y que a causa de ello tenía una causalgia acudió a su psiquiatra de zona quien le recetó Neurontin. Acudió a la clínica del dolor para tratamiento con TENS (que era un tratamiento excelente para sus lesiones cutáneas) y a instancias de su médico de cabecera, fue multiestudiado por un internista del hospital. Fue intervenido otras dos veces de su dedo, cuyo pulpejo era cada día más pequeño y protegía con una especie de dedil.

Desde entonces acude a nuestra consulta de forma irregular aportando informes de Internet sobre distintas enfermedades que padece. Ha formado una asociación para la causalgia, cuando acude a nuestro servicio, pone carteles de su asociación y sigue buscando quien le intervenga nuevamente del dedo.

El interés de este caso reside en advertir que, además de la patología dermatológica, los pacientes pueden tener patología psiquiátrica independiente de sus lesiones cutáneas. El abordaje es muy complicado ya que no atienden a nuestras explicaciones y siguen con su discurso al que no hay que enfrentarse ya que es totalmente contraproducente y la confrontación puede provocar agresividad. Además estos pacientes son altamente demandantes, y en su delirio, exigen pruebas, intervenciones y consultas a múltiples especialistas generando un elevado coste para el sistema sanitario.



## Tratamiento de un caso de tricotilomania con N-acetilcisteína.

*A.Rodríguez Pichardo, AR Rodrigues Barata, B García Bravo, F Camacho.*

Departamento de Dermatología. H.U.V. Macarena. Sevilla.

La Tricotilomania es una alopecia traumática realizada por el propio paciente al tirar de sus cabellos o vellos con el fin de arrancarlos o partirlos. El tratamiento de este proceso en adolescentes y adultos jóvenes es habitualmente frustrante, a pesar de una gran variedad de medicamentos usados así como técnicas psicoterapéuticas. Recientemente se ha publicado el tratamiento con N-acetil cisteína.

Presentamos el caso de una mujer de 22 años, que presenta el cuadro desde los 7 años de edad, con posterioridad a la muerte de su madre. Además de placas en cuero cabelludo, tenía afectación de cejas y pestañas. La paciente ha sido tratada farmacológicamente y con psicoterapia sin resultado. El tratamiento con N-acetilcisteína 600 mg cada 12 horas durante seis meses, con importante mejoría, al dejar de tirarse del pelo.

## RESÚMENES DE COMUNICACIONES EN PÓSTER

### 1. Betametasona + calcipotriol en pacientes afectos de psoriasis: Ansiedad, depresión y calidad de vida

*Carlos David Albendea Calleja; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; María González Gómez; Pablo de Lora Novillo; María Pilar Blázquez Girón.*

Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. GA I+ΨD. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. España.

#### Objetivo

El objetivo del estudio fue medir el impacto del tratamiento de la psoriasis con Betametasona + Calcipotriol, teniendo en cuenta no sólo la mejora<sup>1</sup> que el mismo produce sobre los síntomas y signos dermatológicos, sino también parámetros de calidad de vida y malestar psicológico, que se ven alterados en una gran variedad de enfermedades dermatológicas y en especial en pacientes con psoriasis<sup>2</sup>.

#### Métodos

Se realizó un ensayo controlado, aleatorizado y doble ciego durante 24 semanas para comparar la Betametasona dipropionato + hidrato de Calcipotriol y el placebo en 100 adultos con placas psoriásicas crónicas. Como herramienta para medir la gravedad de la enfermedad se utilizó el PASI (Psoriasis Area and Severity Index); para la calidad de vida el DLQI (Dermatology Life Quality Index); y para valorar los síntomas de ansiedad y depresión, la escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).

#### Resultados

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo de Betametasona + Calcipotriol - sobre el grupo control - en la mejora de la calidad de vida y en la puntuación de la escala HADS, tanto en depresión como en ansiedad, siendo esta última diferencia más notable. En la selección de los pacientes no se encontraron diferencias en cuanto a sexo, aunque fueron más frecuentes las mujeres menores de 40 años y con menos de 10 años de evolución de la enfermedad.

#### Conclusiones

Betametasona dipropionato mejora tanto los síntomas dermatológicos de la enfermedad como la calidad de vida, siendo menor el impacto psicológico de la enfermedad con el tratamiento.

#### Bibliografía

- <sup>1</sup> *Bottomley JM, Taylor RS, Rytov J.* The effectiveness of two-compound formulation calcipotriol and betamethasone dipropionate gel in the treatment of moderately severe scalp psoriasis: a systematic review of direct and indirect evidence. *Curr Med Res Opin.* 2011 Jan;27(1):251-68.
- <sup>2</sup> *Lee YW, Park EJ, Kwon IH, Kim KH, Kim KJ.* Impact of Psoriasis on Quality of Life: Relationship between Clinical Response to Therapy and Change in Health-related Quality of Life. *Ann Dermatol.* 2010 Nov;22(4):389-96.

## 2. FOCUSS: Psicodermatología

*Federico de Lara Pasquín; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; José Luis Gascón Brumos; Roberto Torrijo Solana; Francisco José Aganzo López.*

Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. GA I+ΨD. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. España.

### Introducción

La Comunidad Autónoma de Aragón crea un novedoso y pionero sistema de formación en el año 2006 bautizado como FOCUSS (Formación Organizada de Competencias Utilizadas en el Sistema de Salud).

Este programa diseñado por expertos del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS), facilita el acceso a una formación práctica, organizada, evaluada y de calidad para los profesionales sanitarios.

El objetivo principal de los cursos se basaría en mejorar los conocimientos, las destrezas y la capacidad organizativa del trabajo diario, acompañando a un especialista del Servicio Aragonés de Salud (SALUD).

### Método

PROGRAMA: 08/O54: PSICODERMATOLOGIA.

CENTRO: Hospital Ernest Lluch. Calatayud (Zaragoza).

FECHA: Septiembre–Noviembre 2010.

