

¿Qué hay de nuevo en Dermatología Psiquiátrica? 2011-2012



Elia Samaniego González
M^a José Tribó Boixareu

ÍNDICE

- **1. Trastornos de control de impulsos:**
 - Tricotilomanía
 - Excoriaciones neuróticas
 - Trastorno de control de impulsos en Parkinson
- **2. Morgellons**
- **3. T. Ficticios.**
 - Diagnóstico de laboratorio de trastornos ficticios.
- **4. Dermatología psiquiátrica en pediatría**
- **5. Dinias**
 - BMS: ensayos clínicos.
 - Penoscrotodinia disestésica.



TRASTORNO DE CONTROL DE IMPULSOS



1. TRICOTILOMANIA



Trichotillomania and its treatment: a review and recommendations

Expert Rev. Neurother. 11(8), 1165–1174 (2011)

- 1-3,5% adolescentes y adultos jóvenes. Las tasas en niños más pequeños son desconocidas.
- Suele **comenzar en la infancia o adolescencia** . Precede a las comorbilidades psiquiátricas (ansiedad, trastornos afectivos, abuso de sustancias, trastornos de personalidad...)
- Existen **pocos estudios incluyendo niños y adolescentes**. Falta de ensayos clínicos controlados de intervenciones psicofarmacológicas en esta población.
- Hallazgos iniciales prometedores para terapia cognitivo-conductual (TCC).

TRATAMIENTO TTM

- **Menos de 20 ensayos clínicos controlados disponibles** sobre el tratamiento de TTM. Solo uno ha sido llevado a cabo en niños.
- **Terapia cognitivo conductual (TCC)**. Procedimiento inversión hábito. Recaída común
- **ISRS** no eficaces en reducir los síntomas (**tratar comorbilidad** ansiedad y depresión)
- **Clomipramina** A. Tricíclico más eficaz que placebo. Efectos secundarios.
- Fármacos que actúan a nivel de otros neurotransmisores. **Prometedores**
 - **Naltrexona** antagonista de opioide (disminuye el refuerzo positivo). 2 estudios. 14 niños sin efectos secundarios significativos. En adultos (no revisado por expertos). **Necesidad de más estudios de eficacia y seguridad.**
 - **NAC** regulador glutamato. Ensayado en adultos, superior al placebo. **Resultados comparables a TCC.** Escasos efectos secundarios.
 - **Neurolépticos atípicos** (solos o combinados con ISRS). Ensayados en combinación o monoterapia. Olanzapina más eficaz que placebo. Efectos secundarios. **Segunda línea.**

- **Estilo de arrancamiento** puede tener importancia en la estrategia de tratamiento
 - **Automático** (desencadenantes táctiles)-**mejor respuesta a terapia conductual-inversión hábitos** (conciencia del desencadenante, control del estímulo y respuesta competitiva con otro comportamiento incompatible)
 - **Focalizado** (antecedentes cognitivos/afectivos) y puede necesitar técnicas como la **terapia dialéctica del comportamiento**. Un ensayo clínico de este tratamiento-evidencia de la duración y mejoría a los 3 y 6 meses.
- En los **niños predomina el estilo automático** a diferencia de los adultos.
- Necesidad de **muestras poblacionales mayores de niños y ensayos controlados en población pediátrica** para desarrollo de tratamientos en esta población vulnerable.



- **CONSEJO DE LOS EXPERTOS:**

- **Primera línea TCC** (técnicas de inversión de hábitos).
 - Evidencia insuficiente en niños.
 - No accesible a todos los pacientes con TTM. (no impacto en la clínica)
- Necesidad de **más ensayos clínicos controlados de NAC y otros fármacos prometedores solos y combinados con terapia conductual.**
- Hasta ahora los **resultados no son universales ni completos**. Estudio mecanismos **fisiopatológicos** subyacentes.
- Necesario estudios para uso **eficaz y aumentar duración** de eficacia.
- Necesario que los avances tengan **impacto en la clínica**. Formación de personal sanitario.

Behavior Therapy for Pediatric Trichotillomania: A Randomized Controlled Trial

Martin E. Franklin, Ph.D., Aubrey L. Edson, B.A., Deborah A. Ledley, Ph.D.,
Shawn P. Cahill, Ph.D.

