

¿Qué hay de nuevo en Dermatología Psiquiátrica?

2010-2011

10

Elia Samaniego González
Servando Eugenio Marrón Moya

1 Actualización Manejo DP y DA

Skin Therapy *Letter*®

Volume 15 • Number 9 • October 2010

Indexed by the US National Library of Medicine and PubMed

EDITOR: DR. STUART MADDIN

The Current Management of Delusional Parasitosis and Dermatitis Artefacta

Caroline S. Koblenzer, MD

Department of Dermatology, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA

Philadelphia Center for Psychoanalysis, Philadelphia, PA, USA

Manejo, tratamiento farmacológico apropiado, curso y pronóstico

Delirio de Parasitosis



- Múltiples consultas, paciente a la defensiva, enfadado.
- Empatía, evitar confrontación. No confabular con el paciente.
- Exploración física, examinar los especímenes.
- Descartar abuso de drogas y enfermedad sistémica .
- Negociar biopsia: que el paciente elija el sitio. Única

Tratamiento farmacológico y pronóstico DP

- Medidas tópicas (tar, emolientes, antibióticos...)
- Antipsicóticos (primera línea). Dosis bajas, disminuir gradualmente.
 - Decir al paciente que es para mejorar los síntomas de la piel.
 - Informar de los posibles efectos secundarios, raros a dosis bajas
- Antes pimozide era el tratamiento de elección.
- **Los nuevos neurolépticos atípicos son =eficaces y más seguros.**
- Risperidona y aripiprazole mejor que olanzapina (aumento de peso) y quetiapina (muy sedante)

- Pimozide (< 5 mg /día) eficaz, predecible, min efectos adversos,.
- La discinesia tardia y arritmias cardiacas **raras en pacientes dermatológicos y no se precisa ECG si la dosis es<10mg/dia**. Cuidado en pacientes con problemas cardiacos.
- Con buen cumplimiento, mejoría en una o dos semanas. Disminución dosis cuando libre de síntomas 2 o 3 meses.
- Derivación progresiva al psiquiatra.
- **Pronostico:**
 - 50-90% resolución síntomas total-casi total.
 - Comorbilidades psiquiátricas y físicas tienden a mejorar en paralelo.
 - Recaidas -episodios periódicos de tratamiento a lo largo de la vida.

Dermatitis Artefacta



- Lesiones cutáneas autoinducidas. Necesidad inconsciente.
- Mucho menos común que DP. Posiblemente infradiagnosticado.
- Difiícil abordaje. Mujer/hombre 3:1, más frecuente adolescencia, adultos jóvenes.
- Manipulativos, doctor-shopping. No dejarse manipular ante las demandas o tiempo extra o atención especial.
- Visitas semanales cortas para establecer buena relación. Empatía.

Tratamiento y Prognóstico DA

- Descartar enfermedades sistémicas, limitar las biopsias. Tratamientos tópicos y antibióticos.
- Evitar confrontación en adultos, en niños puede ser útil (entrevistarlos sin los padres)
- Borderline-tratamiento psiquiátrico. Derivación progresiva.
- Antipsicóticos-de elección. Aripiprazol . (prop antidepresivas)
- A veces imposible derivación psiquiatría.
- Pronóstico algo mejor en el paciente joven.
- Doctor-shopping. Suicidio posible.

Conclusión para ambos

- A veces no aceptan evaluación psiquiátrica, **si no les ayudamos nosotros puede que no lo haga nadie.**
- Visitas cortas frecuentes, empatía. Neurofármacos a dosis bajas.
- Remisiones de periodos variables con buen cumplimiento, probable duración para toda la vida.

		Description	Grade	
Pimozide (Orap [®])	<ul style="list-style-type: none"> • 0.5-1 mg once daily, with food • Titrate up by 0.5-1 mg a day at weekly intervals to 3-4 mg once daily, as needed (2-3 mg is often adequate) 	Drowsiness Extra-pyramidal Cardiac Anticholinergic	Mild Moderate Low Low	<ul style="list-style-type: none"> • Early response occurs usually in 7-10 days, followed by steady gradual improvement. • When symptom free for 3 months, taper slowly. Reinstitute if relapse occurs. • Should recurrence occur, repeat as above.
Aripiprazole (Abilify [®])	<ul style="list-style-type: none"> • 2-5 mg once daily at bedtime as needed • Titrate up slowly by 2-5 mg every 7 days as needed to a maximum of 10 mg once daily 	Headache Insomnia Nausea Dizziness Incidence weight gain Extra-pyramidal effects Cardiac Note: Interaction with ketoconazole	Mild Mild Mild Mild Low Low Low	As above.
Risperidone (Risperdal [®])	<ul style="list-style-type: none"> • 0.5 mg once daily at bedtime • Titrate slowly up to 4 mg once daily at bedtime as needed 	Headache Extra-pyramidal effects Sedation Postural hypotension	Common Dose related Mild Mild (with slow titration)	As above.

Table 1. The use of psychotropic medications in dermatology

*These are off-label uses. In the doses usually prescribed in dermatology, the incidence of side-effects is no greater than with a placebo.

Note: Benztropine myselate 1 mg or diphenhydramine 25 mg up to 3 times daily will control extra-pyramidal side-effects.

