

¿Qué hay de nuevo en Dermatología Psiquiátrica?



**Elia Samaniego (León) y
María José Tribó (Barcelona)**

TOP 10 (1)

- **1. Delusional Parasitosis: Lessons learnt.** Acta Derm Venereol **2009.**
- **2. Morgellons in dermatology.** J Dtsch Dermatol Ges. **2010**
- **3. Fictitious disorders in dermatology.** J Dtsch Dermatol Ges. **2010**
- **4. Dermatitis artefacta of the breast: a retrospective analysis of 27 patients (1976-2006)** JEADV **2010**
- **5. The recognition and treatment of pathological Skin Picking.** Psychiatry **2009**

TOP 10 (2)

- **6.Reversal of Trichotillomania with Aripiprazole.** Depression and Anxiety 2008;25:37-40.
- **7.N-Acetylcysteine, a glutamate modulator, in the treatment of trichotillomania.** Arch Gen Psychiatry 2009
- **8.The role of psychological factors and serum zinc, folate and vitamin B12 levels in the aetiology of trichodynia: a case-control study.** Clinical and Experimental Dermatology 2009
- **9.Doctor-patient relations in dermatology: obligations and rights for a mutual satisfaction.** JEADV 2009
- **10. Itch characteristics in atopic dermatitis: results of a web-based questionnaire.** Br J Dermatol 2009



CLINICAL REPORT

Delusional Parasitosis: Lessons Learnt

Kashif AHMAD and Bart RAMSAY

Department of Dermatology, Mid Western Regional Hospital, Dooradoyle, Limerick, Ireland

- Estudio retrospectivo entre 1995 y 2008.
- 13 pacientes (6 h, 7 m); edad media 46 años (22-68)
- La duración media de seguimiento fue de 50.1m.(3-153)
- **3 duración de síntomas > 9 años.**
- 9 pacientes fueron tratados con pimozide (**2RC**).
- 4 con sulpiride (2 RP)
- 4 con risperidona (1RP)
- **4 fueron tratados con más de un fármaco neuroléptico.**

Comentario 1

- Metaanálisis (Trabert 193 art)
 - Edad media de pacientes con DP era 57 años. Mujeres>hombres.
 - Duración media de los síntomas fue de 3.0 ± 4.6 años
- Patogenia del DP: **modelo de estrés-vulnerabilidad.**

Comentario 2

- Neurolépticos: Ausencia de estudios controlados. Evidencia limitada de eficacia. (Lepping et al.)
 - Pimozide :escasez de estudios controlados y limitado por efectos secundarios. (NO 1ª elección)
 - N. Atípicos: cantidad limitada de artículos de casos : risperidona, olanzapina y sulpiride.
- El soporte psicoterápico es un buen adyuvante al tratamiento somático.

A destacar...

- Las dificultades encontradas en diagnosticar. Descartar otras causas.
- La falta de **respuesta** a fármacos neurolépticos
- Problemas de **cumplimiento** Reilly & Batchelor (60% de pacientes aceptarían los neurolépticos, y de estos pacientes, 2/3 se beneficiarán)
- El dilema del dermatólogo de manejar la condición psiquiátrica de estos. No confrontación. Relación de confianza, empatía.
- Necesidad de **coordinación con psiquiatría** (manejo neurolépticos, detectar enfermedad subyacente) **Neurolépticos atípicos menos efectos secundarios.**

Morgellons in dermatology

Wolfgang Harth¹, Barbara Hermes², Roland W. Freudenmann³

(1) Department of Dermatology and Allergology, Vivantes Klinikum Berlin Spandau, Germany

(2) Department of Dermatology and Phlebology, Vivantes Klinikum Berlin Friedrichshain, Germany

(3) Ulm University Hospital, Department of Psychiatry and Psychotherapy III

- Delirio de parásitos=firme creencia de infestación por agentes infecciosos
- Desde el 2002 un nº creciente de pacientes de todo el mundo se quejan de tener en su piel **fibras y filamentos no objetivables** asociados a otros síntomas inespecíficos (artralgias, alteraciones cognitivas, fatiga...)
- Llamada “Morgellons” por los propios pacientes. Bióloga americana (Mary Leitaó que pensaba que su hijo estaba afectada por el trastorno).
- Expansión a Europa. Asociación de pacientes Morgellons research foundation (MRF). www.morgellons.org

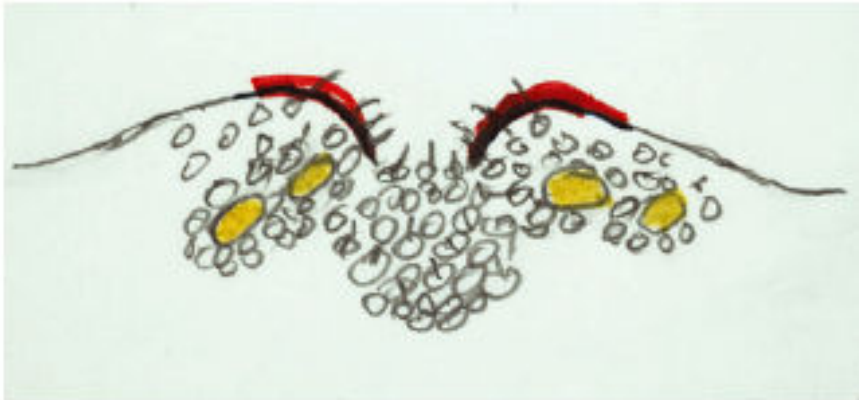
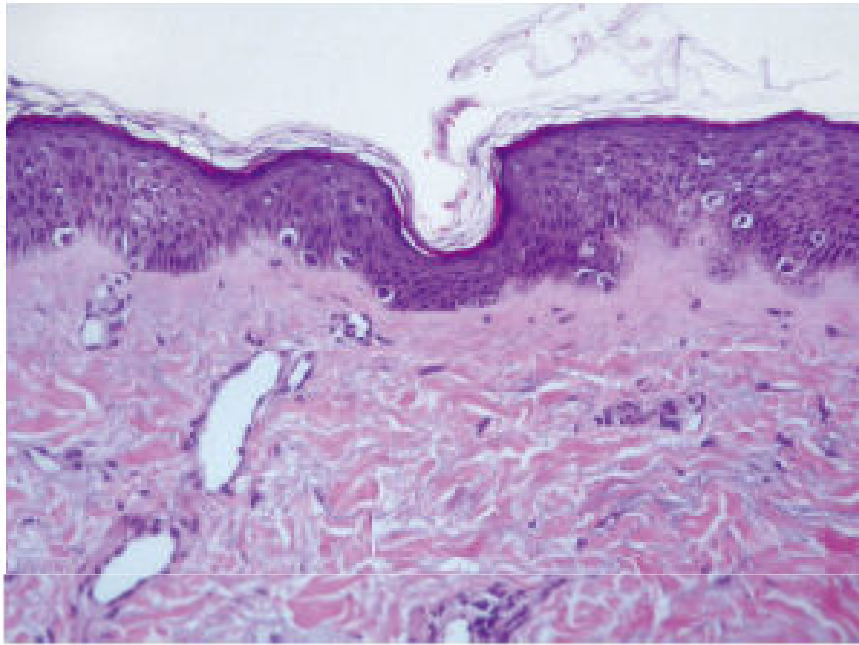
Caso clínico

- Mujer de 55 años.
 - Cuadro de **úlceras severas en la cara de dos años** de evolución. Ulceraciones lineales con costras en cara, cuello, escote.
 - Fatiga, debilidad, sudor nocturno, quemazón, prurito, picazón.
 - Elementos fibrosos saliendo de las heridas.
 - Signo de la caja de cerillas.
- Extracción de las fibras con pinzas y agujas.
- Cultivos, pruebas de laboratorio e histología normales.