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2011 Aug;50(8):763-71

- **Primer ensayo clínico** controlado que examina la eficacia de un tratamiento en **población pediátrica** con TTM
- Estudian la eficacia y duración de TCC en **24 niños** con TTM comparado con un MAC (minimal attention control)-3 sesiones y 5 llamadas en 8 semanas).
- Evaluación **NIMH-TSS** (National Institute of mental Health Trichotillomania Severity Scale) a la semana 0, 8 y 16. Los pacientes en MAC a la semana 8 se pasaban a TCC.
- **Mayor disminución de la puntuación de TCC con respecto a MAC.**
- Los resultados fueron **mantenidos** en la semana 8 de mantenimiento. Resultados preliminares de la **duración de los resultados en la infancia y la adolescencia es mayor que en adultos.**
- Limitaciones: muestra pequeña, seguimiento corto, efecto del contacto con terapeuta, ausencia de medida adaptada a la edad. No tienen en cuenta el tipo de arrancamiento (automático, focalizado).
- Actualmente estudio con más pacientes **60 niños.**

Dronabinol, a cannabinoid agonist, reduces hair pulling in trichotillomania: a pilot study

Jon E. Grant · Brian L. Odlaug ·
Samuel R. Chamberlain · Suck Won Kim

- **Dronabinol** es un agonista canabinoide que contiene delta-9-tetrahidrocanabinol (THC)
- Aprobado por la FDA para la anorexia asociada al pérdida de peso en VIH y náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia.
- Dosis de hasta 20mg/día asociados con **efectos adversos SNC** (confusión, mareo, euforia, somnolencia). La mayoría leves o moderados, reversibles.
- En estudios se ha asociado a déficits en memoria, atención, funciones cognitivas, enlentecimiento psicomotor, incluso a corto plazo.

INTRODUCCIÓN. MATERIAL Y MÉTODOS

- Se ha implicado a la disfunción glutamatérgica en la patogenia de la TTM.
- **La manipulación del sistema canabinoide** puede mejorar los síntomas de los hábitos compulsivos por sus **efectos en el sistema glutamato y dopamina**.
 - (Activación de receptores canabinoides suprime la liberación de glutamato en el estriado. Modulan la neurotransmisión en el circuito de recompensa.)
- Estudio piloto, abierto a 12 semanas sobre el efecto del dronabinol en pacientes que cumplen criterios DSM IV de TTM. Nov 2009-dic 2010
- Eficacia y seguridad.
- **Primer estudio que evalúa este fármaco en TTM y sus efectos en las funciones cognitivas.**
- 14 pacientes. (12 completan el estudio)
- Pueden tomar otros fármacos. Dosis estable 3 meses.
- Comienzan con 2,5 mg/día durante 3 semanas amentando 2,5mg/día cada 3 semanas hasta 15mg/día.

MEDIDAS EFICACIA Y SEGURIDAD

- Medida principal MGH-HPS (Massachusetts General Hospital Hair Pulling Scale)
- Secundarias:
 - NIMH Trichotillomania Severity Scale. (NIMH-TSS)
 - Clinical Global Impression- Severity and improvement . (CGI)
 - Sheehan Disability Scale (SDS)
 - Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)
 - Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)
 - Quality of Life Inventory (QOLI)
 - **Parámetros cognitivos (Stop-signal Test, Cambridge gamble test, Rapid visual information-processing task, spatial working memory task).**
 - **Efectos adversos**

EFEKTOS SEKUNDIARIOS

Table 4 Adverse events associated with dronabinol

Adverse event	Pooled trial data from studies of subjects with AIDS-related anorexia and chemotherapy-related nausea ^a	Trichotillomania study participants (n=14)				
		Dose range (5–20 mg/day)	2.5 mg/day (n=14)	5 mg/day (n=13)	10 mg/day (n=12)	15 mg/day (n=7)
Light-headed/dizzy	3–10%		2 (14.3%)	1 (7.7%)	1 (8.3%)	–
“High” (i.e., easy laughing, elation, and heightened awareness)	8–24%		–	1 (7.7%)	2 (16.7%)	–
Sedation	3–10%		1 (7.7%)	1 (7.7%)	–	–
Dry mouth	Frequency not specified		–	1 (7.7%)	1 (7.7%)	–
Constipation	Frequency not specified		–	1 (7.7%)	–	–
Headache	<1%		–	–	1 (7.7%)	–
Nausea/vomiting	3–10%		–	1 (7.7%)	–	–
Abdominal pain	3–10%		–	–	–	–
Paranoia	3–10%		–	–	–	–
Any side effect	Frequency not specified		3 (21.4%)	6 (46.2%)	5 (41.7%)	0

^a <http://www.fda.gov/ohrms/dockets/dockets/05n0479/05N-0479-emc0004-04.pdf>

and <http://www.merckmanuals.com/professional/lexicomp/dronabinol.html>

RESULTADOS Y CONCLUSIÓN

- Disminución de la puntuación del MGH-HPS de 16,5 +/-4,4 a 8,7+/-5,5. **Media de mejoría del 50%**
- 9 (64,3%) **criterios de respuesta** (> 35% reducción en el test y mejoría en el CGI de 1 a 2 puntos.)
- Dosis media eficaz de 11,6 +/- 4,1 mg/día.
- **No se observó tolerancia física ni psicológica. No síndrome de abstinencia.**
- **No alteraciones significativas en las pruebas cognitivas.**
- **Efectos secundarios leves o moderados y reversibles sin secuelas.**
- Eficacia similar o mayor que los antidepresivos (comparada publicaciones).
- Necesidad de estudios doble ciego, controlados, **efectos a largo plazo.** (Este estudio solo 12 semanas)
- Medicación **potencialmente adictiva. Exclusión de h^a abuso sustancias.**