2

BMS Boca quemante y vulvodinia



BMS Tratamiento Duloxetina

Pain Medicine



*Pain Medicine 2011; *: **–**
Wiley Periodicals, Inc.*

Burning Mouth Syndrome Responsive to Duloxetine: A Case Report

Duloxetina

- Duloxetina (DLX) **Dual** (Inhibidor de la recaptación serotonina y norepinefrina).
- Eficaz, seguro, bien tolerado. Tratamiento dolor y tr. Depresivo mayor.
- Eficacia para **dolor neuropático periférico** en diabéticos y fibromialgia **con/sin trastorno depresivo mayor**.

CASO CLÍNICO

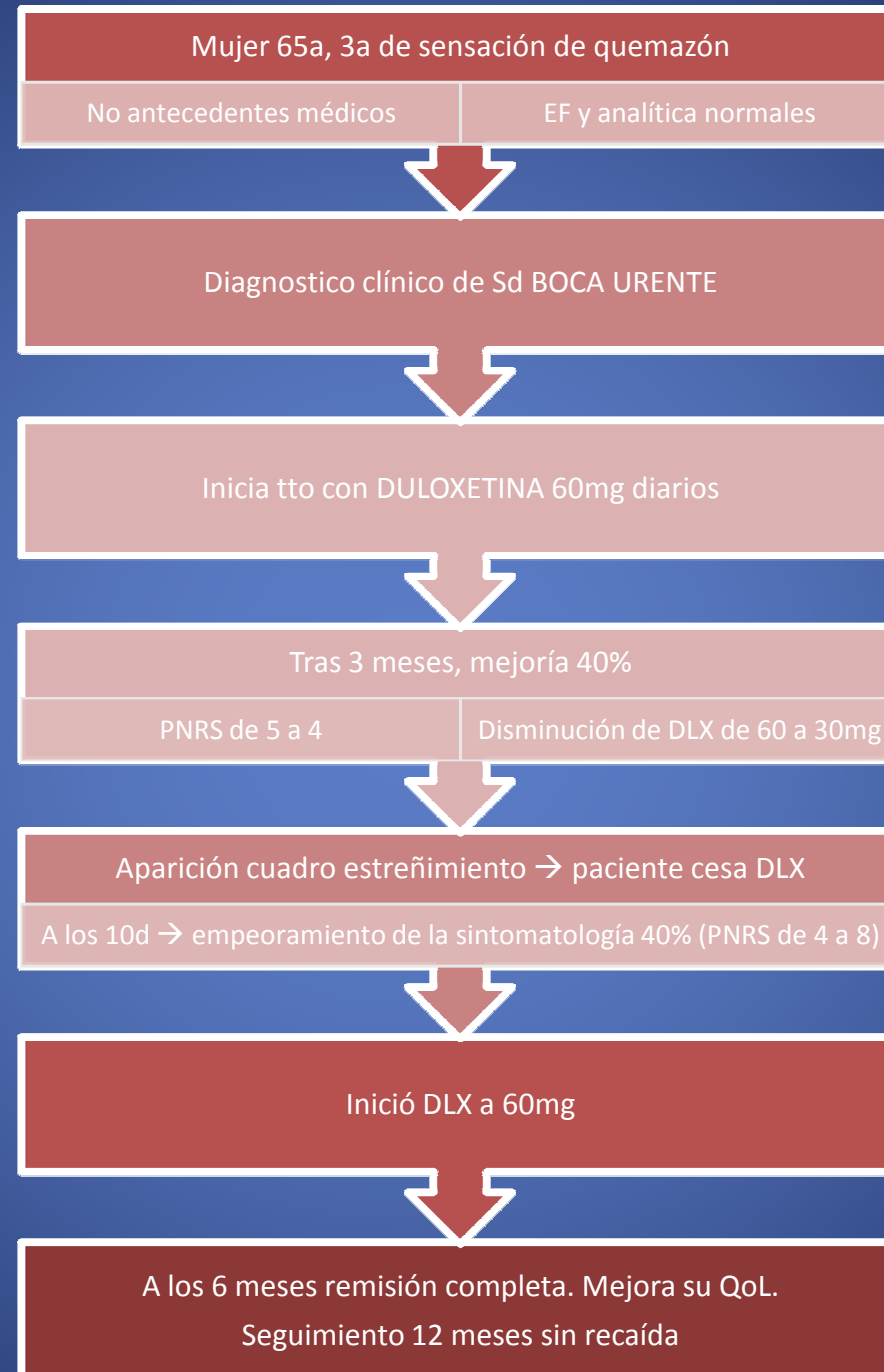


Table 1 Battery scale for psycho–diagnostic assessment

Scale	Baseline	Six Months	Twelve Months
SF-MPQ	8	4	1
PPI	3	4	1
PNRS	9	4	1
VAS (cm 0–11)	8.3	5.9	1.0
Q-LES-Q-SF	2.62	3.68	3.87
SDS (total mean)*	6.33	3.33	2.66

* The SDS value was calculated by mean of the three parameters: work, social life, and family life.

SF-MPQ = Short form McGill Pain Questionnaire; PPI = Present Pain Intensity-Visual Analog Scale; PNRS = pain numeric rating scale; VAS = visual analog scale; Q-LES-Q SF = Quality of life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Short form; SDS = Sheehan Disability Scale.

Discusión 1

- 0,7-15% población general. Mujeres postmenopáusicas.
- Patogenia no clara. Factores psicológicos y neuropsicológicos.
- **Comorbilidad psiquiátrica 19-85%**. Transtornos de Personalidad: alexitimia, cancerofobia, somatización, obsesión-compulsión, personalidad sensible, hostil, psicoticismo y aislamiento social.