Caso clínico

- ▶ Ingresa, tratamiento local. Diario: 3 horas manipulando las heridas intentando extraer las fibras.
- ▶ Tto farmacológico: antihistamínicos, doxepina, clomipramina para evitar acto compulsivo. Después risperidona con paroxetina. Mejoría parcial en 6 semanas. Empeora.
- ▶ No adherencia al tratamiento.



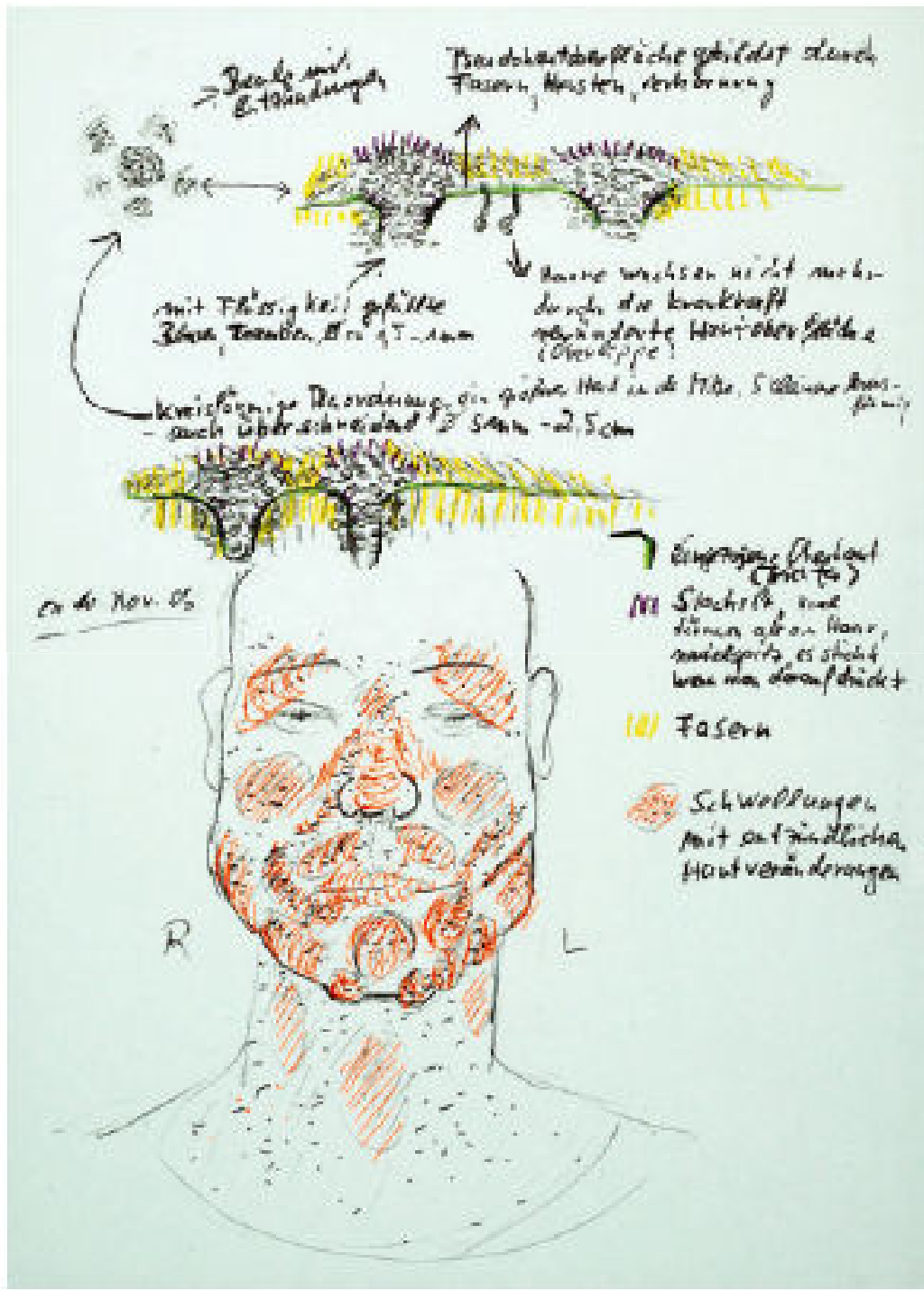


Kinn re. Loch seit ca 3.6.07

1) 2) Loch ϕ ca 4 mm
glatte Haut an der Seite
mit Stacheln - Ringpore
obere Hautschicht

3) 4) ϕ ca 10 mm

- ||| Stacheln ca 1 mm oder kleiner
- Eiter, trüblich, weißlich, verkäsehaft
- mit Flüssigkeit gefüllte Blasen, Tränken
-) Ringpore Oberhaut, in 1) aufgefaltet



Comentario

- Hª **diferentes agentes:** ácaros, insectos, arañas, gusanos... bacterias, virus, otros parásitos...publicaciones aisladas de material inorgánico como pigmento, polvo, arena...
- Primera publicación en revista dermatológica en **2006**. Presión política, contribuciones para investigación .
- Papel de los medios e internet en la difusión de que el Morgellons es una enfermedad.(enfermedad transmitida a través de internet o “**cybercondria**”)

MORGELLONS RESEARCH FOUNDATION®

Search:

MAIN MENU

- [Home](#)
- [Registration](#)
- [Contact MRF](#)
- [Site Map](#)

ABOUT MRF

- [MRF Board Members](#)
- [Advocacy/Volunteer](#)
- [Contributions](#)

MORGELLONS DISEASE

- [FAQs](#)
- [Symptoms](#)
- [Geography](#)

FOR PHYSICIANS

- [Physician Information](#)
- [Case Definition](#)
- [Research](#)
- [Publications](#)



Morgellons Research Foundation®

"Morgellons is an unexplained and debilitating condition that has emerged as a public health concern. Recently, the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) has received an increased number of inquiries from the public, health care providers, public health officials, Congress, and the media regarding this condition."



**The current number
of registered families:
14,720**

FOR PATIENTS

Life with Morgellons
Resources

NEWS

CDC Timeline
MRF Newsletters
Media and PR



The Morgellons Research Foundation (MRF)

The Morgellons Research Foundation (MRF) is a 501(c)3 non-profit organization established in 2002 in honor of a two-year-old child with an unknown illness, which his mother labeled "Morgellons disease". The MRF is dedicated to raising awareness and research funding for this poorly understood illness, which can be disfiguring and disabling, and affects people of all age groups including an increasing number of children. The number of families currently registered with the MRF is believed to represent a fraction of the true number of affected families.