PARTICIPACIÓN: Médico y Diplomado en Enfermería participan en sesiones tanto teóricas como prácticas durante cinco días en horario laboral, acompañando a los profesionales de la unidad dermatológica.

### Actividades

#### 1- ÁREA TEÓRICA:

- 1.1. Introducción a la psicodermatología.
- 1.2. Clasificación y estudio de las patologías.
- 1.3. Técnicas de Evaluación.
- 1.4. Tratamiento farmacológico y psicológico.

#### 2- ÁREA PRÁCTICA:

- 2.1. Diagnóstico y propuestas terapéuticas.
- 2.2. Role Playing en intervención de supuestos reales.

### Resultados

Al terminar el programa el profesional habrá mejorado:

El conocimiento sobre la clasificación y evaluación de los trastornos psicocutáneos

El abordaje y tratamiento de estos pacientes, e,

Incorporará la psicodermatología como herramienta de trabajo diario aportando un enfoque holístico en el tratamiento de los pacientes.



## Conclusiones

Las enfermedades de la piel son una barrera hacia la calidad de vida integral del paciente. Con este programa se consigue evaluar el impacto de las patologías crónicas en la vida diaria del paciente que frecuentemente se manifiestan con sintomatología ansiosa y/o depresiva

Se ofrece un enfoque holístico, de forma que el profesional sanitario consigue mejorar el proceso cutáneo y su impacto psicológico negativo.

### 3. Calidad de vida en pacientes con psoriasis tratados con Metotrexato subcutáneo

*Felipe Guerra Jiménez; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; Valerio Rodríguez Guzmán; Luis Canalejo Mendaza; José Luis Gascón Brumos.*

Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. GA I+ΨD. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. España.

#### Introducción

La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel caracterizada por la presencia de lesiones eritemato-papulo-escamosas que forman placas bien delimitadas, localizadas con frecuencia en las prominencias extensoras y cuero cabelludo, aunque pueden encontrarse en cualquier sitio de la superficie corporal. Se pueden presentar desde formas localizadas y oligosintomáticas, hasta casos muy extensos que producen incapacidad física y emocional. Puede presentarse a cualquier edad, sin predilección por un sexo específico.

Una amplia gama de fármacos sistémicos se han desarrollado en los últimos años para el tratamiento de la psoriasis y las comorbilidades. El metotrexato (ácido 4-amino-10-metilpteriloilglutámico) es un antagonista del ácido fólico, utilizado como agente antimetabólico al inhibir la duplicación del DNA, con lo cual reduce la velocidad de recambio celular altamente incrementada en esta enfermedad. A dosis adecuadas es también antiinflamatorio y puede inhibir la proliferación linfocitaria. Metotrexato a dosis bajas (MTX) es uno de los agentes clásicos y sigue siendo uno de los tratamientos sistémicos más frecuentemente utilizados para la psoriasis en todo el mundo. MTX en dosis bajas es también eficaz en el tratamiento de la artritis psoriásica. El mecanismo de acción no se entiende completamente, pero se sugiere que MTX actúa principalmente como una droga anti-inflamatoria e inmunosupresora. Una eficacia favorable y perfil de seguridad se ha establecido para MTX en un gran número de ensayos clínicos, así como en la práctica común.

#### Objetivos

Evaluar el efecto del tratamiento con metotrexato subcutáneo en un grupo de pacientes con psoriasis de moderada a severa.

Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con metotrexato.

#### Métodos

Se realizó un estudio aleatorizado, doble ciego y controlado, durante 24 semanas, donde se evaluó la eficacia y la seguridad de metotrexato frente a placebo en una población de 170 adultos con placa crónica psoriásica de moderada a severa.

Todos los pacientes fueron evaluados a través del Psoriasis Area Severity Index (PASI) para la evaluación de la severidad de la enfermedad. El Dermatology Life Quality Index (DLQI) y Short Form 36

(SF-36) para la evaluación de la calidad de vida y el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para evaluar la sintomatología ansiosa/depresiva.

### Resultados

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de metotrexato y el grupo control mediante la clasificación DLQI.

También se encontraron diferencias significativas en el tratamiento con metotrexato en comparación con placebo en los resultados del SF-36 y el HADS.

### Referencias

<sup>1</sup> Kuhn A, Ruland V, Patsinakidis N, Luger TA. Use of methotrexate in patients with psoriasis. Clin Exp Rheumatol. 2010 Sep-Oct;28.

<sup>2</sup> Ceyonis A, Kavanaugh A. Use of methotrexate in patients with psoriaticarthritis. Clin Exp Rheumatol. 2010 Sep-Oct;28.

## 4. Dermatitis artefacta

*Marisa Catalán Ladrón; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; Cristina Montesa Lou; Carlos Javier Aspas Lartiga; Fernando Orozco González.*

Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. GA I+D. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. España.

### Introducción

La dermatitis artefacta es una patología facticia, auto infligida por el paciente, con claro componente psicógeno.

Es mas frecuente en mujeres (OR 20/1) y suele debutar en la adolescencia y juventud. Puede estar relacionada con abusos previos o traumas psicológicos. Las lesiones se observan en áreas corporales accesibles al paciente.

Diagnostico diferencial: excoriaciones neuróticas, el síndrome de Munchausen, los trastornos alucinatorios y por supuesto la simulación.

El Síndrome de Munchausen es una forma de dermatitis artefacta que puede manifestarse a través de dolor abdominal agudo, hemorragias, síntomas reumatológicos, lesiones cutáneas, etc...

La dermatitis artefacta sin embargo, está relacionada con trastornos psiquiátricos, los más frecuentes son el trastorno límite de la personalidad, la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo, la dismorfofobia, la fobia social, el síndrome de estrés post-traumático y la psicosis hipocondríaca mono sintomática.

El tratamiento se basa en la colaboración entre dermatólogos y psiquiatras.

La Olanzapina es un tratamiento util por sus propiedades antihistamínicas, bloqueante de serotonina y dopamina en el tratamiento de estos pacientes.