Discusión 2

- **Neuropatía fibras sensoriales pequeñas del trigémino.**
 - Baja densidad de fibras nerviosas epiteliales y degeneración axonal en biopsias en los 2/3 anteriores de la lengua.
- **Estudios neurofisiológicos y de imagen:**
 - disfunción vías dopaminérgicas nigroestriada y mesolímbica similares a pacientes con ansiedad y distrés psicológico.
- Hipoactividad cerebral-pérdida de función actividad vías serotoninérgica y noradrenérgica-dolor crónico.



Conclusión

- Tratamiento insatisfactorio. Ansiolíticos, antidepresivos, anticonvulsivantes.
- **Primer estudio de la eficacia de DLX en BMS**
- Actuación rápida, pocos efectos secundarios, bien tolerada, resultados a largo plazo.
- Remisión completa de síntomas. No recaída en el seguimiento.
- Puede ser eficaz en BMS, incluso en ausencia de ansiedad o depresión, debido a su eficacia en dolor neuropático.
- Necesidad cohortes mayores, estudios multicéntricos, controlados.

BMS Tratamiento con Laser Diodo

Photomedicine and Laser Surgery
Volume 29, Number 2, 2011
© Mary Ann Liebert, Inc.
Pp. 123–125
DOI: 10.1089/pho.2010.2787

Rapid Communication

Treatment of Burning Mouth Syndrome with a Low-Level Energy Diode Laser

Hui-Wen Yang, D.D.S., M.D.S., Ph.D.,^{1,2} and Yu-Feng Huang, D.D.S., M.S.D., Ph.D.^{1,2}

- Usado en variedad de procesos dolorosos agudos o crónicos: dolor miofascial cuello y espalda, osteoartritis degenerativa, dolor de cabeza.

Laser diodo Baja energía. Métodos:

- 17 pacientes BMS (Oral Medicine Center, Chung Shan Medical University Hospital, Taiwan),
- Octubre 2008-octubre 2009 . Sanos, sin medicación no fumadores.
- Dolor evaluado con escala visual analógica de 10 cm..
- 800nm láser diodo. Pieza 1cm diámetro. (fibra de laser sobresaliendo 4cm de la pieza de mano)



K-Laser with a wavelength of 800nm (Eltech srl

- Pieza de mano en contacto sobre la superficie lingual sintomática.
- Pulsos de 3 W, 50 msec intermitentes. 10 Hz frecuencia. Equivalente a $1.5\text{W}/\text{cm}^2$.
- Dependiendo del área involucrada se aplicaba el laser a un área de 1cm^2 durante 70 seg hasta cubrir zona a tratar.

Resultados

- Tratamiento entre 1-7 sesiones. Media 2,6. 1/semana
- Terminación del tto cuando el paciente decide.
- Puntuación dolor medio basal 6,7 (2,9-9,8)
- Reducción media del dolor del 47,6% (9,3-91,8%)
- Duración hasta 12 meses sin cambios en mejoría
- El dolor tras el tto era mucho menor y más aceptable
- No molestias ni efectos secundarios post tto con laser.

Conclusión

- Laser diodo de baja energía puede ser un tratamiento eficaz para BMS.
- Ha demostrado disminuir la sensación quemazón.
- Necesidad de más estudios, mayor seguimiento, Mayor número de pacientes.



Efecto analgésico del Laser

- Aumento liberación endorfinas
- Bloqueo despolarización fibras C
- Aumento potencial de acción
- Disminución de la producción bradiquinina
- Aumento producción PGI₂ y PGE₂
- Aumento formación vasos sanguíneos

Vulvodinia 12 recomendaciones.

REVIEW ARTICLE

BJD
British Journal of Dermatology

Guidelines for the management of vulvodinia

D. Mandal,^{*,***} D. Nunns,[†] M. Byrne,[‡] J. McLelland,[§] R. Rani,[¶] J. Cullimore,^{**} D. Bansal,^{††} F. Brackenbury,^{‡‡}
G. Kirtschig^{§§} and M. Wier,^{¶¶} British Society for the Study of Vulval Disease (BSSVD) Guideline Group

- **Guías elaboradas por British Society for the Study of Vulval Diseases Guideline Group.**
- Ginecólogos, dermatólogos, urólogos, pacientes.
- Recomendaciones según niveles de evidencia .

Table 1 International Society for the Study of Vulvovaginal Diseases (ISSVD) classification of vulval pain

-
- A. Vulval pain related to a specific disorder
 - 1 Infectious (e.g. candidiasis, herpes, etc.)
 - 2 Inflammatory (e.g. lichen planus, lichen sclerosus, immunobullous disorders, etc)
 - 3 Neoplastic (e.g. Paget's disease, squamous cell carcinoma, etc.)
 - 4 Neurological (e.g. herpes neuralgia, spinal nerve compression, etc.)

 - B. Vulvodynia
 - 1 Generalized
 - 1 Provoked (sexual, nonsexual, or both)
 - 2 Unprovoked
 - 3 Mixed (provoked and unprovoked)
 - 2 Localized (vestibulodynia: previously known as vulval vestibulitis, clitorodynia, hemivulvodynia, etc.)
 - 1 Provoked (sexual, nonsexual, or both)
 - 2 Unprovoked
 - 3 Mixed (provoked and unprovoked)
-

Source: ISSVD 2005.

Recomendación 1 Grado C; Nivel IV

- **Historia clínica adecuada.** Síntomas, impacto.
- Medida cuantitativa VAS, McGill Pain Questionnaire
- Subclasificación. ISSVD-manejo diferente.
- Retiran el termino vestibulitis.
- Dd-Neuralgia pudenda. Dolor cuando están sentadas y alivio en decúbito o bipedestación.