The MRF fully supports the formal efforts by the CDC and Kaiser Permanente's Northern California Division of Research to investigate Morgellons disease. The MRF will continue to financially assist the ongoing efforts of private research scientists who are dedicated to solving the mystery of this tragic illness.

CDC Investigation:

The Centers for Disease Control and Prevention in conjunction with Kaiser Permanente's Northern California Division of Research held a national media telebriefing on January 16, 2008 announcing government efforts to investigate the cause of this illness. Follow this link for a transcript of the [media telebriefing](#), January 16, 2008.

According to the CDC:

"Persons who suffer from this condition report a range of coetaneous symptoms including crawling, biting and stinging sensations; granules, threads or black speck-like materials on or beneath the skin; and/or skin lesions (e.g., rashes or sores) and some sufferers also report systemic manifestations such as fatigue, mental confusion, short term memory loss, joint pain, and changes in vision."

*In Loving Memory of
Ken Cowles*

Late Breaking News!

Press Release
—Louise Mandrell
Joins Board of
Morgellons Research
Foundation
[See complete June 9,
2009 Press Release.](#)

New Case
Study—[Read the latest
Case Study on
Morgellons Disease.](#)

July Newsletter
Available!
[Read it now!](#)

Links

A destacar...

- Nueva variedad de DP causada por **elementos inanimados**.
- Recomiendan el término más amplio **“delirio de infestación”**
- La mayoría de los pacientes no aceptan el diagnóstico.
- RC 31-51,9% de los casos
 - **Al menos aliviar los síntomas** para que no sean la preocupación central del paciente y mejoren las manifestaciones cutáneas.
 - RC o RP puede conseguirse en hasta 75% de los casos con neurolépticos de 2ª generación: olanzapina, **risperidona**.
- Cuidado con la difusión de enfermedades en internet y los medios de comunicación en el futuro.



Factitious disorders in dermatology

Wolfgang Harth¹, Klaus-Michael Taube², Uwe Gieler³

(1) Department of Dermatology and Allergology, Vivantes Clinic Berlin Spandau, Germany

(2) Department of Dermatology, University of Halle, Germany

(3) Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Justus Liebig University, Gießen, Germany

- ▶ Lesiones autoinflingidas: creación de síntomas físicos o psiquiátricos en uno mismo o en otro. Conductas autolesivas sin intento de suicidio.

- ▶ 0,05-0,4% de la población. Dermatología (2%)
- ▶ 3-8 veces más frecuente en mujeres salvo simulación
- ▶ **Clasificación actual** diferencia entre 4 grupos.
- ▶ Útil para entender los distintos mecanismos patógenos, tratamientos adecuados y pronóstico.

Clasificación dermatitis autoinflingidas

Dermatitis Artefacta

- Dermatitis facticia
- Patomímia
- Enfem.de Münchaushen
- Enferm.de Münhausen por autoridad o por poderes

Trastorno control impulso

- Excoriaciones neuróticas
- Acné excoriado
- Tricotilomanía
- Queilitis facticia
 - Onicotilomanía
- Liquen simplex ó neurodermatitis
- Prurigo Nodular
- Pseudoknuckle Pads
- Morsicatio buccarum

Categorización de los trastornos facticios

1. **Dermatitis artefacta:** conducta autolesional disociada (**no consciente**).
2. **Dermatitis paraartefacta:** trastorno del control de los impulsos, frecuentemente como una manipulación de dermatosis específicas existentes (frecuentemente **semiinconsciente**, admiten autoinflingido)
3. **Simulación:** lesiones y enfermedades simuladas **conscientemente** con el fin de obtener un **beneficio material**.
4. **Formas especiales**
 - Sdme. Gardner-Diamond
 - Sdme. Munchhausen
 - Sdme. Munchhausen por poderes

Distintos mecanismos

Etiología de las dermatosis autoinflingidas

Mecánicas

Presión

Fricción

Oclusión

Picadura

Herida arma
blanca

Mutilación

Cortes

Lesión por tóxicos

Ácidos

Alcalinos

Térmicos
(quemaduras o
escaldados)

Infecciones autoinflingidas

Dificultar
cicatrización

Abscesos

Fármacos

Inyecciones
heparina

Insulina

Trastornos psiquiátricos frecuentes en dermatosis autoinflingidas

Trastornos límite de personalidad

Trastorno de personalidad emocionalmente inestable tipo
borderline

Trastorno narcisista de personalidad

Trastorno histriónico de personalidad

Trastorno de personalidad antisocial

Trastorno de personalidad dependiente

Trastornos del estado de ánimo

Trastorno de ansiedad

Trastorno obsesivo - compulsivo

Trastorno por estrés postraumáticos

1. Dermatitis artefacta

- Lesiones en sitios atípicos con morfología atípica.
- **Autolesiones inconscientes.** Daño producido en un estado disociativo con amnesia.
- Hª vacía, huecos en la historia, pobreza síntomas. Falta de emociones.
- Trastorno emocional severo. Múlt. causas psicopatológicas.
 - >2/3 traumas, abusos en la infancia o abandono.



2. Dermatitis Paraartefacta

- Trastorno de control de impulsos. Tipo más frecuente.
- **Pérdida de control de impulsos** repetida.
 - Tensión creciente antes de un acto.
 - Placer o disminución de la tensión después de hacerlo.
 - No existe motivación racional. Produce sufrimiento.
- Normalmente es **consciente y admitida**.
- Estrés psicológico, conflicto no resuelto, necesidad de hurgar la piel.
- Lesiones previas manipuladas.

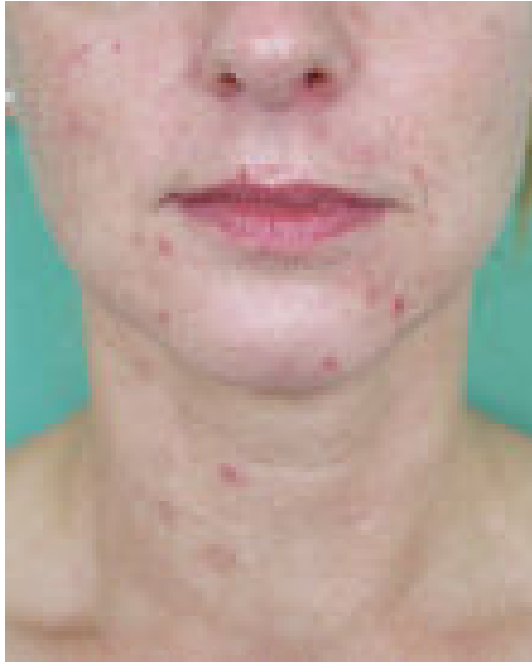
Dermatitis paraartefacta

Piel/mucosa:

- Excoriaciones neuróticas =skin-picking syndrome
- Acné excoriado
- Pseudo *Knuckle pads*
- *Moriscatio buccarum*
- Queilitis facticia

Tegumento:

- Onicofagia, onicotilomania, onicotemnomania
- Tricotilomania, tricotemnomania, tricoteiromania



3. Simulación

- Creación **intencionada** y **consciente** de signos y síntomas físicos.
- **Ganancia** material o ventaja social, llamando la atención.
- Reclamación de bajas, compañías de seguros, evitar un proceso legal...
- No puede tratarse con medidas psicoterapéuticas ya que no existe motivación del paciente.