### Anamnesis

Mujer de 23 años de edad, acude a la consulta por presentar lesiones excoriadas en espalda (Fig. 2), y desde hacía 3 meses lesiones artefactas en cara, que habían ido aumentando en número y tamaño de forma rápida (Fig.1).

La paciente refería - como antecedentes personales con interés para el caso - la presencia de crisis epilépticas desde los 18 meses de vida, realizando tratamiento profiláctico con anticonvulsivantes durante años.

### **Exploración física y mental**

Espalda: lesiones cicatrizales, redondeadas o discretamente ovaladas, de 0,3 a 0,9 cm. de diámetro, con pigmentación periférica y alguna de ellas con costras.

Mejillas: lesiones lanceoladas, ligeramente eritematosas y con presencia de costras en su superficie, con tamaños que oscilaban entre 0,8 y 1,1 cm de diámetro (Fig.3).

Exploración mental: alteración del desarrollo psicológico en la infancia y fracaso escolar. Alteraciones conductuales en los últimos meses, afectivas (bajo estado de ánimo, apatía, disminución del apetito e insomnio), y en el contenido del pensamiento (ideación obsesiva y pensamientos peculiares).

CI total de 83. Matrices progresivas de Raven: se encuentra en el percentil 10 - 25.

### **Diagnóstico y tratamiento**

Dermatitis artefacta, junto con episodio depresivo moderado y alteraciones conductuales en el contexto de un retraso mental leve. La paciente confirmó a posteriori que se auto inflingía sus lesiones.

Tras la persistencia de compulsiones de manipulación de las lesiones, (a pesar de risperidona 1mg y fluoxetina 20 mg), se modificó el tratamiento a olanzapina 5 mg, cediendo el cuadro paulatinamente.

### **Discusión**

La apariencia clínica artefacta de las lesiones es la primera pista que nos orienta hacia el diagnóstico. En este caso, la paciente asumió la autoría de las lesiones a lo largo del tratamiento.

La olanzapina es un fármaco útil con un buen perfil de seguridad.

Dada la complejidad de estos casos, entendemos es fundamental la colaboración entre especialidades para un tratamiento global del paciente.

### **Bibliografía**

- <sup>1</sup> *Consoli SG.* The "Moi-peau" *Med Sci (Paris)*. 2006;22(2):197-200.
- <sup>2</sup> *Marrón S.E. Tomás L.A* Case of dermatitis artefacta treated with olanzapine. *Dermatologia Kliniczna*. 2004;6(4):227-230.
- <sup>3</sup> *Vergara A. Isarría M.J. Prado Sánchez-Camínero M. Guerra A.* Reflex sympathetic dystrophy: description of a case with skin lesions. *Actas dermosifiliogr*. 2005;96(8):529-30.
- <sup>4</sup> *Verraes-derancourt S. Derancourt C. Poot F. Heenen M. Berbard P.* Dermatitis artefacta: retrospective study in 31 patients. *Ann Dermatol Venereol*. 2006;133(3):235-8.
- <sup>5</sup> *Zalewska A. Kondras K. Narbutt J. Syza-Jedrzejowska A.* Dermatitis artefacta in a patient with paranoid syndrome. *Acta dermatovenereol Alp panonica Adriat*. 2007;16(1):37-9

## 5. Adalimumab en el tratamiento de la psoriasis; Ansiedad, depresión y calidad de vida

*Elisa Miranda Camarero; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; Ceres Barriendo Ortillés; José Miguel Grima Barbero; Roberto Torrijo Solanas.*

Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. GA I+ΨD. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. España

### Objetivos

La psoriasis es una enfermedad crónica de etiología desconocida, que puede llegar a ocupar áreas extensas de la piel, provocando - además de alteraciones físicas importantes - un significativo distress emocional<sup>1</sup>. La alteración que la enfermedad provoca en la calidad de vida de los pacientes esta muy bien documentada<sup>2-3</sup>. Se ha observado que el grado de severidad correlaciona positivamente con el nivel de ansiedad que experimentan en el día a día<sup>4</sup>.

Muchos de los pacientes en los que hemos utilizado terapia sistémica con metotrexate, ciclosporina o acitretino, no se muestran satisfechos con los resultados obtenidos, ni con los efectos secundarios que les provocan. Existen diversos estudios en los que se evalúan resultados obtenidos con las diversas terapias convencionales usadas en la psoriasis<sup>5-6</sup>.

El conocimiento de las bases inmunológicas en la patogénesis de la psoriasis ha permitido desarrollar nuevas estrategias terapéuticas como Adalimumab que ha demostrado excelentes resultados en la mejora de la calidad de vida<sup>7</sup>.

### Métodos

#### Ámbito del estudio:

El Sector Sanitario de Calatayud tiene una población de 56.851 habitantes: 28.899 hombres y 27.952 mujeres, según el censo de población del año 2003. El 76% de la población que atendemos es rural y envejecida.

#### Criterios de inclusión:

La regla de los tres 10's enunciada por Finlay AY (2005)<sup>8</sup>: Este criterio ha de mantenerse durante los 6 meses anteriores y los pacientes deben ser resistentes, intolerantes o no estar disponibles los tto sistémicos habituales o que provoquen alteración severa de la calidad de vida con discapacidad física o psicosocial importante, medida con el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y el Short Form 36 health survey (SF-36).

#### Controles evolutivos:

- Control Basal: previo al tto con adalimumab: datos sociodemográficos, analíticas sanguíneas, eco cardiograma, despistage de enfermedades desmielinizante y Tbc, PASI y el BSA, impacto en la calidad de vida (DLQI y el SF-36), sintomatología ansiosa y/o depresiva ( HADS), así como screening de infecciones y tumores.
- Controles evolutivos posteriores: 4,8,12,16,20,24.... semanas.