Recomendación 2 Grado C; nivel IV

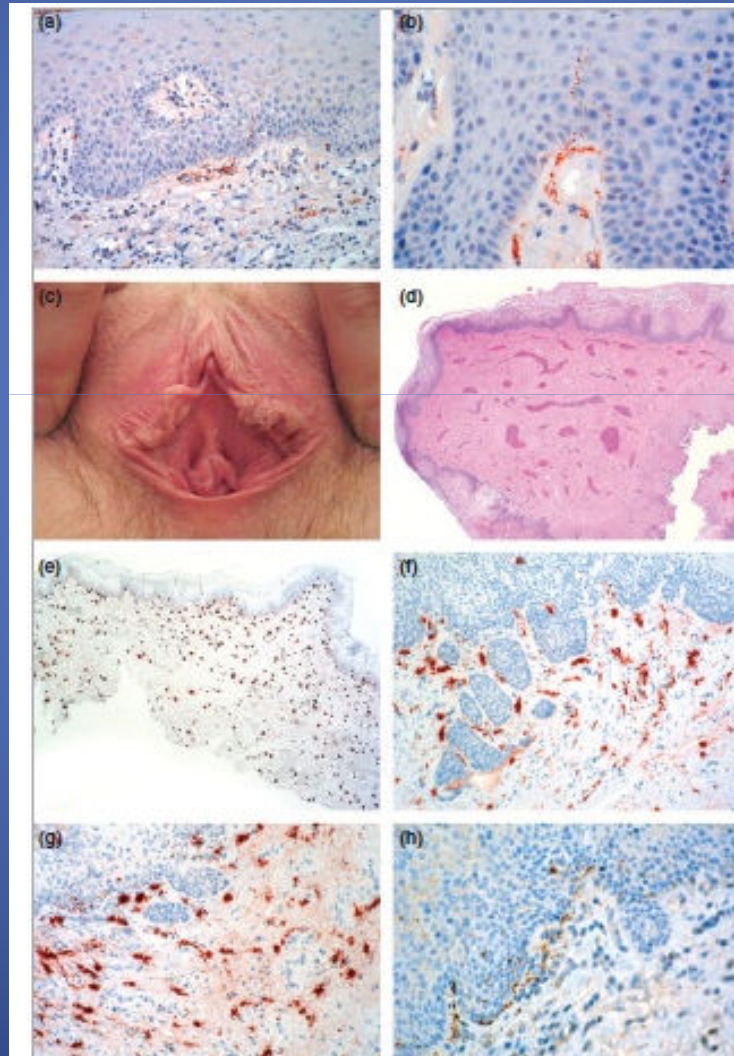
- **Historia sexual** identificar disfunción sexual.
- Dispareunia -patron inicial dolor provocado.
- **Puede ser necesario consejo psicológico añadido** a medidas médicas.
- **Morbilidad psicológica es mayor** en mujeres con vulvodinia. Ansiedad, depresión, hipocondría.
- **NO** evidencia de causa primaria psicológica del dolor.

Recomendación 3 Grado C; Nivel IV

- **Diagnóstico clínico**
 - NO necesario biopsiar zonas asintomáticas. Es Inespecifica (criticado en otra publicación)
 - SI en el seguimiento se desarrollan otros problemas se puede precisar una biopsia.
 - Patch testing no indicado de inicio
 - No necesario RMN de rutina. (incidencia de quistes sacros que causen dolor es muy baja en pacientes con dolor no provocado)

Diagnosis and management of vulvodynia should include biopsy and histological examination

S. REGAUERB. EBERZ*British Journal of Dermatology 2010 163



Recomendación 4 Grado B; Nivel IIb

- **Multidisciplinar.** Coordinador.
- Psicosexual, fisioterapia, psicología clínica, equipos de manejo del dolor.

Recomendación 5 Grado C; Nivel IV

- **Combinación de tratamientos.:** psicoterapia, fisioterapia...

Recomendación 6 Grado C; nivel IV

- Información a los pacientes. Por escrito.
- Evitar exposición irritantes tópicos.

Recomendación 7 Grado C; Nivel IV

- Considerar **anestésicos tópicos**.
 - **Gel de lidocaína tópica** para facilitar relaciones sexuales 15-20 min antes. Posible irritación
 - Zolnoun et al., 5% lidocaine aplicado por la noche, algodón en vestíbulo.. Mejoría del 36-76% podían tener relaciones.
- Opción para **vulvodinia provocada**.
- Otros tratamientos tópicos usados: capsaicina crema, ketoconazol crema, estrógenos, corticoides, interferón, nifedipino. Resultados variables.

Recomendación 8 Grado B; nivel IIb

- **Antidepresivos tricíclicos** tto inicial apropiado para **dolor no provocado**.
- Otras si intolerancia o no respuesta: gabapentina, pregabalina, que pueden asociarse a TCA.
- **Amitriptilina** es el TCA mejor estudiado, 10mg/dia aumentando dosis semanal. (media 60mg/dia)
 - Munday's: 47% R completa con TCA en 33 mujeres dolor vulvar generalizado.
- Tto óptimo desconocido. Falta ensayos clinicos

Recomendación 9 Grado B; Nivel IIb

- **Excisión quirúrgica** del vestíbulo.
- Pacientes con **vulvodinia local provocada** (vetibulodinia) tras haber probado otras medidas.
- Pocas pacientes serán candidatas.
- Consejo e información adecuados a la paciente pre-post
- **Vestibulectomia modificada**: mejores resultados
- **Contraindicación relativa** si la mujer no ha respondido previamente a gel de lidocaina tópica.
- Los resultados mejorarían con terapia sexual posoperatoria (uso de dilatadores vaginales)

Recomendación 10 Grado B; Nivel IIb

- Descartar Disfunción suelo pélvico en **dolor sexual provocado**.
- Pueden beneficiarse de técnicas de **desensibilización músculos del suelo pélvico**.
- Fisioterapia, Ejercicios suelo pélvico, automasaje, zonas gatillo, biofeedback y uso de dilatadores vaginales
- Un estudio-éxito con máquina estimulación nerviosa eléctrica transcutánea vaginal.
- Terapia física **no eficaz en pacientes con dolor no provocado**.