Treatment of Pseudofolliculitis in Trichotillomania improves Outcome. Int J Trichology. 2011 Jul-Dec; 3(2): 92–95. Hazel Hoon and Joyce SS Lee

- El picor y la inflamación como **consecuencia** del arrancamiento del pelo puede producir una pseudofoliculitis. (reacción inflamatoria a cuerpo extraño pelos enroscados enquistados.)
- La pseudofoliculitis se convierte en una **razón orgánica para el picor** del cuero cabelludo y malestar, lo que contribuye a **mantener el ciclo picor-rascado**.
- **Primera serie de casos que describe la pseudofoliculitis asociada a tricotilomanía.**
- **5** casos vistos de 2007-2010 en Singapur.

Table 1

Clinical details of the case series

Case no.	Age (years), gender	Symptoms	Examination findings	Treatment	Outcome
1	7F	Scalp itch, needs to press scalp for relief	9.5 cm alopecia, excoriation adjacent to papule	Betamethasone and erythromycin lotion, cetrimide shampoo	Reduction of itch and size of alopecia
2	13F	Itch	Alopecia with scalp papules, coiled and twisted hairs	Poerythromycin, selenium sulphide shampoo, clobetasol lotion	Resolution of scalp papules and itch
3	18M	Scalp itch, papules, hair pulling to relieve tension from family stress	Alopecia with scalp papules	Betamethasone and clindamycin lotion	Clearing of scalp papules, reduction of alopecia
4	18M	Itch	Scalp papules within alopecia	PO doxycycline	Relief of itch
5	46F	Itch and discomfort from new hairs growing	Bizarre pattern of alopecia, excoriated papules	Betamethasone lotion	Relief of itch and alopecia

F – Female, M – Male



- Prurito, **pápulas**, excoriaciones, pelos distróficos, enroscados, retorcido, y enquistados asociados a las **áreas irregulares de alopecia**.
- A veces no conscientes de ese síntoma de picor.
- **Mejoran con corticoides tópicos, champú antipruriginoso, antibióticos tópicos/orales.**
- No quisieron psicofármacos/evaluación psiquiátrica. Si técnicas para revertir hábitos y manejo del estrés aconsejadas por un dermatólogo de una unidad de psicodermatología.
- **Tratar la pseudofoliculitis secundaria** a la TTM permite:
 - **disminuir los síntomas** y mejorar el recrecimiento del cabello.
 - que el que paciente se **centre en técnicas de modificación de la conducta**.

EXCORIACIONES NEURÓTICAS



INVESTIGATIVE REPORT

Psychogenic Skin Excoriations: Diagnostic Criteria, Semiological Analysis and Psychiatric Profiles

Laurent MISERY¹, Myriam CHASTAING², Sylviane TOUBOUL³, Valérie CALLOT⁴, Martine SCHOLLHAMMER⁵, Paul YOUNG⁶, Nathalie FETON-DANOUE⁷, Sabine DUTRAY¹ and the French Psychodermatology Group⁸

¹Department of Dermatology and ²Unit of Liaison Psychiatry, University Hospital, Brest, ³Private Practice, ³Le Port-Marly, ⁴Paris, ⁵Brest, ⁶Rouen, ⁷Gisors, and ⁸French Society of Dermatology, Paris, France

- Las excoriaciones neuróticas no se reconocen en el DSM IV.
- 2% de los pacientes dermatológicos.
- Pertenecen a los trastornos de control de impulsos: fracaso en el control que resulta en un acto incontrolado (distinto a TOC)
- Alemanes: dermatitis para-artefacta.
- Estudio realizado en **10 pacientes** que cumplen los criterios diagnósticos propuestos por el Grupo de Psicodermatología francés.
- Analizan las **características de estos pacientes y sus circunstancias**. Inicio, desarrollo, comportamiento, comorbilidad.

Table I. *Diagnostic criteria of the French Psychodermatology Group for psychogenic excoriations*

-
- A. Maladaptive skin excoriation (e.g. scratching, picking, gouging, lancing, digging, rubbing or squeezing skin) or maladaptive preoccupation with skin excoriation as indicated at least by one the following:
- preoccupation with skin excoriation and/or recurrent impulses to excoriate the skin that is/are experienced as irresistible, intrusive and/or senseless;
 - recurrent excoriation of the skin resulting in noticeable skin damage.
- B. The preoccupation, impulses or behaviours associated with skin excoriation cause marked distress, are time-consuming, significantly interfere with social or occupational activities, or result in medical problems (e.g. infections).
- C. The disorder is not due to a somatic disease.
- D. There is an associated psychological suffering
-