Dermatitis artefacta of the breast: a retrospective analysis of 27 patients (1976–2006)

A Rodríguez-Pichardo,[†] MV Hoffner,^{‡,*} B García-Bravo,[‡] FM Camacho[‡]

[†]Section of Psychodermatology, Department of Dermatology, Virgen Macarena University Hospital, Seville, Spain

[‡]Department of Dermatology, Virgen Macarena University Hospital, Seville, Spain

*Correspondence: MV Hoffner. E-mail: marianahoffner@hotmail.com

- **Serie de DA del pecho y total más numerosa publicada.**
- Estudio retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de DA del pecho durante un periodo de **30 años** (1976-2006) en el servicio de dermatología del hospital Virgen Macarena de Sevilla.
- Variables: edad al diagnóstico, sexo, presentación clínica, estado civil, ocupación, localización de las lesiones, curso clínico y antecedentes personales.

Resultados 1

- 27 pacientes. Edad: 12-77 años (media-34,33)
- 13,43% de todos los pacientes con DA (201)
- **Todas mujeres.** 51,85% solteras. 2 viudas, 2 muerte hijo, una muerte de dos hijos.
- 44,44% amas de casa, 14,81% estudiantes, 40,74% empleadas (limpieza, camareras, sanitarias)

Resultados 2

- Los síntomas clínicos más frecuentes fueron las excoriaciones (9 casos 33,3%) y úlceras (33,3%) seguidos de quemaduras y ampollas.
- 10 localización exclusiva en el pecho, 17 en otras (cara, brazos, abdomen, todo el cuerpo)



Table 2 Clinical forms of dermatitic artefacts of the breast

| Clinical forms of DA | Number (%) of cases of DA of the breast | Number (%) of cases of DA in general |
|--------------------------|---|--------------------------------------|
| Excoriations | 3 (33.33) | 63 (31.34) |
| Ulcers | 3 (33.33) | 51 (25.37) |
| Ruins | 6 (27.27) | 14 (6.96) |
| Blisters | 1 (3.70) | 21 (10.5) |
| Contact dermatitis | 1 (3.70) | 10 (4.98) |
| Haematomas | 1 (3.70) | 6 (2.99) |
| Crusting | 0 | 13 (6.47) |
| Hyperpigmentation | 0 | 7 (3.48) |
| Panniculitis | 0 | 6 (2.99) |
| Linear deeper wounds | 0 | 3 (1.49) |
| Cheilitis | 0 | 2 (0.99) |
| Ongychalopia | 0 | 2 (0.99) |
| Total number of patients | n = 27 | n = 201 |



A destacar...

- ▶ **Serie de DA del pecho y total más numerosa publicada.**
- ▶ Diagnóstico de exclusión (causas orgánicas)
- ▶ Tratamiento no satisfactorio. Si se sugiere que no es orgánico cambia de doctor. Buena relación, empatía, no confrontación.
- ▶ Tratar la piel, vendajes, antibióticos si necesario...
- ▶ Colaboración con psiquiatra. Muchos pacientes y familiares lo rechazan .

The Recognition and Treatment of Pathological Skin Picking: A Potential Neurobiological Underpinning of the Efficacy of Pharmacotherapy in Impulse Control Disorders

by **DAVID R. SPIEGEL, MD, AND LINDSEY FINKLEA, MD**

From Eastern Virginia Medical School, Department of Psychiatry and Behavioral Science, Norfolk, Virginia

Psychiatry (Edgemont) 2009;6(2):38-42

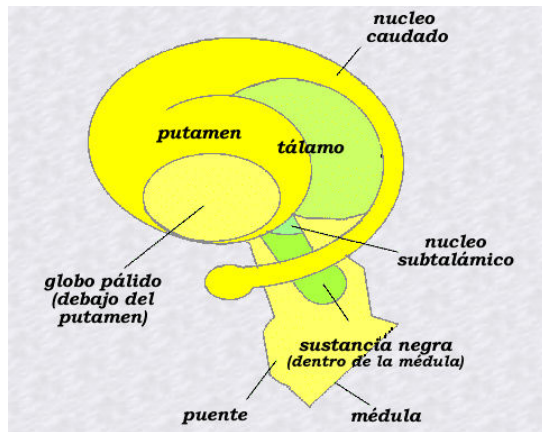
- **Curso crónico.** Coexistencia con uno o más t. psiquiátricos. (TOC, t. dismorfofóbicos, abuso de sustancias, borderline)
- **No hay tratamientos aprobados por la FDA para ICD.**
- **ISRS** , otros: olanzapina, inositol, lamotrigina, riluzol, naltrexona, clomipramina, doxepina.
- **Primer caso de SPS tratado con PAL**

Caso clínico

- 35 años. Hª de abuso sexual, depresión mayor, estrés postraumático.
- Excoriaciones en ambas extremidades inferiores 2 meses.
- **SPS Scale (6 items de 0-4) paciente 21.**
- **Fluoxetina escasa mejora en el SPS.**
- Tras 6 sem **añaden PAL 3mg/kg** a los 2 meses a 6mg/kg con **disminución del SPS a 2. (tras 4 meses de asociación)**
- Flu 80 mg/día+ PAL 6mg/día 9 meses.

Comentario

- TOC y ICD (**espectro del trastorno obsesivo compulsivo**)
- **Comparten** mecanismos neurobiológicos, epidemiología, tendencia familiar, tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.
- **ISRS casos de mejoría**, otros fallos o empeoramiento hábitos.
Necesidad otros tratamientos.
- **ISRS +antagonistas de dopamina para TOC refractario.**
- Terapia multidroga.



Neurobiología

- Las monoaminas (dopamina y serotonina) muestran una señal hiperexcitada y repetitiva en el circuito córtico-estrio-talámico. Imágenes funcionales.
- **Caudado ventral (recompensa inmediata, impulsividad)**
 - **Disminución de dopamina** en el núcleo estriado ventral **disminuye** la impulsividad (papel de los **antagonistas de dopamina**)
 - **Disminución de serotonina** en el núcleo estriado ventral **aumenta** la impulsividad. Papel de los **ISRS**
- **Interacciones entre serotonina y dopamina.**
 - Hiperdopaminergia puede ser consecuencia de hiposerotoninergia..
 - **Por ello añadir un antagonista 5HT/2D es útil.**

A destacar...

- Modelo de TOC y estudios de ICD: **maximizar la respuesta** de SP utilizando fármacos serotoninérgicos y antidopa.
- **Primer caso de SPS tratado con PAL**
- PAL es un metabolito de la risperidona aprobado por la FDA para esquizofrenia. Anti D2 y Anti 5HT2A de la serotonina.
- Tratar hiperdopaminergia del núcleo caudado disminuye los hábitos estereotipados del SP.
- Necesidad de más estudios de imágenes funcionales.