#### Herramientas de evaluación:

- Respuesta clínica: PASI, pues es el índice de referencia más utilizado por los clínicos para evaluar la gravedad del paciente con psoriasis. Su puntuación oscila entre 0 (ausencia de enfermedad) y 72 (máxima intensidad de la enfermedad).

- Calidad de vida : DLQI y SF-36. El DLQI es un instrumento validado con 10 preguntas al objeto de valorar el impacto de las enfermedades de la piel en seis diferentes dominios. El SF-36 es un cuestionario genérico que evalúa calidad de vida en numerosas enfermedades. En ambos casos se usaron las versiones validadas en español.
- Sintomatología ansiosa/depresiva: HADS: escala de auto evaluación de 14 afirmaciones referidas a síntomas de depresión y ansiedad<sup>9</sup>.

## Resultados

### Datos Basales

- Varón de 52 años de edad, camarero.
- Psoriasis en placas moderado-grave, inestable.
- AP: Hta moderada, exceso de peso, diabetes y EPOC.
- Pobre calidad de vida y malestar emocional importante
- Tto previo con:
  - ciclosporina, efecto positivo pero crisis Hta.
  - metotrexato; no eficaz, PASI 50.
- Exploración neurológica y general normal.
- Estudio artropático y Eco Cardiograma sin hallazgos.
- Tuberculina/Boxter y Rx de tórax descartaron focos Tbc
- AS: Glucosa 190 mg/dl; HB Glicosilada 7.9%; GPT 66 U/l; FR y PCR normales.
- SYS (162); DIA (91); Pulso (79x')
- IMC: 29.1
- PASI: 21 BSA: 26%

### Datos a los 4 meses

- SYS (132); DIA (81); Pulso (76x')
- IMC: 31,2
- AS: Glucosa 148 mg/dl; HB Glicosilada 7.4%; Triglicéridos 164 mg/dl; GOT 70 U/L; GPT 68.
- Estaba muy contento y refería que ha podido ir a la piscina y ponerse ropa corta durante el verano.
- PASI: 0.70 BSA: 0.60%

- Adalimumab ha demostrado ser muy efectivo y bien tolerado, produciendo una mejoría en la calidad de vida de los pacientes con psoriasis en placa generalizada severa.
- La vigilancia debe extremarse ante la posibilidad de cualquier reacción extraña, efectos secundarios, infecciones o neoplasias; además de realizar un screening previo de infección tuberculosa.
- Es imperativo seguir un protocolo exhaustivo, elaborado con el consenso de los profesionales u pacientes implicados, aprobado por la administración para conseguir un manejo seguro y satisfactorio.



## Referencias

- <sup>1</sup> Zachariae R, Zachariae C, Ibsen HH et al. Psychological symptoms and quality of life of dermatology outpatients and hospitalised dermatology patients. *Acta Derm Venereol (Stockh)*. 2005;84;205-212.
- <sup>2</sup> Alonso J, Prieto L, Anto JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*. 1995;104;771-776.
- <sup>3</sup> De Tiedra AG, Mercadal J, Badia X, Mascaro JM, Herdman M, Lozano R. Adaptación transcultural al español del cuestionario Dermatology Life Quality Index (DLQI): El Índice de Calidad de Vida en Dermatología. *Actas Dermosifiliogr*. 1998;89;692-700.
- <sup>4</sup> Koo J. Population-based epidemiologic study of psoriasis with emphasis on quality of life assessment. *Dermatol Clin*. 1996;14;485-496.
- <sup>5</sup> Lundsberg I, Johannesson M, Siulverdahl M et al. Health-related quality of life in patients with psoriasis and atopic dermatitis measured with SF-36, DLQI and a subjective measure of disease activity. *Acta Derm Venereol (Stockh)*. 2000;80;430-434.
- <sup>6</sup> Wahl A, Loge JH, Wiklund I, Hanestad BR. The burden of psoriasis a study concerning health-related quality of life among Norwegian adults patients with psoriasis compared with general population norms. *J Am Acad Dermatol*. 2000;43;803-808.
- <sup>7</sup> Revicki DA, Menter A, Feldman S, Kimel M, Harman N, Willian MK. Adalimumab improves health-related quality of life in patients with moderate to severe plaque psoriasis with the United State general population norms: results from a randomized, controlled phase III study. *Health Qual Life Outcomes*. 2008 2;6:75.
- <sup>8</sup> Finlay AY. Current severe psoriasis and the rule of tens. *Br J Dermatol*. 2005;152(5);861-7.
- <sup>9</sup> Tomas L. Validación de la escala "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HADS) en pacientes hospitalizados en medicina interna. Zaragoza. Universidad de Zaragoza. 2006.

## 6. "Doctora, tengo bichos por el cuerpo". Caso clínico.

Servicio de Dermatología Hospital del Mar. Barcelona.  
Lamarca Fornell, L<sup>1</sup>, Ros Cucurull<sup>2</sup>, Tribó Boixareu, MJ<sup>1</sup>.  
Parc de Salut Mar<sup>1</sup>, Hospital Universitario Vall d'Hebron<sup>2</sup>

### Introducción

Aproximadamente el 40% de los pacientes que consultan al dermatólogo presentan quejas relacionadas con alteraciones psicopatológicas. Uno de estos trastornos psicósomáticos dermatológicos es el delirio de parasitosis o Síndrome de Eckbom que se caracteriza por una preocupación, con convencimiento delirante, de que la piel se encuentra infectada o invadida por insectos, gusanos u otros organismos vivos. Los pacientes afectados intentan capturar a los supuestos parásitos mediante excoriaciones o rascado de la piel.

### Material y método

Descripción de un caso clínico.