Table II. *Questionnaire on excoriation-related context*

1. How old are your lesions?
 2. In your opinion, what is the origin of these lesions?
 3. Are you aware of your scratching?
 4. When do you scratch during the day?
 5. Alone or in public?
 6. In front of a mirror?
 7. What triggers scratching?
 8. Do you have itching?
 9. Where do you scratch?
 10. On a visible area or not?
 11. How do you scratch? With your nails? With some objects? Which ones?
 12. Which are your thoughts when you scratch?
 13. What do you feel when you scratch?
 14. What do you feel after scratching?
 15. How do you treat your excoriations?
 16. Do you hide them?
 17. What are the reactions of your family and friends?
 18. What is your current marital status?
 19. What is your current professional activity?
 20. What is your level of education?
 21. Are there any significant events in your life?
 22. In your adulthood?
 23. In your adolescence?
 24. In your infancy?
-

- 9 mujeres, 1 hombre. Edad media 62,6 años, rango 42-80.
- **Preguntar por circunstancias personales. Psicoterapia.**
 - 9 ansiedad, 8 depresión. 1 cancerofobia, 1 tricotilomanía, 1 histeria, 1 bulimia.
 - 4 **inicio en infancia o adolescencia.** (comienzo por problemas personales, 1 dieta, 1 nada).
 - **4 abuso en la infancia o adolescencia.** (Necesidad de limpiarse??)
- Todos lo hacen cuando están **solos. Conscientes.** Cualquier hora del día.
- Factores desencadenantes (**relacionados con ansiedad**): 6 miedo, 2 sensaciones anormales, 1 necesidad de golpear, 1 autodañarse.
- Áreas de excoriación **en sitios visibles** (3 en sitios no visibles). Todos usaron las uñas, 1 palillo, 1 pinzas.
- Durante: 3 no emociones, 2 placer, 3 miedo, 2 culpables. Después: 4 alivio, 4 culpable, 2 dolor.
- Todos se trataban las lesiones.



Impulse control disorders in Parkinson's disease

Dolores Vilas, Claustre Pont-Sunyer, Eduardo Tolosa*

- Trastornos del comportamiento complejos **más frecuentes** en pacientes con enfermedad de Parkinson **que en la población general (13,6%)**.
- Los más frecuentes: **ludopatía, hipersexualidad, compra compulsiva, comer compulsivamente**. Más de $\frac{1}{4}$ de los pacientes > 2 trastornos.
- Impacto negativo en calidad de vida y sus familias. Infradiagnosticado.
- El **principal factor de riesgo** para su desarrollo **es el tratamiento con agonistas de la dopamina (DA), dosis independiente**. 6% en pacientes sin DA y 17% en pacientes con DA. Mejora al retirar fármacos.
- **DA + levodopa aumenta el riesgo 50%**. Levodopa sola puede inducirlos pero a altas dosis.
- **Factores asociados**: hombre, joven, adicción tabaco, alcohol, soltero...

- Manejo de ICD en Parkinson difícil, no establecido.
- La mayoría de las veces necesaria **modificación** (reducción, discontinuar, cambio) del **tratamiento dopaminérgico**. **Consulta psiquiatra**.
- A veces necesario neurolépticos atípicos, antidepresivos, amantadina, zonisamida, estimulación cerebral si los síntomas motores son incapacitantes una vez ajustado la terapia dopaminérgica. Intervención psicosocial.
- Fisiopatología: **factores predisponentes+ estimulación dopaminérgica (estimulación de los receptores D3 circuito corticoestriado ventral por DA sistema de recompensa)**.

MORGELLONS



Filament formation associated with spirochetal infection: a comparative approach to Morgellons disease

This article was published in the following Dove Press journal:
Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology
11 November 2011
[Number of times this article has been viewed](#)

- Se piensa que E. Morgellons está en relación con **delirio parasitosis**.
- Comparan las **características clínicas, de laboratorio, y microscópicas** de dos enfermedades **Dermatitis digital bovina (DDB) y Morgellons (MD)**.
- Las similitudes entre estos dos procesos les hacen pensar que tienen una **patogenia similar**.
- Concluyen que por tanto MD no es un delirio sino una **enfermedad infecciosa inflamatoria similar a DDB**.

Dermatitis digital bovina o papilomatosis digital bovina

- Enfermedad infecciosa **emergente en el ganado** descrita en 1974.
- Cursa con cojera, disminución producción de leche y pérdida de peso.
- **Etiología multifactorial**: implicados **espiroquetas y microorganismos coinfectantes**, factores ambientales (**ambientes húmedos**, condiciones anaerobias, microtrauma con penetración del epitelio)
- **Clínica**: Dermatitis y lesiones papilomatosas en la piel de los cascos.
 - Lesiones precoces erosivas eccematosas, dolorosas, sangrantes.
 - progresa a lesiones granulomatosas, queratinización progresiva y **formación de filamentos** por encima de los cascos. "**Verrugas peludas del talón**". Pueden perder la pezuña.
- **Diagnóstico: clínico**.
- **Serología**. No suficiente sensibilidad y especificidad : **positiva para ac de Borrelia burgdoferi**. Detección de **espiroquetas en la dermis profunda**.
- **Microscopia**: En los estadios finales o proliferativos se demuestra **hiperqueratosis y proliferación de filamentos de queratina** (que pueden alcanzar varios cm) y **queratinocitos elongados**.