Brief Report

REVERSAL OF TRICHOTILLOMANIA WITH ARIPIRAZOLE

Don Jefferys, A.M., Ph.D., B.A., B.Ed., M.A.C.E., M.A.P.S., F.A.A.E.T.S.^{1*} and Graham Burrows, A.O., K.C.S.J.,
B.Sc., M.B., Ch.B., D.P.M., M.D., F.R.A.N.Z.C.P., F.R.C.Psych., D.Sc., M.R.A.C.M.A., Dip.M.Hlth.Sc.
(Clinical Hypnosis), F.A.Ch.A.M.²

- **Primer caso que muestra eficacia de Aripiprazol en TTM.**
- Fármacos: estudios con Clomipramina, ISRS, Venlafaxina. Resultados equívocos, seguimientos cortos.
- **Al añadir neurolépticos atípicos mejoran los resultados.**
- Neurolépticos atípicos **en monoterapia son eficaces** en el tratamiento de la TTM. (Gupta y Gupta 2000, Khouzan et al 2002, Stewart and Nejtek 2003) . (Olanzapina)

Caso clínico

- Mujer de 32 años.
- Hª típica de TTM de 19 años de evolución: cuero cabelludo, pestañas, cejas, pubis.
- **Depresión y TOC.**
- Hipnosis, terapia conductual. Amitriptilina, clomipramina, varios ISRS, Venlafaxina, Mirtazapina. Escitalopram y Quetiapina (sedación).
- Reboxetina (mejora la depresión)
- **Se le añade Aripiprazol (15mg) con mejoría el día 10, cesó la TTM el día 21.**
- Se continúa 24 meses más sin Reboxetina persistiendo la mejoría.

A destacar...

- **Primer caso que muestra eficacia de Aripiprazol en TTM.**
- Neuroléptico atípico
 - Agonista parcial de receptores D_2 de dopamina y $5-HT_{1a}$ de serotonina
 - y antagonista de receptores $5-HT_{2a}$ de serotonina.
- Efecto rápido. Efecto en TTM no en depresión subyacente.
- Necesarios estudios abiertos, controlados de uso de A en TTM.

N-Acetylcysteine, a Glutamate Modulator, in the Treatment of Trichotillomania

A Double-blind, Placebo-Controlled Study

Jon E. Grant, JD, MD, MPH; Brian L. Odlaug, BA; Suck Won Kim, MD

- **Disfunción glutamatérgica implicada en la patogénesis del TOC.**
- Ensayo clínico doble ciego controlado de 12 sem. Pacientes ambulatorios.
- Objetivo: determinar la **eficacia y tolerabilidad de N-acetilcistina** en adultos TTM
- 55 (45 mujeres, 5 hombres). Edad media 34.3 años.
- Administración de 1200-2400 mg/día o placebo durante 12 semanas (a las 6 semanas se aumenta de 1200 a 2400)

- NA (aminoácido antioxidante) usado en VIH, dependencia a cocaína, otros trastornos de control de impulsos (ludopatía)

- E.S: cefalea, prurito, flatulencia, aumento tensión arterial, fatiga.

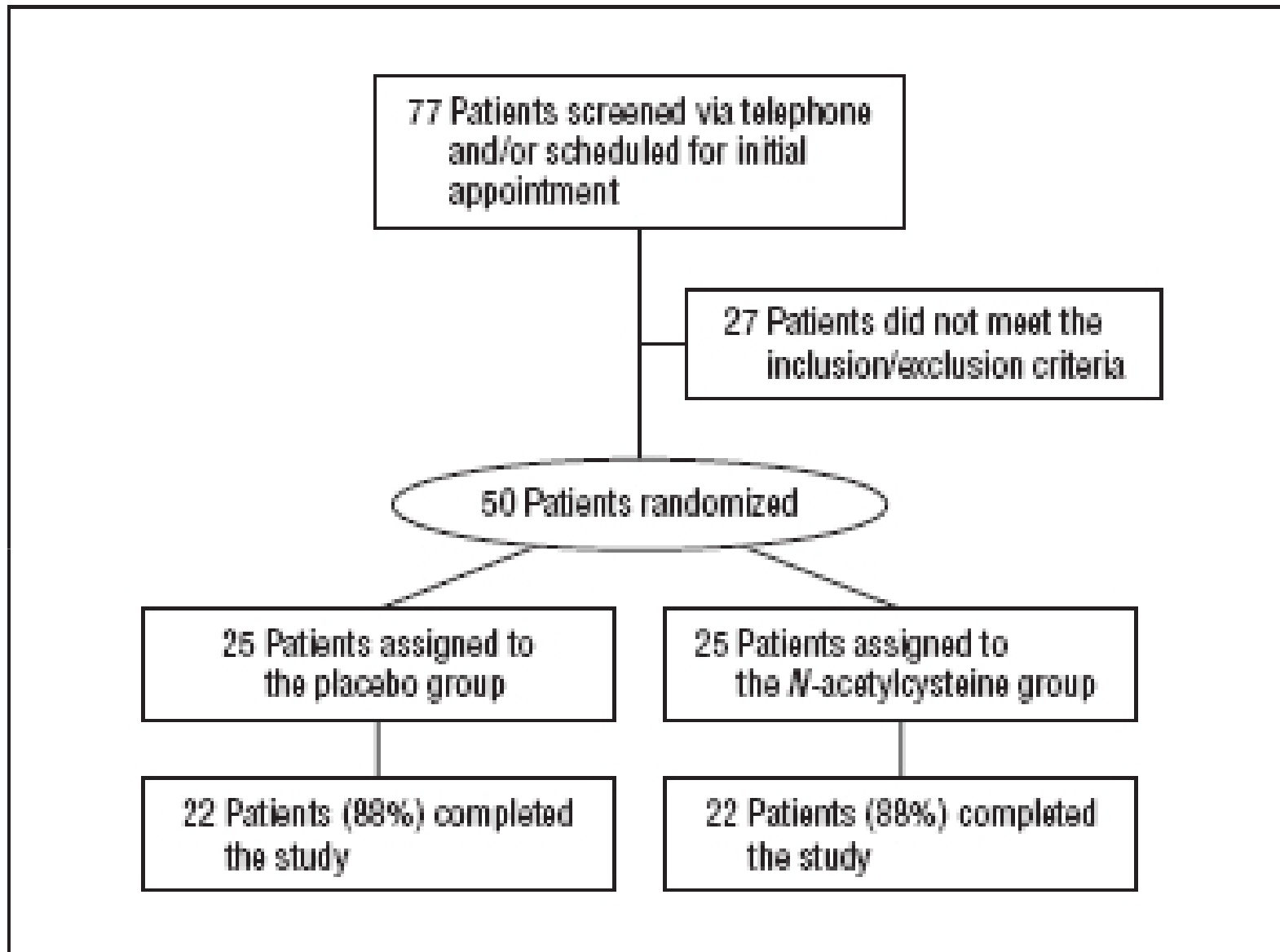


Figure 1. Patient flow diagram for *N*-acetylcysteine vs placebo in the treatment of trichotillomania.