Recomendación 11 Grado C; Nivel IIb

- Acupuntura. **Vulvodinia no provocada.**
- Posible mejora por el contacto con el especialista.
- **Valor no claro en dolor provocado.**

Recomendación 12 Grado B; Nivel III

- Inyecciones intralesionales-vulvodinia provocada
- **Varias combinaciones de fármacos.**
 - Murina et al. inyecciones sc de 40mg acetato metilprednisolona y lidocaina en 10ml de suero salino en el vestíbulo (32%) RC.
 - **Resultados similares con betametasona y lidocaína.**
- **Botox** en tratamiento de alodinia. Actualmente no claro. Posible efecto temporal, necesario repetir.

VULVODINIA PROVOCADA

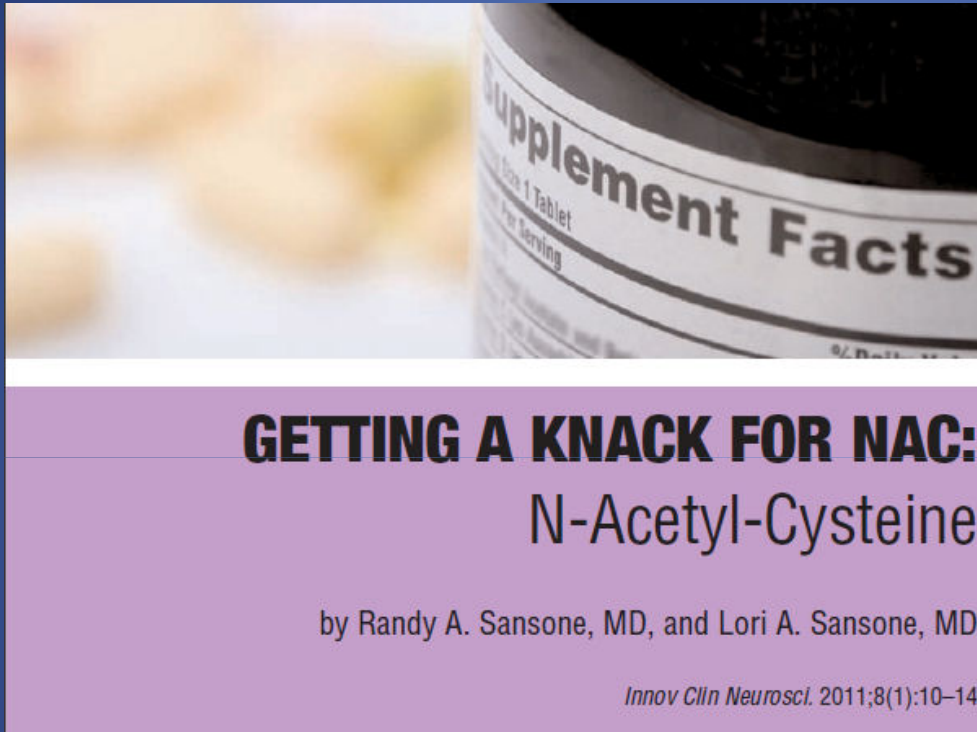
- Anestésicos tópicos. Gel de lidocaína tópica
- Terapia conductual
- Desensibilización músculos suelo pélvico—terapia física ejercicios, estimulación eléctrica
- Inyecciones intralesionales (metilprednisolona/metametasona y lidocaína)
- Botox
- Quirúrgico. Vestibulectomía modificada. Si previa respuesta a anestésicos tópicos. Post terapia sexual.

VULVODINIA NO PROVOCADA

- Tratamiento farmacológico. TCA. Amitriptilina comienzo 10mg. Media 60mg.
- Gabapentina. Pregabalina.
- Acupuntura.

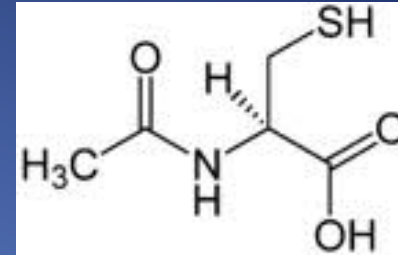
3

USOS DE LA N-Acetil-Cisteina



- Primeros usos farmacológicos: mucolítico , sobredosis de acetaminofen, prevención de la nefropatía por contrastes
- Revisión de las características de la NAC, vías metabólicas, estudios en el campo de la psiquiatría.

NAC



- Disponible en solución oral , intravenoso y oral.
- Vida media aprox 5.6 horas, 30% excreción renal.
- Efectos secundarios generalmente leves: somnolencia, estomatitis, rinorrea, hemoptisis, cefalea, prurito, flatulencia, aumento tensión arterial, fatiga.
- Casos raros de litiasis renales.
- FDA categoría B en embarazo.