Enfermedad de Morgellons

- Paralelismos con DDB en muchos aspectos.
- Demopatía **emergente** humana caracterizada por la presencia de **fibras filamentosas de composición indeterminada**, en lesiones y subdérmica.
- **Afectación sistémica** (neuropatía periférica, Romberg anormal, taquicardia, elevación marcadores proinflamatorios, elevación niveles insulina)
- **Etiología desconocida, evidencia clínica y serológica que une este fenómeno a borreolisis de Lyme** y coinfección con otras enfermedades transmitidas por garrapatas. A menudo positivo **B. burgdoferi en western blot o síntomas y criterios de enfermedad de Lyme**. Respuesta a antibióticos.
- Déficit de inmunidad y **marcadores proinflamatorios** sugieren mecanismo infeccioso subyacente.
- **Fibras en lesiones cicatriciales y piel sana**. Sensaciones de picazón en piel.
- 15000 pacientes autoidentificados de 15 países. Preferiblemente de **climas húmedos**. Hemisferio norte. A veces también afecta animales domésticos. Condiciones insalubres, contacto con el suelo. Residencia rural.
- **No se ha podido determinar el material de las fibras**. Microscopia: color azul, blanco, rojo, morado, negro, apariencia metálica. Fluorescente luz ultravioleta.



Figure 1 Bovine digital dermatitis. Note painful ulcerating lesion above the interdigital cleft of the hoof with multiple grayish fibers (top) and closer view of fibers (bottom).

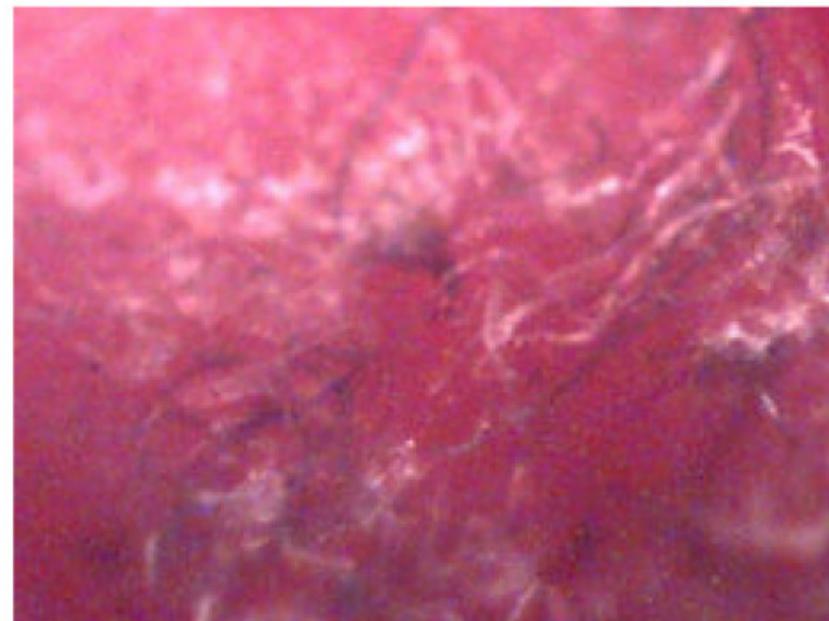


Figure 2 Morgellons disease. Note painful ulcerating lesions on hand (top) and subcutaneous white and blue fibers (bottom, 60x magnification).

- El hecho de que en la DDB la **producción inusual de filamentos esta asociada con espiroquetas** sugiere un proceso similar en MD.
- DDB- espiroquetas **dañan queratinocitos**---- (activan citocinas y **marcadores inflamatorios**-----resulta en **formación de fibras de queratina anormales** que pueden alcanzar varios cm.
- Estos autores:
 - Dicen que en MD las **fibras se producen en la piel por células humanas (zonas ricas queratina)** (posiblemente queratinocitos)
 - **examinaron los patrones** de formación de las **fibras y encontraron propiedades físicas , químicas y microscópicas similares a la queratina** (pendiente de publicar)
- La ausencia de espiroquetas en las lesiones no descarta su etiología. No es necesario que se las identifique para causar dermatopatías (sífilis secundaria y terciaria).
- **La etiopatogenia permanece indeterminada.**

An oral ulceration associated with Morgellons disease: a case report

Courtney Grosskopf, DDS, RD,^a Bhavik Desai, DMD, PhD,^a and
Eric T. Stoopler, DMD,^{b,c} Philadelphia, PA
UNIVERSITY OF PENNSYLVANIA SCHOOL OF DENTAL MEDICINE

Morgellons disease is a psycho-dermatologic condition in which patients report fibers or filaments “growing” out of their skin. This case report highlights an oral ulceration in a young woman associated with Morgellons disease, a condition that has not been previously described in the dental literature. An increasing number of individuals are self-reporting this condition and oral health care providers must be familiar with this disorder. (**Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2011;112:e19-e23**)