Resultados

- Reducción del arrancamiento de pelo. **56%** mucha o muchísima mejoría en pacientes con N-Acetilcisteína (disminución del 40,9% en la medida MGH-HPS) y 16% placebo.
- Mejoría significativa notada ya a las **9 semanas**.
- Al comparar con lo publicado con otros tratamientos:
 - NA más eficacia (medida con MGH-HPS) que otras medicaciones,.
 - similar a tratamientos combinados,
 - parecido a terapia conductual

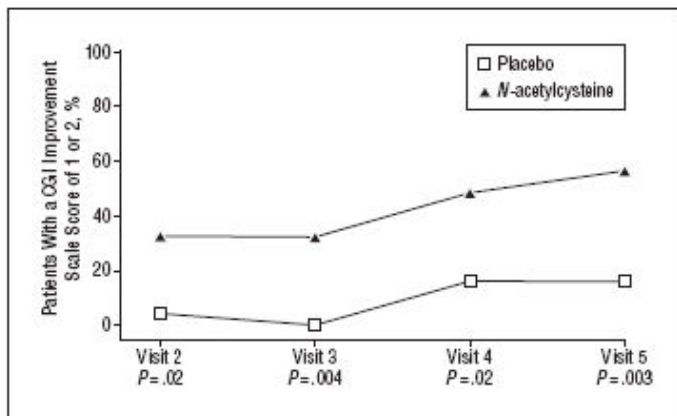


Figure 3. Percentage of patients with trichotillomania with a score of 1 or 2 on the Clinical Global Impression (CGI) improvement scale.

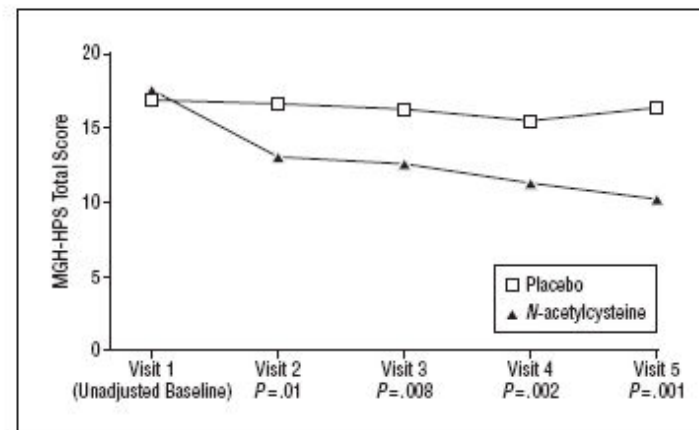


Figure 2. Massachusetts General Hospital Hair Pulling Scale (MGH-HPS) total scores adjusted for a baseline score of 17.18.

Resultados

Table 2. Treatment Responses of Patients With Trichotillomania Assigned to Receive Placebo or *N*-Acetylcysteine (Intention-to-Treat)

| Variable | Value, Mean (SD) [Range] | | | | <i>F</i> Test _{1,47} ^a | <i>P</i> Value | Effect Size ^b (95% CI) | Partial η^2 ^c |
|------------------------------------|----------------------------|---|----------------------------|---|---|-------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| | Baseline | | End Point | | | | | |
| | Placebo Group (n=25) | <i>N</i> -Acetylcysteine Group (n=25) | Placebo Group (n=25) | <i>N</i> -Acetylcysteine Group (n=25) | | | | |
| MGH-HPS total score | 16.7 (5.28) [8-26] | 17.6 (4.64) [4-26] | 16.0 (4.90) [6-24] | 10.4 (5.55) [0-24] | 32.152 | <.001 | -1.19 (-1.77 to -0.57) | 0.406 |
| MGH-HPS factor 1 scale score | 9.04 (3.259) [4-15] | 10.04 (2.835) [3-15] | 8.32 (2.854) [3-13] | 5.80 (3.055) [0-14] | 18.245 | <.001 | -1.03 (-1.61 to -0.43) | 0.280 |
| MGH-HPS factor 2 scale score | 7.68 (2.445) [3-11] | 7.52 (2.084) [1-12] | 7.68 (2.322) [3-12] | 4.60 (2.754) [0-10] | 37.067 | <.001 | -1.16 (-1.74 to -0.54) | 0.441 |
| PITS total score | 23.0 (4.79) [16-33] | 21.2 (4.66) [9-33] | 18.7 (5.41) [5-32] | 11.8 (7.61) [0-33] | 12.03 | .001 | -0.84 (-1.41 to -0.25) | 0.204 |
| SDS total score | 10.7 (6.24) [0-25] | 9.0 (6.6) [0-25] | 8.36 (4.94) [0-20] | 5.60 (5.23) [0-18] | 2.683 | .11 | -0.42 (-0.97 to 0.15) | 0.054 |
| CGI severity scale score | 4.72 (.84) [4-7] | 4.28 (.747) [3-6] | 4.20 (1.08) [1-6] | 2.96 (1.379) [1-6] | 5.118 | .03 | -1.30 (-1.88 to -0.67) | 0.098 |
| HAM-D score | 3.68 (2.51) [0-9] | 3.68 (3.90) [0-13] | 3.32 (3.68) [0-15] | 2.36 (2.98) [0-10] | 0.915 | .34 | -0.21 (-0.76 to 0.35) | 0.019 |
| HAM-A score | 3.72 (2.28) [0-9] | 3.40 (3.64) [0-13] | 3.20 (3.27) [0-12] | 2.32 (2.94) [0-8] | 1.354 | .25 | -0.11 (-0.66 to 0.45) | 0.028 |
| Quality of Life Inventory score | 42.56 (13.70) [15-68] | 45.16 (12.08) [16-64] | 45.12 (15.84) [0-71] | 50.24 (11.12) [28-69] | 1.337 | .25 | 0.24 (-0.32 to 0.079) | 0.028 |