## Resultados

Paciente de 66 años, hipertensa y dislipémica que consulta en Servicio de Dermatología por presentar desde hace un mes múltiples pápulas excoriadas y úlceras en cara, tronco, EESS y EEII. En anamnesis respeta el descanso nocturno y su aparición debuta al pasear por una zona de indigentes. Lo atribuye a parásitos y huevos que le recorren el cuerpo, exteriorizándose incluso por los orificios nasales y los ojos. Desde entonces evita el contacto con la gente por miedo al contagio. Convivientes domiciliarios asintomáticos. A nivel psicopatológico se objetiva sintomatología ansioso-depresiva reactiva a situación vital junto a ideas sobrevaloradas de contagio de rango deliroide. Se orienta el cuadro como un delirio de parasitosis iniciándose tratamiento tópico corticoideo junto con antidepresivo tricíclico y antipsicótico atípico. Tras cuatro meses manteniendo una buena adherencia, se objetiva remisión de la sintomatología.

## Conclusiones

El delirio de parasitosis es una entidad rara, más frecuente en mujeres. A nivel psicopatológico no suelen verse afectadas la esfera afectiva ni la conductual, a menos que sean secundarias al propio delirio. Se debe descartar consumo previo de sustancias psicoactivas, así como patología orgánica. El tratamiento es sintomático, con antipsicóticos. La dificultad estriba en la adherencia; por este motivo, se aconseja el tratamiento con neurolépticos incisivos con escasos efectos secundarios (atípicos) y mantener un feed-back entre paciente y médico para ganar adherencia en el tratamiento.

## 7. Infliximab en el paciente con psoriasis severa

*Noelia Ríos Raffles; Lourdes Heredia Ferrer; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; María Nieves Serrano Mislata; Cristina Vicente Iturbe.*

Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. GA I+ΨD. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. España.

### Objetivo

Evaluar la calidad de vida al finalizar la fase de inducción con Infliximab en pacientes con psoriasis en placas severa.

### Material y método

Estudio retrospectivo con los 10 primeros pacientes tratados con Infliximab en la Unidad Clínica de Dermatología del Sector de Salud de Calatayud. Pacientes mayores de edad, de ambos sexos, tratados previamente con terapia sistémica convencional.

Se realizó control basal previo a inducción de tratamiento.

Fase de inducción: administración IV de infliximab, 5mg/kg en semana 0, 2, 6

Control para valorar la evolución a las 10 semanas

Herramientas de evaluación: PASI, BSA, DLQI, SF-36, HADS.

### Resultados

A las 10 semanas:

El 87,5% de los pacientes han alcanzado o superado el PASI 75.

La puntuación BSA disminuye el 20%

Con el SF-36 se observa mejoría en todas las dimensiones, más significativas en Dolor Corporal (BP) y Función Social (SF), menor al 44.

Con el DLQI se observa mejoría en las puntuaciones medias del orden de 25,6 ( basal) a 6,6 (10 semanas).

Descenso de la sintomatología depresiva (hasta el 62,5%), y en la mixta ansioso-depresiva (hasta el 37,5 %).

Aparición de reacción leve a la infusión de infliximab en uno de los pacientes, sin embargo, no fue necesario suspender el tratamiento. No hubo reactivación de TBC en ningún caso.

### **Conclusiones**

La calidad de vida en pacientes con psoriasis en placas grave es tanto o más mala que en pacientes con enfermedades graves en otros órganos o sistemas.

Infliximab es efectivo y bien tolerado en este grupo de pacientes.

El 87,5% de los pacientes continua en tratamiento manteniendo un excelente control de la enfermedad y un buen perfil de seguridad

### **Bibliografía**

- <sup>1</sup> *Alonso J, Prieto L, Anto JM.* La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc).* 1995;104;771-776.
- <sup>2</sup> *SF-36 10. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML et al.* Psoriasis causes a much disability as other major medical disease. *J Am Acad Dermatol.* 1999;41;401-407
- <sup>3</sup> *Finlay AY, Khan GK.* Dermatology Life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol.* 1994;19;210-216.
- <sup>4</sup> *Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D.* The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research.* 2002;52;67-77.
- <sup>5</sup> *Reich K, Nestle FO, Ortonne JP et al.* Infliximab induction therapy for patients with severe plaque type psoriasis: a randomised double-blind, placebo controlled trial. *J Am Academ Dermatol.* 2004;51;534-542.

## **8. Tacrolimus, psoriasis y calidad de vida**

*Ceres Barriendo Ortillés ; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; Elisa Miranda Camarero; Ángel Bes Franco; Antonio Gómez Peligros.*

Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. GA I+ΨD. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. España.

### **Introducción**

Con objeto de evaluar el perfil eficacia-seguridad de Tacrolimus crema 0,1% se realizó un estudio en pacientes mayores de 18 años con psoriasis en placas leve-moderado.

## Material y método

Un total de 21 pacientes (12 mujeres y 9 hombres) fueron tratados durante 12 semanas con Tacrolimus crema 0,1%, seguido de 4 semanas de control post-tratamiento. La eficacia fue valorada mediante los indicadores % de superficie corporal afectada, area Psoriasis-índice de severidad (PASI), e índice de calidad de vida dermatológica (DLQI). La seguridad fue evaluada mediante la cuantificación de efectos adversos.

## Resultados

Se presentan los resultados preliminares del estudio

## Conclusiones

Se puede concluir que 2 aplicaciones diarias de Tacrolimus crema 0,1% son efectivas y seguras en el tratamiento de Psoriasis en placas leve-moderada. El perfil de eficacia fue bueno en un 73% de casos, así como el de seguridad. La tasa de efectos adversos fue de un 38,5%, siendo el efecto adverso más común la reacción local en el lugar de aplicación.

## 9. Sintomatología ansiosa y/o depresiva en el enfermo dermatológico

*Cristina Montesa Lou; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; Marisa Catalán Ladrón; Carlos David Albendea Calleja; José Luis Gascón Brumos*

Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. GA I+ΨD. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. España.

### Objetivos

Estudiar la hipótesis que tradicionalmente relaciona las enfermedades cutáneas con los trastornos de ansiedad y depresión.