- Caso de Morgellons (MD) con afectación oral. Primer caso en la literatura odontológica. Paciente más joven publicada de MD o Delirio Parásitos (DP).
- Existe controversia si MD es una verdadera enfermedad o la extensión de un trastorno psicossomático asociado con DP.
- Mujer de 39 años. **Insectos y pelo saliendo de la encía**. Acompañados de **sensaciones persistentes** de cosquilleo, sangrado gingival, alteraciones en el sabor 3 años.
- **Enseña mechón** de pelo que dice que emerge de **palmas y plantas**.
- Antecedentes de trastorno bipolar y ansiedad. Abandono tratamiento psiquiátrico: lamotrigina, topiramato, clonazepam, bupropion, pimozide.



- Examen físico normal. Examen oral: excoriación de 0,5cm de la papila interdental entre el 7 y 8. La paciente **niega manipulación**.
- Diagnóstico: úlcera traumática sin evidencia de pelos ni insectos. Se descarta infección herpética.
- Se recomienda clorhexidina y diario. Seguimiento y **restauración tratamiento por psiquiatría**.
- Segunda visita no mejoría. Acetónido Fluocinolona.
- Tercera visita: **reconoce la manipulación** con rascado con ropa. El pelo fibras de su propia ropa.
- Se han publicado varios casos de **manifestaciones orales en DP**.
- Los pacientes con MD deben **enviarse al psiquiatra. Tratamiento con neurolépticos** (pimozide, risperidona, aripiprazol, haloperidol). Hipnoterapia.

- **Consideraciones por la localización oral:**

- **Descartar otras etiologías:** VHS, aftas, trastornos autoinmunes y vesiculoampollosos.
- Biopsia de la lesión.
- Descartar abuso de cocaína.
- Clorhexidina, analgesia, corticoides tópicos.
- **Secuelas del uso de neurolépticos:** xerostomía, aumento del riesgo de caries y enfermedad periodontal, glositis, candidiasis orofaríngea, sialoadenitis. Efectos extrapiramidales con movimientos involuntarios de lengua y boca.

Table 1. Pharmacologic considerations for medications commonly used to treat Morgellons disease^{18,24-26}

<i>Drug</i>	<i>Common side effects</i>	<i>Pharmacologic considerations</i>
Pimozide	Sedation Xerostomia Taste disturbance Tardive dyskinesia	Narcotics and anxiolytics: Increased CNS depression Ultram: Increased risk of seizure Antifungals (azoles) and macrolides: Increased serum concentration/effects of pimozide, which may cause cardiotoxicity (QT interval prolongation, torsades de pointes, cardiac arrest) and enhanced CNS effects (sedation).
Haloperidol	Sedation Anxiety Xerostomia Orthostatic hypotension Tardive dyskinesia	Narcotics and anxiolytics: Increased CNS depression Epinephrine: May block vasopressor effects of epinephrine. Antifungals (azoles): increased serum concentration/effects of haloperidol, which may cause cardiotoxicity (QT segment prolongation, torsades de pointes, cardiac arrest) and enhanced CNS effects (anxiety, extrapyramidal symptoms).
Risperidone	Anxiety Sedation Xerostomia Orthostatic hypotension Tardive dyskinesia Cough	Narcotics and anxiolytics: Increased CNS depression Antifungals (azoles): increased serum concentration/effects of risperidone may cause enhanced CNS effects (extrapyramidal symptoms, somnolence, anxiety).
Aripiprazole	Anxiety Sedation Xerostomia Tardive dyskinesia Oropharyngeal spasm Nasopharyngitis	Narcotics and anxiolytics: Increased CNS depression. Increased risk of suicidal tendencies Antifungals (azoles): increased serum concentration/effects of aripiprazole may cause enhanced CNS effects (anxiety, somnolence, extrapyramidal effects).

CNS, central nervous system.

THE NEW ZEALAND MEDICAL JOURNAL

Journal of the New Zealand Medical Association



Laboratory diagnosis of factitious disorder: a systematic review of tools useful in the diagnosis of Munchausen's syndrome

Christopher A Kenedi, Kristen G Shirey, Mary Hoffa, Joseph Zanga, Jonathan C Lee, Jeremy D Harrison, Xavier A Preud'homme

3.T FACTICIOS

Figure 1. Diagnostic criteria

DSM-IV Diagnostic criteria for factitious disorder

- A.** Intentional production or feigning of physical or psychological signs or symptoms.
- B.** The motivation for the behaviour is to assume the sick role.
- C.** External incentives for the behaviour (such as economic gain, avoiding legal responsibility, or improving physical well-being, as in Malingering) are absent.