Comentario 1

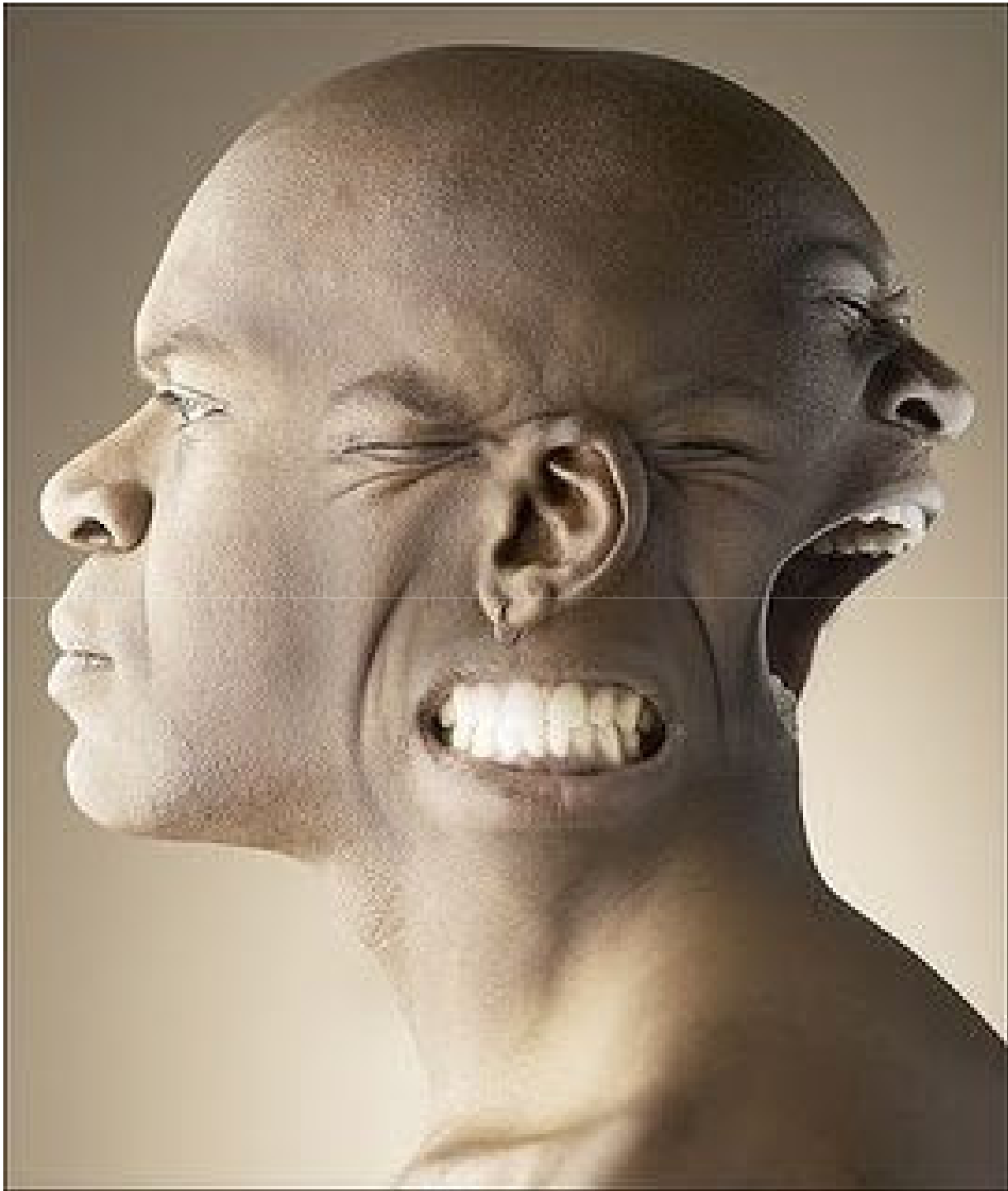
- Disfunción glutamatérgica implicada en la patogénesis del TOC.
- N-Acetilcisteína es un **aminoácido antioxidante** protector hepático
- Se convierte en **cistina**, sustrato para el **transportador glutamato-cistina** (recaptación de cistina, **expulsándose glutamato al espacio extracelular** donde estimula receptores de glutamato inhibidores, reduciendo la liberación sináptica de glutamato.)
- La restauración de glutamato en el espacio extracelular en el núcleo acumbens parece **bloquear los hábitos compulsivos**.

A destacar...

- **Este es el primer estudio que examina la eficacia de un agente glutamatérgico en el tratamiento de la tricotilomanía.**
- NA reduce de forma significativa los síntomas de TTM. No efectos secundarios, bien tolerado.
- La modulación del sistema glutamato han demostrado ser eficaz en el control de los trastornos compulsivos.
- Otros estudios han demostrado que no es eficaz en todos los pacientes. **Subtipos de tricotilomanía**

Límites del estudio:

- Seguimiento es sólo de 12 semanas y no se valoran los efectos a largo plazo.
- No han asociado tratamiento conductual.
- No se establecen las dosis óptimas.
- Tiempo de tratamiento por establecer.



The role of psychological factors and serum zinc, folate and vitamin B₁₂ levels in the aetiology of trichodynia: a case–control study

C. Durusoy, Y. Ozenli,* A. Adiguzel, I. Y. Budakoglu,** O. Tugal,* S. Arikan,*** A. Uslu* and A. T. Gulec

*Departments of Dermatology, *Psychiatry, **Public Health and ***Biochemistry, Baskent University School of Medicine, Ankara, Turkey*

doi:10.1111/j.1365-2230.2008.03165.x

- Tricodinia (Rebora et al) quemazón, escozor o dolor del cuero cabelludo relacionado con **alopecia difusa**
- **Se ha relacionado con depresión** (equivalente depresivo o trastorno de dolor específico en clasificación de **trastornos somatomorfos**.)
- **Los niveles de vitaminas y minerales no se han investigado hasta ahora.**

Objetivos del estudio

- Determinar la tasa de prevalencia de tricodinia en pacientes con alopecia difusa.
- Investigar los niveles séricos de zinc, folato y vitamina B12 están asociados.
- Investigar el significado de los trastornos psicológicos.

Material y métodos

- 91 (84m, 7h) pacientes con diagnóstico de alopecia difusa y 74 controles sanos.
 - Se les preguntó sobre la presencia de tricodinia,
 - investigación de niveles séricos de zinc, folato, B12.
- BDI (Beck depresión inventory,) BAI (Beck anxiety inventory)
SDQ (somatomoform dissociation questionnaire).

Resultados

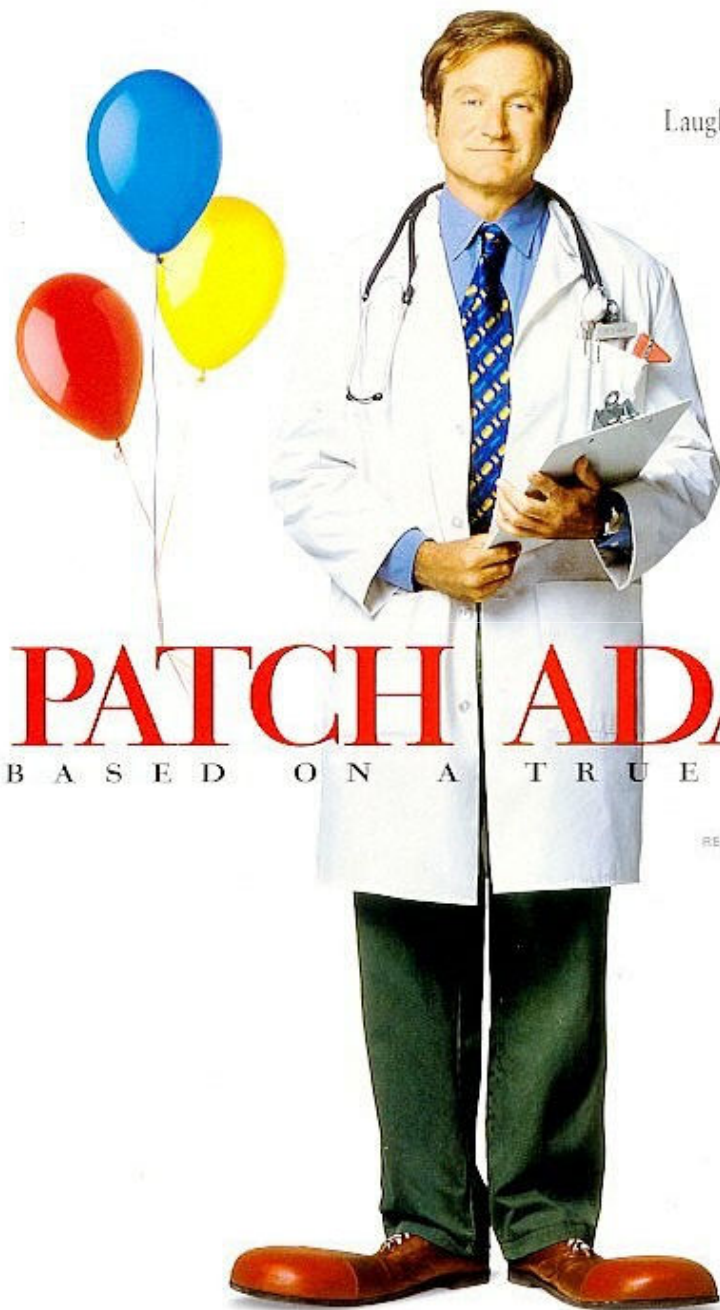
- Tasas de alopecia androgénica 26,4%, y efluvio telógeno 23,6%.
- Tricodinia 30 pacientes 33%. **Más común en el efluvio telógeno.**
- No diferencias significativas entre pacientes con alopecia y controles o entre los pacientes con o sin tricodinia en los niveles de zinc, folatos, vitamina B12.
- No diferencia en test entre pacientes y controles pero las puntuaciones de los test si fueron mayores en los pacientes con tricodinia.