### Métodos

Estudio transversal observacional utilizando la escala HADS – Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (Zigmond y Snaith, 1983). N=5000 pacientes mayores de edad en su primera consulta a Dermatología del Hospital de Calatayud “Ernest Lluch Martín” entre los años 2002/2006.

Ficha de recogida de datos socio-demográficos: sexo, edad, diagnóstico clínico, gravedad de la enfermedad de la piel (leve moderado o grave), procedencia, estado civil, profesión, y valoración de las limitaciones sociales atribuibles a la enfermedad dermatológica (escala 0 a 10).

### Resultados

Datos Socio-Demográficos: edad media 43´51% de edad, 62´8% mujeres y 37´2% hombres, 56´9% estado civil casado, profesión: 29´5% sector servicios, seguido de trabajo en el hogar e industria.

Enfermedades cutáneas: 29´8% tumores benignos, 17´9% procesos eritematosos pruriginosos escamosos, 14´9% infecciones cutáneas.

El 98´5% de los pacientes informaron que no recibían ningún tratamiento psicológico, y el 92´7% tampoco psiquiátrico. Todo esto, a pesar de que un 18´5% presentaban puntuaciones de ansiedad por encima del punto de corte en la escala HADS (19,2% caso probable) y un 6´7% en sintomatología depresión (13´1% caso probable). El 70% de los pacientes, no referían ningún acontecimiento vital estresante.

En el análisis bivariante con los resultados de sintomatología ansiosa/depresiva relacionada con la enfermedad cutánea, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todos los procesos, destacando la asociación de depresión con cáncer cutáneo y ansiedad con alteraciones del pelo.

### **Conclusiones**

- Los casos de ansiedad se relacionan sobre todo con alteraciones de anejos cutáneos y patología clasificada como miscelánea.
- Los casos de depresión se suelen relacionar con patología neoplásica.
- La mayoría de los pacientes con puntuaciones altas en sintomatología ansiosa/depresiva, no están siendo tratadas por especialistas de Salud Mental, a pesar de presentar patología psiquiátrica reactiva asociada a su patología dermatológica.

### **10. Eficacia de una intervención psicológica en formato grupal en el control de los pacientes con psoriasis**

*Sandra Vanessa Girón Estrada; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; Isabel Barnola Petit. Margarita Navarro Lucía; Tamara Gracia Cazaña*

Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. GA I+ΨD. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. España.

#### **Objetivos**

##### **General:**

Comparar la eficacia de la intervención psicológica en el control de los pacientes con psoriasis, con los que solo reciben tratamiento dermatológico habitual.

##### **Específicos:**

1. Evaluar el grado de mejoría (medida mediante PASI) en ambos grupos de estudio en cuanto a la evolución clínica de la enfermedad.
2. Evaluar el grado de mejoría en la calidad de vida de estos pacientes.
3. Estudiar los posibles factores que influyen en la evolución de la psoriasis en una cohorte de pacientes tratados con diferentes líneas terapéuticas, en condiciones de uso clínico habitual según su gravedad clínica.

#### **Método**

Estudio de cohortes con dos grupos de pacientes: al primero se le administrará únicamente el tratamiento médico habitual para la psoriasis y el segundo realizará además una intervención psicológica en formato grupal.

Se manifiesta que el objeto del presente estudio es la intervención psicológica y que el diseño del estudio no altera el manejo farmacológico habitual de los pacientes. La asignación de la intervención psicológica será realizada mediante aleatorización simple: TODOS los pacientes diagnosticados de psoriasis durante el periodo de estudio y que cumplan criterios de inclusión.



### **Criterios de inclusión:**

1. Pacientes diagnosticados de psoriasis durante el periodo del estudio, de ambos sexos y de edad igual o superior a los 18 años.
2. Firmar documento de consentimiento informado para participar en el estudio.
3. Tener un compromiso de disponibilidad para la asistencia y participación al programa de intervención psicológica propuesto en caso de que le corresponda.

### **Descripción de la Intervención Psicológica:**

La propuesta es de tratamiento grupal psico-educativo con técnicas cognitivo-conductuales.

### **Duración:**

La intervención se ha diseñado de la siguiente manera:

- 1º. Entrevista y evaluación basal antes de empezar la intervención.
- 2º. Doce sesiones de periodicidad semanal de 90 minutos de duración.
- 3º. Sesión de evaluación final y despedida.

### **Resultados**

Al finalizar el estudio pondremos a disposición de los profesionales de la salud una herramienta clínica (manual de intervención psicológica) que complemente los tratamientos actuales de la psoriasis con una intervención puntual de tipo grupal, de corta duración y en el primer momento de la demanda.

### **Conclusiones**

Los resultados nos permitirán obtener datos inéditos en las estrategias de manejo del paciente con psoriasis.

El manual de intervención psicológica que se elaborará al finalizar el estudio, facilitará a los clínicos el control de los pacientes con psoriasis severo.

## **11. PsicoDermatología en Aragón**

*Lourdes Estévez Tudela; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; Ángel Bes Franco; María Jesús Garcés Moreno; Sara Causape Gracia.*

Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. GA I+ΨD. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. España

### **Introducción**

La Psicodermatología es un área emergente en la Dermatología y supone un abordaje holístico del paciente. Se pretende atender el malestar emocional del paciente, además de la patología de la piel.

Detallamos a continuación su implantación en el Sector de Salud de Calatayud y de Alcañiz.

## Objetivos

- 1.- Asistencia de calidad.
- 2.- Optimización y racionalización de recursos.
- 3.- Mejorar:
  - Procesos asistenciales.
  - Calidad de vida del paciente.
  - Continuidad de la asistencia.
  - Formación continuada de profesionales.
  - Satisfacción del paciente y del profesional.
  - Calidad de la información registrada (detección de problemas).