Metabolismo NAC

- Precursor y variante acetilado de la Lcisteína.
- Cisteína se une con el glutamato y la glicina , precursores de la producción de glutatión.(mayor antioxidante endógeno, biodisponibilidad baja)
- A través de la cisteína, contribuye a dos funciones fisiológicas claves:
 - 1) **actividad antioxidante.** – Síndromes psiquiátricos.
 - 2) **regulación del sistema glutamatérgico.** Circuito recompensa- actividades repetitivas. Trastorno control impulsos.

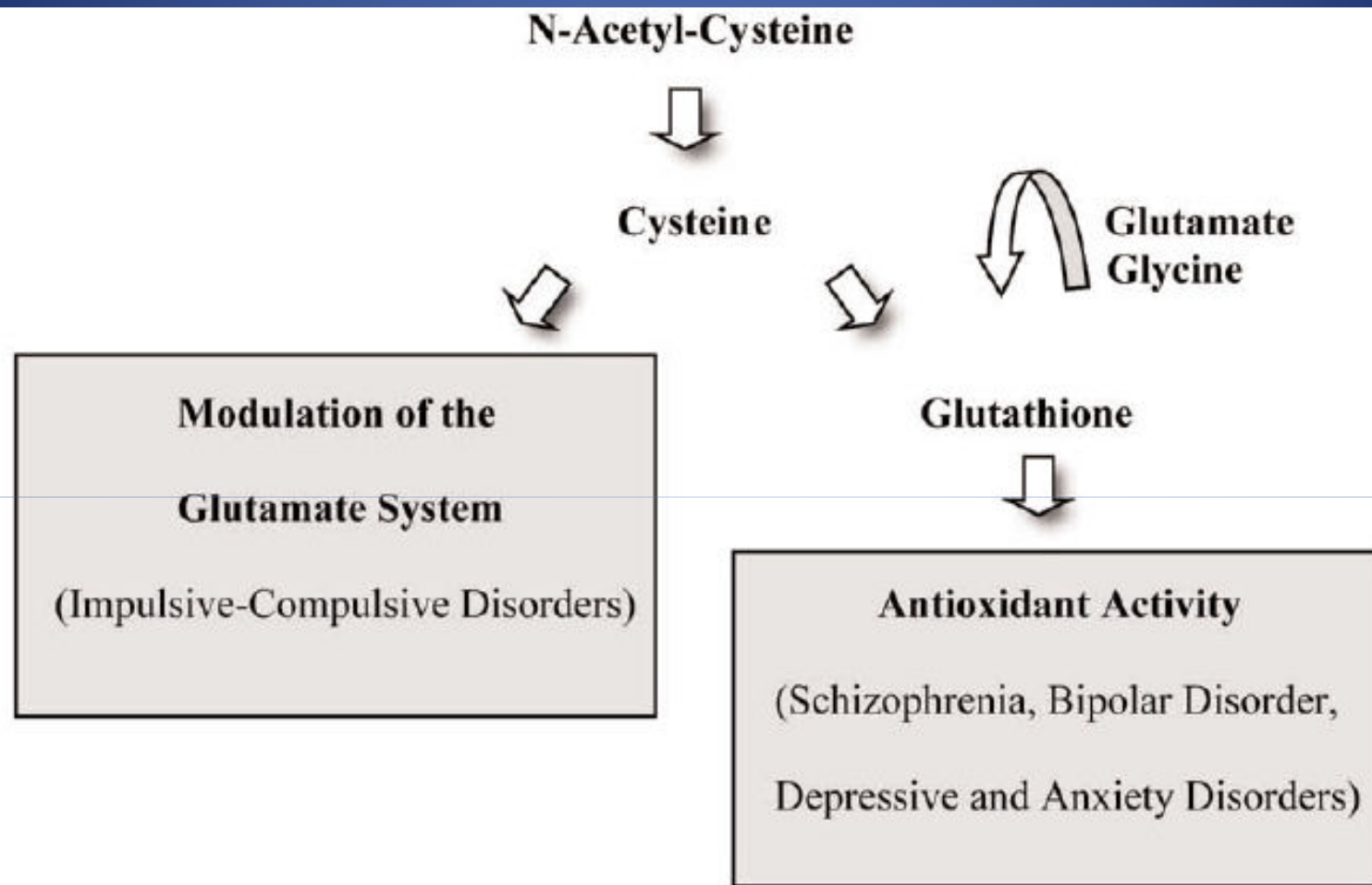


FIGURE 1. N-Acetyl-Cysteine and Its Postulated Metabolic Functions^{5,10}

Estudios de NAC en Psiquiatría

- Escasos: Casos clínicos, estudios pilotos abiertos, doble ciego, controlados con placebo...
- **Tricotilomanía**
 - Odlaug y Grant 1r caso: ♂ 28^a **1200mg/día**, 10 semanas. 2n caso: ♀ 40^a **2400mg/día**, 10 semanas
 - Grant et al. Estudio controlado con placebo doble ciego. 50 pacientes. 12 semanas
 - Dosis entre **1200-2400 mg/día**.
 - Comparados con controles **Reducción significativa síntomas**
- **Excoriación patológica**
 - Odlaug and Grant. Caso de mujer de 52 años con excoriación patológica que respondió al tto con NAC a **1800mg/día** a las 4 semanas del comienzo.

Otros

- Esquizofrenia
- T. Bipolar
- Ludopatía
- Abuso cocaína
- Habito tabáquico
- Onicofagia
- Adicción heroína, alcohol.