A destacar...

- Tricodinia es un síntoma común en los ptes con alopecia difusa. (17-34%)
- Mujeres
- Más frecuente en **Efluvio telógenos > AGA.** = otros estudios.
- Alta prevalencia de depresión y los trastornos somatomorfos
Papel en su etiología. Psicofármacos, terapia conductual .
- Según este estudio **no hay evidencia** de que los niveles séricos de zinc, folato o vitamina B12 estén implicadas en la patogénesis.

R O B I N W I L L I A M S

Laughter is contagious.



PATCH ADAMS

B A S E D O N A T R U E S T O R Y

M 15+

RECOMMENDED FOR MATURE AUDIENCES
15 YEARS AND OVER
ADULT THEMES

Doctor–patient relations in dermatology: obligations and rights for a mutual satisfaction

F Poct*

Psychodermatology Dermatology Department, Erasme University Hospital, Free University of Brussels, Belgium

*Correspondence: F Poct. Email: fpoct@ulb.ac.be

- Necesaria buena comunicación para conseguir una satisfacción recíproca y una consulta de buena calidad.
- Se examinan diferentes aspectos de la relación médico-paciente en la consulta de dermatología. (30%)
- Revisan conceptos teóricos y prácticos

Satisfacción Dermatología

- BJD 60% satisfacción.
- Aumenta:
 - habilidad del médico de **dar información**, mostrar empatía
 - edad paciente (mayores). Enfermedades severas
 - **médico están satisfecho** en su trabajo.
- Disminuye:
 - cuando la **calidad de vida** se ve afectada por los síntomas.
 - cuando existe **discrepancia pte-dermatólogo** en la evaluación de la calidad de vida.
 - **Trastornos dismorfofóbicos** (12% pacientes) adherencia tratamiento

- **Ética.** Un acto es ético si es bueno para otros pero tb para uno mismo.
 - Se puede definir una consulta como ética si la mayoría de las **expectativas del medico y el paciente** se cumplen.
- **Empatía y compasión.** Participar emocionalmente del sufrimiento de otros intuitivamente.
 - El tratamiento solo puede no ser suficiente para curar.

Consulta de buena calidad

- **Tiempo.**
 - Pacientes que sienten que la consulta ha durado más de lo que creían más satisfechos.
 - Los pacientes con problemas sociales o psicosomáticos consumen más tiempo.
- Dejar a los pacientes hablar (22vs 92seg) No es lo que consume más tiempo.
- **Organización** de la consulta. Método **SOAP** (DR Lawrence Weed)
 - **Síntomas** subjetivos (paciente exprese), **Objetivos** (Exploración), **Assesment** (admitir incertidumbre), **Plan** (explicar pruebas, pronóstico, prescripción)

- **Malas noticias.** Decirlo de una manera suave, dando tiempo al paciente, dejando la comunicación abierta.
 - Regla **ABCDE**(advanced preparation, building a therapeutic relationship, communicating , dealing, (emociones del paciente) encouriging(expectativas y sus propios cuidados)
- **Grupos multidisciplinarios.** Interés del paciente y del propio médico.

Conclusión

- Es mucho menos frecuente para los **médicos satisfechos** el percibir a sus pacientes como difíciles,
- y los pacientes de los médicos satisfechos suelen estar satisfechos con el cuidado que reciben.



Itch characteristics in atopic dermatitis: results of a web-based questionnaire

A. Dawn,* A.D.P. Papoiu,* Y.H. Chan,† S.R. Rapp,*‡ N. Rasette* and G. Yosipovitch*§

*Departments of Dermatology, ‡Psychiatry and Behavioral Medicine and §Neurobiology and Anatomy, Wake Forest University School of Medicine, Winston-Salem, NC 27157, U.S.A.

†Biostatistic Unit, Faculty of Medicine, National University of Singapore, Singapore

- El prurito afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes con DA.
- Pocos estudios han examinado las **características** específicas del prurito en DA.
- Objetivo del estudio: estudiar la **frecuencia, intensidad y características** percibidas del prurito entre los individuos con DA.

Material y Métodos 1

- **Cuestionario** a través de la web “**Características del prurito**” (32 ítems) Tiempo para completar cuestionario 15-20 min
- La validez y fiabilidad del cuestionario se establecieron en un estudio piloto. (20 ptes con criterios de DA y 15 sanos)
- Cuestionario disponible en NEASE.
(<http://www.nationaleczema.org>)

Material y Métodos 2

- ▶ **304** participantes completaron el cuestionario y una serie de datos demográficos y respuestas sobre la intensidad, frecuencia, cronología, duración, localización, síntomas asociados (dolor, sudor, calor, sensación de frío) y descripción del prurito
- ▶ **32 descriptores** escala Likert (0-4) diferentes momentos.
- ▶ **Intensidad** del episodio escala de 0-10 en las 2 semanas anteriores.
- ▶ **Efecto del rascado** (-5,+5)

A destacar...

- Intensidad y frecuencia del prurito importantes.
- Intensidad del prurito se asoció a:
 - 31 de 32 descriptores. Cuestionario herramienta útil en la caracterización del prurito
 - la **frecuencia del prurito**
 - la sensación de **dolor (59%)** y de **calor (53%)**. Ningún estudio antes ha asociado estas sensaciones específicamente al prurito.
 - La satisfacción con el rascado.

Limitaciones

- ▶ Identificación de los participantes basada en su “autodiagnóstico de la DA” estudio anónimo publicado en NEASE. El diagnóstico no pudo confirmarse por los investigadores.
- ▶ Futuras investigaciones que correlacionen síntomas con la severidad medida por escalas validadas de DA.

GRACIAS POR VUESTRA ATENCIÓN!!