## Métodos

- Coordinación  
Unidad Clínica Dermatología - Centro de Salud
- Protocolización  
Sintomatología ansiosa y/o depresiva.  
Calidad de vida.  
Patología psicósomática prevalente.
- Formación  
Talleres teórico-prácticos.
- Herramientas clínicas  
VIA CLINICA

## Resultados

Calatayud:

- 2004: Inicio del proyecto.
- 2005: Citas específicas e inicio de terapia psicológica de grupo.
- 2006: Completados los diferentes grupos terapéuticos.
- 2007: Consulta monográfica de Psicodermatología.
- 2008: Citas formato individual / Citas formato grupal – general.
- 2009: Se inicia formato grupal en pacientes psoriásicos.

Alcañiz:

- 2010: Inicio del proyecto de implantación (SEPTIEMBRE).
- 2011: Citas individual – grupal / Grupo psico-educativo en pacientes con psoriasis y pacientes dermatológicos en general.

## Conclusiones

- 1) Iniciativa pionera en Aragón.
- 2) Coordinación Primaria-Especializada.
- 3) Mejora la calidad de la asistencia y la satisfacción de los profesionales.
- 4) Requiere el esfuerzo e implicación de todos y asumir responsabilidades pactadas.
- 5) Es central la capacitación previa y la formación continuada

## 12. Control del estado de ánimo en el enfermo dermatológico

*Carlos Aspas Lartiga ; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; María Luisa Catalán Ladrón. Martha Urdaz Hernández; Francisco José Aganzo López.*

Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. GA I+ΨD. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. España.

### Introducción

El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad en el control de la SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y/O DEPRESIVA en pacientes con enfermedad cutánea tratados con fluoxetina.

### Meterial y método

Muestra

Se pasó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) a una muestra de 500 pacientes de primera visita, atendidos en las consultas externas de Dermatología del Hospital de Calatayud "Ernest Lluch Martín".

Los pacientes que puntuaron por encima del punto de corte en sintomatología ansiosa y/o depresiva, que confirmaron un malestar emocional significativo, y que consintieron participar en el estudio (N=144), fueron tratados con fluoxeting 20mg/día durante 6 meses.

Metodología:

Los pacientes fueron visitados 5 veces: visita 1-basal (día 0), visita 2 (1º mes), visita 3 (3º meses), visita 4 (4º mes) y visita 5-final (6º mes).

Se realizó una recogida de información estandarizada en el cuaderno de recogida de datos (CRD).

### Resultados

Grupo Screening.

Las mujeres representaban el 65,8% de los pacientes. La media de edad de la muestra fue de 41,7 años. Tratamiento psicológico Referían haber recibido tratamiento psicológico el 2,4% y psiquiátrico el 8,0%. El 28,2% de los pacientes referían acontecimientos vitales estresantes durante el último año antes de la visita. La puntuación media del HADS-A fue de 7,6 y la del HADS-D fue de 4,3.

Grupo de tratamiento con Fluoxetina.

En este grupo se obtuvieron los siguientes resultados de media en las puntuaciones de las visita: basal, 1 mes, 3 meses, 4 meses y 6 meses: HADS-A 12,1, 9, 7,3, 6,4, 5,9 respectivamente y en HADS-D 5,8, 5,2, 4,4, 4,2, 4,0 respectivamente.

Para comprobar la efectividad de la Fluoxetina en el tratamiento de la ansiedad y la depresión, se ha realizado la Prueba de Friedman (para muestras dependientes o relacionadas) en la que se ha obtenido un nivel crítico  $p = 0'000$ .

### **Conclusiones**

Se confirma que la Fluoxetina es útil en el control de la sintomatología ansiosa y/o depresiva en el enfermo dermatológico. Se observa una reducción más rápida de la ansiedad que de la depresión a lo largo del tratamiento.

### **Bibliografía**

- <sup>1</sup> *Bano S, Akhter S, Afridi MI.* Gender based response to fluoxetine hydrochloride medication in endogenous depression. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2004 Mar;14(3):161-5
- <sup>2</sup> *Cipriani A, Barbui C, Brambilla P, Furukawa TA, Hotopf M, Geddes JR.* Are all antidepressants really the same? The case of fluoxetine: a systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2006 Jun;67(6):850-64. Review.
- <sup>3</sup> *Puzynski S, Rybakowski J, Kocur J, Rydzynski Z, Beresewicz M, Bogdanowicz E, Druszyk S, Gruszczynski W, Kalinowski A, Koszewska I, et al.* [Clinical evaluation of fluoxetine] *Psychiatr Pol.* 1994 Sep-Oct;28(5):593-600.

## **13. Calidad de vida y neuralgia post-herpética**

*Martha Urdaz Hernández; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; Carlos Aspas Iartiga; Omar Daoud; Francisco José Aganzo López.*

Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. GA I+ΨD. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. España.

### **Introducción**

Se ha realizado un estudio observacional para evaluar la calidad de vida en pacientes con dolor crónico causado por neuropatía post herpética tratados con fentanilo TTS.

### **Material y método**

El estudio se realizó sobre un total de 154 pacientes afectados de neuralgia post-herpética, entre febrero de 2003 y febrero de 2006. Fue autorizado por la Dirección General de Planificación y Aseguramiento de la Diputación de Aragón.

Se analizaron las diferentes variables sociodemográficas y la calidad de vida de los pacientes previa al inicio del tratamiento y a lo largo de él hasta un total de 6 meses de seguimiento.

Para la evaluación de la calidad de vida se utilizaron: el Short Form 36 (SF-36) y Symptom Check List -90 revisado (SCL-90R)

### **Resultados**

Se presentan los resultados de variables sociodemográficas, clínicas, epidemiológicas, de tratamientos previos y de evaluación de dolor y dosis de fentanilo utilizadas en nuestro estudio.

Se presentan también los datos obtenidos con SCL-90R y con SF-36 en los que se observa una significativa mejoría en la calidad de vida de los pacientes y en la disminución de síntomas somáticos.

## Conclusiones

1º Confirmamos la hipótesis inicial de mejoría de los pacientes a los seis meses. 2º Disminución significativa del dolor medido con EVA. 3º Influencia positivo en la calidad de vida de los pacientes. 4º Disminución significativa de los síntomas somáticos.