Conclusión

- Potente antioxidante. Regulación del sistema glutamatérgico (regulación sistema de **recompensa-acto compulsivo**)
- Monoterapia / adyuvante para
 - trastornos psiquiátricos relacionados con el estrés oxidativo (esquizofrenia, trastorno bipolar) y/o
 - Síndromes psiquiátricos caracterizados por síntomas impulsivos/compulsivos (tricotilomanía, onicofagia, abuso de sustancias, ludopatía)
- Casos clínicos y ensayos clínicos preliminares prometedores.
- Necesidad de más estudios . Dosis apropiada, duración, mecanismo de acción exacta, riesgos asociados a largo plazo.

4

Diagnósticos diferenciales.

Masquerading of trichotillomania in a family with monilethrix

CASE REPORT

Factitious Disorder as a differential diagnosis for recurrent skin graft failure

D.M. Seoighe ^{a,*}, M. Dempsey ^a, C. Lawlor ^a, A.M. O'Dwyer ^b

Tricotilomanía enmascarada en una familia con monilethrix

Correspondence

Eur J Dermatol 2011 (epub ahead of print)

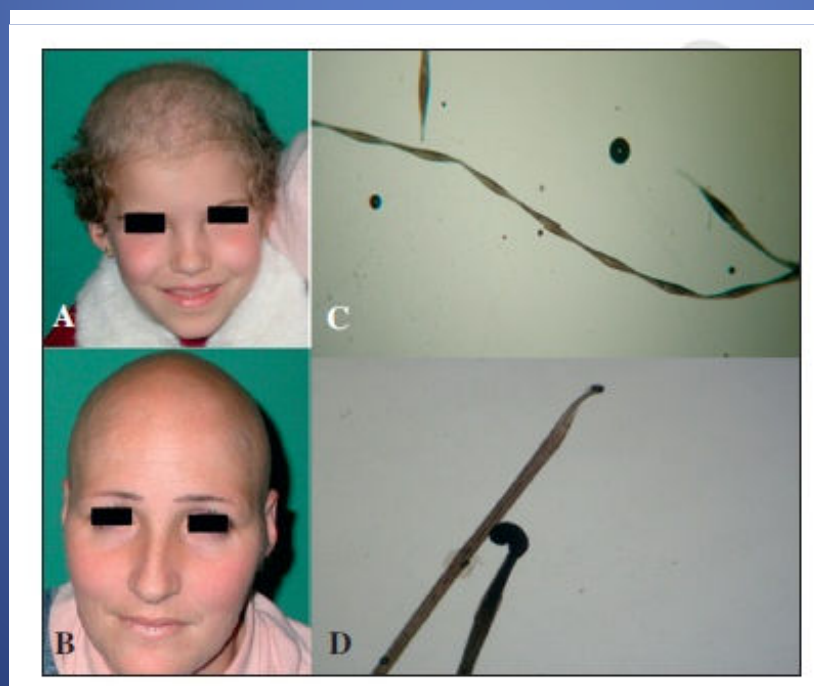
CORRESPONDENCE

Masquerading of trichotillomania in a family with monilethrix

We made the diagnosis of trichotillomania. Eventually the hair completely restored after psychiatric treatment. The characteristic beading of the hair in monilethrix is caused by regular nodes and intermittent constriction of

- Niña 7 años con alopecia. Hªfamiliar de monilethrix.
- Madre diagnosticada de monilethrix hace años. Miedo hija misma enfermedad.

- Pérdida de pelo difusa, predominio coronilla y cuero cabelludo.
- Examen al microscopio pelo madre: constricciones y nódulos en cuentas de collar.
- Niña-diámetro normal, escasos pelos distróficos.
- Admite no puede controlar el deseo de arrancar su pelo.
- Recuperación tras tratamiento psiquiátrico.



MONILETHRIX

Displasia pilosa congñenita AD. Mutaciones queratinas (Hb1, Hb3 and Hb6).

Nódulos regulares y constricciones intermitentes del tallo piloso (fragilidad, por donde se fragmenta el pelo)-alopecia.

Afectación preferente cuero cabelludo , area occipital y nuca.

Frecuente asociación queratosis folicular en las mismas zonas.

Ocasional afectación de otros órganos ectodérmicos.

TRICOTILOMANIA

Infancia precoz-adolescencia.

Curso crónico-recidivante en adultos, en niños normalmente auto-limitado.

Conclusión

- Niño con pérdida de pelo e h^a familiar de monilethrix –**estudio tricológico crucial-descartar otra etiología.**
- Considerar Trichotillomania en diagnóstico diferencial.
- En este caso el comportamiento de la niña-imitación del aspecto de la madre.

D. ARTEFACTA Y FALLO INJERTO



ELSEVIER



CASE REPORT

Factitious Disorder as a differential diagnosis for recurrent skin graft failure

D.M. Seoighe ^{a,*}, M. Dempsey ^a, C. Lawlor ^a, A.M. O'Dwyer ^b

^a Department of Plastic and Reconstructive Surgery, St James's Hospital, Dublin, Ireland

^b Department of Psychiatry, St James's Hospital, Dublin, Ireland

Received 17 October 2010; accepted 5 November 2010

- Manifestación del trastorno facticio como fallo recurrente de injerto cutáneo.