- 0.6-1,3% de los pacientes atendidos en hospital. 3.5-9,3% de las fiebres de origen desconocido.
- **Reto diagnóstico.** Simulan una condición de enfermos que requiere un tratamiento medico/quirúrgico. **Resultados de laboratorio inexplicables** en el curso de una **investigación prolongada. Múltiples ingresos.**
- Objetivos: ayudar en el diagnóstico de los trastornos facticios. Proporciona **técnicas de laboratorio útiles** para los pacientes en los que se sospecha.
- Revisa **190** artículos en **inglés:13 áreas** de la medicina recogiendo **síntomas que los pacientes pueden simular y técnicas diagnósticas sugeridas** por la literatura en cada caso.
 - Cardiovascular, dermatológico, endocrino, gastrointestinal, obstetricia y ginecología, hematológico, enfermedades infecciosas, neurológicas, nefrourológicas, oncológica, oftalmológicas, ORL, pulmonar, reumatológico.

Table 1. Tools for diagnosing factitious disorder by speciality and condition

SYMPTOM	LABORATORY TEST	COMMENTS
Cardiovascular		
Angina	Definitive test: coronary angiography. Also consider: stress test, ECG, Echocardiogram for wall motion abnormalities. ¹⁴	History of prior myocardial infarction or cardiac bypass does NOT exclude factitious presentation– may represent the patient fabricating prior symptoms.
Arrhythmia	Consider indirect dysrhythmia though manipulated electrolytes (Mg, K). ¹⁵ Supervise telemetry lead placement to avoid manipulation. ^{16,17} Digitalis, beta-blockers and calcium channel blockers can be measured in serum. ¹⁸	Arrhythmias have also been reported in patients with surreptitious laxative or thyroxine abuse (see below).
Aortic dissection	In patients reportedly unable to receive CT aortogram with contrast or MRI, consider transthoracic echocardiogram. ^{19,20}	Patient's goal may be thoracotomy. Patients have reported an allergy to radiography contrast prohibiting CT imaging. Also allergy to gadolinium or shrapnel residue in their body prohibiting MRI.
Hypotension	Serum assays for beta-blockers and calcium channel blockers. Electrochemiluminescence assays detect atenolol and metoprolol in urine samples. ^{21,22}	Capillary electrophoresis with electrochemiluminescence detection – assays developed to detect doping in sports.
Hypertension	Serum or urine assay for pseudoephedrine. ^{23,24} pheochromocytoma can also be simulated. ^{25,26}	Valsalva manoeuvre may be used by the patient during BP measurement to produce transient HTN.
Dermatologic		
Chelitis granulomatosa	Liver and lymph node biopsies may show histiocytes that contain Polyvinylpyrrolidone (PVP) suggesting self-inoculation.	PVP, a polymer, is used in hair sprays, skin care products, fruit juices,
Dermatitis artefacta, chelitis, Subcutaneous emphysema	Punch biopsy with histopathology– may reveal evidence of mechanical trauma with areas of necrosis and extravasation of RBCs. ²⁷ Imaging or skin exam can note needle tracks for subcutaneous air. ²⁸	
Erythematous lesion, pemphigus	Apply alcohol to lesion. ^{29,30} Direct immunofluorescence. ²⁹	
Herpes Zoster	Negative viral PCR. ³¹	

- **Limitaciones:** no incluyen los que no están en **inglés**. No incluyen la calidad de los test utilizados. La mayoría proceden de **series de casos** y no dan suficientes datos para el análisis de sus características.
- Los pacientes con trastornos facticios obtienen información (internet para guiarse en el fingimiento de síntomas).
- Incluir **sospecha** de t. facticio en el diagnóstico diferencial cuando la **historia, examen clínico y laboratorio no concuerdan** /no tienen sentido.
- **Repetir y confirmar test. Colaboración con psiquiatría.** Información colateral con **otros compañeros**.

4. Dermatología psiquiátrica en pediatría



Pediatric Psychocutaneous Disorders

A Review of Primary Psychiatric Disorders with Dermatologic Manifestations

Khalid Al Hawsawi and Elena Pope

Section of Dermatology, The Hospital for Sick Children, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada

- Revisan enfermedades psicodermatológicas en niños.

- Clasificación:
 - Trastornos primarios dermatológicos con comorbilidad psiquiátrica
 - Trastornos psiquiátricos primarios con manifestaciones dermatológicas.
 - Importante reconocer
 - psicopatología subyacente (Ansiedad, depresión TOC, TCI).
 - comorbilidades asociadas (trastorno disociativo, déficit de atención, ansiedad, TOC, TCI, trastornos de la personalidad, esquizofrenia...)

Table I. Primary psychiatric disorders with dermatologic manifestations

Impulse control disorders
Obsessive-compulsive disorders
Factitious disorder and factitious disorder by proxy
Self-mutilation
Delusions of parasitosis
Psychogenic purpura/Gardner-Diamond syndrome
Cutaneous sensory disorders

T. Obsesivo Compulsivo Y T. Control Impulsos

- Se han denominado: comportamientos repetitivos focalizados en el cuerpo.
- A veces coexisten. **Peor pronóstico**. Tratamiento de ambos es el mismo.
- Acto nervioso que ocurre en **niños preescolares. Buen pronóstico**.
- Desencadenados por **factores psicosociales estresantes**: nacimiento hermano, problemas escolares, hospitalización de niño o padres, mudanza, separación...
- Primero terapia conductual. Puede combinarse (ISRS, clomipramina, haloperidol. ISRS).