## 14. Calidad de vida general en pacientes con psoriasis moderada-grave mediante SF-36

*Mar Milla Pérez; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; Ana I. Jimeno Monzón; Margarita Navarro Lucía; Tamara Gracia Cazaña.*

Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. GA I+ΨD. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. España.

### Introducción

La psoriasis es una enfermedad cutánea crónica mediada por mecanismos inmunes, relacionada tradicionalmente con baja calidad de vida de los pacientes.

### Objetivos

El propósito de este estudio es evaluar el efecto de Ustekinumab sobre la calidad de vida general de un grupo de pacientes con psoriasis moderada-grave en condiciones de práctica clínica habitual.

### Material y método

Presentamos datos preliminares de 6 pacientes con psoriasis moderado-grave que recibieron pauta de Ustekinumab en condiciones de uso clínico habitual. Para la evaluación de la calidad de vida general se utilizó el Short Form-36 (SF-36).

### Resultados

En la visita basal todos los pacientes presentaban un impacto negativo muy importante en su calidad de vida medida con el SF-36.

En la semana 18 se observaron reducciones significativas del impacto en la calidad de vida general.

### Conclusiones

Los pacientes con psoriasis moderado-grave tratados con pauta de Ustekinumab 45 mg. obtuvieron mejoras significativas en su calidad de vida, medida mediante el SF-36.



## 15. Betametasona + Calcipotriol gel en pacientes afectados de psoriasis de cuero cabelludo: Ansiedad, depresión y calidad de vida

*María González Gómez; Servando E. Marrón Moya; Lucía Tomás Aragonés; Carlos D Albendea Calleja; María Pilar Elena Moneva; Carmelo Cebrián García.*

Unidad Clínica de Dermatología. Hospital de Alcañiz. GA I+ΨD. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. España

### Objetivo

El objetivo del estudio fue medir el efecto del tratamiento tópico con Betametasona + Calcipotriol gel en pacientes con psoriasis y afectación de cuero cabelludo, teniendo en cuenta no sólo la mejora<sup>1</sup> que el mismo produce sobre los síntomas y signos dermatológicos, sino también parámetros de calidad de vida y malestar psicológico, que se ven alterados en una gran variedad de enfermedades dermatológicas y en especial en pacientes con psoriasis<sup>2</sup>.

### Método

Se realizó un ensayo controlado, aleatorizado y doble ciego durante 24 semanas para valorar la eficacia y seguridad de la Betametasona dipropionato + hidrato de Calcipotriol tópico y placebo en 30 enfermos de psoriasis con afectación crónica de cuero cabelludo. Como herramienta para medir la gravedad de la enfermedad se utilizó el PASI (Psoriasis Area and Severity Index), para la calidad de vida el DLQI (Dermatology Life Quality Index) y para valorar los síntomas de ansiedad y depresión la escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).

### Resultados

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo de Betametasona + Calcipotriol gel sobre el grupo control en la mejora de la calidad de vida y en las puntuaciones de la escala HADS.

### Conclusiones

Betametasona dipropionato + Calcipotriol gel mejora tanto los síntomas dermatológicos de la enfermedad como la calidad de vida, siendo menor el malestar psicológico producido por la enfermedad con el tratamiento.

### Bibliografía

- <sup>1</sup> Bottomley JM, Taylor RS, Rytov J. The effectiveness of two-compound formulation calcipotriol and betamethasone dipropionate gel in the treatment of moderately severe scalp psoriasis: a systematic review of direct and indirect evidence. *Curr Med Res Opin.* 2011 Jan;27(1):251-68.
- <sup>2</sup> Lee YW, Park EJ, Kwon IH, Kim KH, Kim KJ. Impact of Psoriasis on Quality of Life: Relationship between Clinical Response to Therapy and Change in Health-related Quality of Life. *Ann Dermatol.* 2010 Nov;22(4):389-96.



## Información General

### Sede



Recinto Expo  
Avda. Pablo Ruiz Picasso, 67  
50018 Zaragoza  
T. +34 902 999 202  
[www.pcxpoaragon.com](http://www.pcxpoaragon.com)



## Secretaría Técnica

**bocemtium**  
congresses|events|meetings

Via Augusta, 59, 4º  
08006 Barcelona, Spain  
tel. +34 934 161 220  
fax +34 934 158 466  
[esdap2011@bocemtium.com](mailto:esdap2011@bocemtium.com)  
[www.esdap2011.org](http://www.esdap2011.org)



No está permitida la utilización de móviles en las salas.  
*Use of phones are not allowed inside meeting rooms.*





No está permitido realizar fotografías en todo el recinto donde se celebra el congreso.  
*Taking pictures is not allowed in the venue where the conference is held.*



No está permitido realizar grabaciones en todo el recinto donde se celebra el congreso.  
*Video recording is not allowed in the venue where the conference is held.*



Durante la celebración del congreso, se podrán realizar grabaciones aleatorias por parte de bocemtium. Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación y cancelación, contactando por escrito a la dirección: Via Augusta 59, 4º de 08006-Barcelona o al siguiente correo electrónico: [lop@bocemtium.com](mailto:lop@bocemtium.com)  
*During the congress, video recordings can be made randomly by bocemtium. You can exercise your rights of access, rectification, cancellation and opposition, in a communication addressed to via augusta 59, 4th floor 08006 barcelona and/or the following e-mail address: [lop@bocemtium.com](mailto:lop@bocemtium.com).*

El  quiere agradecer la participación  
de los patrocinadores del 

Premium Partner:



Major Partner:



Trabajando juntos por un mundo más sano

General sponsors:

 **Laboratorios Viñas sa**

 **Abbott**  
A Promise for Life

**janssen**  
Pharmaceutical Companies  
of Johnson & Johnson

EAU THERMALE  
**Avène**

**DUCRAY**  
LABORATORIOS DERMATOLÓGICOS