• ♂ 40a quemadura aceite en cara





- Antes 2004 → no antecedentes médicos significativos
- Refiere → Agricultor. Aislado socialmente con circunstancias difíciles casa
- Consulta Psiquiatría → No depresión. Negación
- 38 meses → ingreso Unidad quemados.
- Operado de nuevo → dolor abdominal intenso. Retención urinaria. Manipula catéter y simula gasto urinario bajo.
- Acaba aceptando participación.
- Entrevista difícil → con paciente y su familia.
- Terapia conductual, multidisciplinario revisiones C. Plásticos y Psicólogos.
- Importante-involucran MAP y familia en el programa de tto.
- Actualmente herida curada, alta hospital.

Discusión

- Trastorno facticio: producción intencionada o fingida de síntomas físicos o psicológicos. Asumir papel enfermos.
- Ausencia de motivaciones externas (económicas, legales)
- Abordaje multidisciplinario
 - Cirugía plástica, dermatología, psiquiatría, unidad quemados
- En ausencia de evidencia. Difícil diagnóstico y tratamiento
- Trastorno facticio
 - cualquier especialidad médica o quirúrgica
 - costoso
 - hospital en términos financieros
 - paciente en términos de morbilidad y mortalidad.
- DD T. Facticio ⇔ Fracaso recurrente del injerto (en ausencia de causas orgánicas)

5

TRASTORNO DELIRANTE DE TIPO SOMATICO

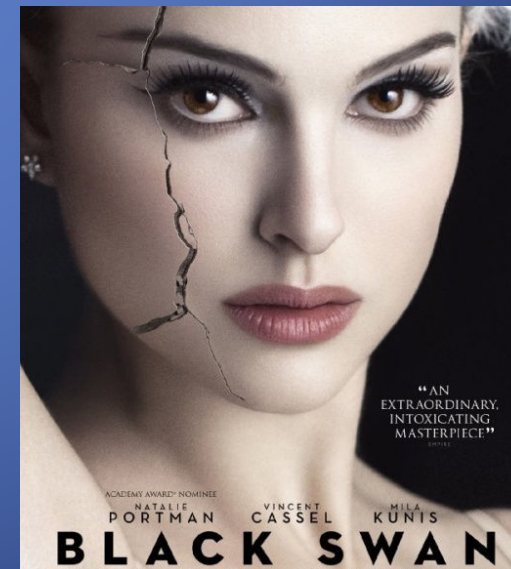
Letters to the Editor 193

Somatic-type Delusional Disorder: A Case Report and Comments

Anna Kepska¹, Tomasz Hawro¹, Maria Krupinska-Kun² and Anna Zalewska^{1*}

¹Psychodermatology Unit, Department of Clinical Immunology and Microbiology and ²Department of Affective and Psychotic Disorders, Medical University of Lodz, ul. Pomorska 251, 92-213 Lodz, Poland. *E-mail: zalewska@csk.umed.lodz.pl

Accepted August 6, 2010.



Trastorno delirante de tipo somático

- Delirio único o serie de delirios relacionados que pueden ser creíbles y no pueden clasificarse como trastorno orgánico, esquizofrenia o afectivo.
- Naturaleza variable: infestación, deformidad, fealdad, partes del cuerpo exageradas, olor corporal, halitosis.
- Consultan **primero a dermatólogo no a psiquiatra.**

Historia clínica

- Mujer de 59 años. Hª 7 años de evolución.
- Convencimiento múltiples lesiones cutáneas purulentas en su espalda. Extensión a sus órganos internos. Previa picadura de mosquito.
- Múltiples visitas a especialistas: NO mejoría.
- Exploración física y pruebas complementarias normales.
- Exploración dermatológica: herida en espalda por autorascado.
- Paciente comunicativa. Problemas familiares y económicos.
- Alucinaciones propioceptivas: comezón en espalda. Virus y fluido infectado que va al corazón
- No trabaja. Problemas de salud y tiempo en especialistas.
- Alteraciones en el sueño: duerme sentada para que el pus no llegue a la cabeza.

Evaluación psiquiátrica

- Descarta trastorno de afectividad.
- Diagnóstico: trastorno delirante de tipo somático. “Causado por la conversión de tensión emocional en síntomas somáticos y agravado por la menopausia”
- Sulpiride 200 mg/día. Alta a los 7 días.
- Resistencia a ser tratada por psiquiatra. Visitas periódicas al dermatólogo y al psiquiatra.
- Mejoría mental y física tras 6 meses. Dormía posición semitumbada.

Discusión 1

- Los pacientes **aparentemente normales**.
- Alucinaciones táctiles, incluidas propioceptivas u olfatorias, relacionadas con el delirio.
- Creencias distorsionadas, no alteración del curso del pensamiento.
- Áreas no relacionados con el delirio normales.
- Puede haber un trastorno del control de impulsos. Pacientes pierden capacidad de juicio.
- Ansiedad, hiperalerta, hipersensibilidad.

Discusión 2

- Tendencia a **aislamiento social** (vergüenza, miedo a transmisión)
- Personas aisladas más vulnerables (def visual, auditivo)
- **Causa desconocida**. Genética, biológica (estados hiperdopaminérgicos), factores psicológicos.
- Respuesta al **estrés**, preservar autoimagen positiva.
- Posible relación de la aparición con la **menopausia**.
- Tratamiento: farmacológico (neurolepticos o antidepresivos) y psicoterapia (terapia cognitiva...)
- Reacción al diagnóstico variable-negación a agresividad.

Conclusión

- Conocer esta entidad: Consultan antes al **dermatólogo** (si afecta a la piel)
- En este caso:
 - Beneficioso: informar conexión entre la piel y SNC
 - Explicar la indicación de sulpiride por la naturaleza psicósomática. Alianza terapéutica.