No placentero, el acto repetitivo es para evitar ansiedad

Table II. Examples of dermatologic obsessive-compulsive disorders (OCDs) and impulse control disorders (ICDs)

OCDs	ICDs
Acne excoriée	Acne excoriée
Dermatophagia	Dermatophagia
Onychotillomania and onychophagia	Onychotillomania and onychophagia
Psychogenic (or neurotic) excoriation	Psychogenic (or neurotic) excoriation
Trichotillomania	Trichotillomania
Body dysmorphic disorder	
Irritant dermatitis (hand washing)	
Lichen simplex chronicus	
Lip-licking cheilitis	
Cheek biting and lip biting	
Prurigo nodularis	

- **Tricotilomanía.**

- Trastorno psicocutáneo más común en niños. 4% población general. 1% niños.
- **Edad comienzo 9-13 años.** En bebe (baby trichs-condición benigna con buen pronóstico). Preescolares **<5 años es un hábito normal autolimitado** que raramente progresa a TTM.
- En **niños más mayores suele haber ICD /OCD subyacente.**
- A veces concomitante con efluvio telógeno o alopecia areata o desencadenado por esta.
- Pronóstico. Niños buena. **Mejor cuanto más pequeño y menos tiempo <6 meses.**

- **Onicofagia y onicotilomanía.** Entre los 4-18 años-transferencia de chupeteo del pulgar que desaparece a los 3 años. ... 28-33% niños 7-10 años, 45% adolescentes. **Ansiedad, baja autoestima.** Imitación familiar. **Complicaciones:** problemas gástricos si tragan, distrofia ungueal, cutículas dañadas, onicolisis distal, osteomielitis, paroniquia, melanoniquia, gingivitis, problemas dentales, disfunción articulación temporomandibular. No hay estudios que hablen de la frecuencia de comorbilidades psiquiátricas en onicofagia.

- **Cheek biting. Lip biting.** Morder mucosa oral repetitivamente. Placa localizada blanca lineal en el sitio de fricción. Puede ser severa (automutilación)

- **Queilitis por chupeteo:** irritación de los labios y piel adyacente por la saliva debido al chupeteo repetitivo y compulsivo. Pacientes con D atópica más vulnerables. Niños que usan chupetes durante largos periodos de tiempo.

- **Dermatofagia o dermatodaxia:** acto repetitivo de morder la piel. En niños compensación de necesidad psicológica. Zonas dorso manos (nudillos), brazos. Callosidad, liquenificación, <trofia, cicatriz. Hipertrichosis consecuencia de mordedura repetitiva. **Suele desaparecer con los años. No se recomienda tratamiento activo** a menos que psicopatología subyacente. Masticar chicle, hipnosis (morderse pero de manera más aceptable).

Trastornos facticios y t. facticios por poderes

- Puede afectar a la piel (dermatitis artefacta, labios (queilitis artefacta), pelo, uñas, paniculitis facticia).
- **Dermatitis facticia.** Más común en mujeres. Raro en niños y adolescentes.
- **Síndrome de Munchausen:** síntomas y signos fingidos en la piel y/u otros órganos. Coagulopatías, fiebre, hipoglucemia, usando medicaciones...
- **Facticia por poderes.** Trastorno pediátrico falsificado. Producido por otra persona que lo niega. Evaluaciones repetidas. Mejora cuando se separa del causante. Seguimiento por video.
- MANEJO: facticia no necesita, el problema se resuelve cuando se trata el caso. **Protector del menor, asistentes sociales.** Evitar confrontación. Apósito oclusivo con pomada. Apoya diagnóstico. Antidepresivos ISRS (trastorno postraumático subyacente). Derivar a psiquiatra tras establecer relación confianza.

- **Automutilación.**

- Acto **consciente para obtener alivio de un estado mental terrible**. Cortes superficiales con objeto cortante.
- Común en trastornos del comportamiento alimentario. Psicosis, alcohol, drogas, ritos religiosos, hábitos culturales,. Mutilación por poderes (en África como rito cultural).
- Diferenciación de otros trastornos (Prader-Willi, Lesch-Nyhan, Cornelia de Lange, Tourette, síndrome trófico del trigémino).

- **Delirio de parásitos.** Delirio monosintomático. Creencia irreductible de estar infestado de parásitos. Lleva a dañarse para sacarlo. Excoriación y liquenificación.

- **Púrpura psicógena.** Gardner Diamond o síndrome de sensibilización autoeritrocitaria.

- Casi exclusivo de mujeres. **Muy raro en niños**. Hansen en 1997 reportó un caso de una niña de 13 años. Contusiones dolorosas, transitorias, recurrentes. Precedida por sensación edema, eritema.

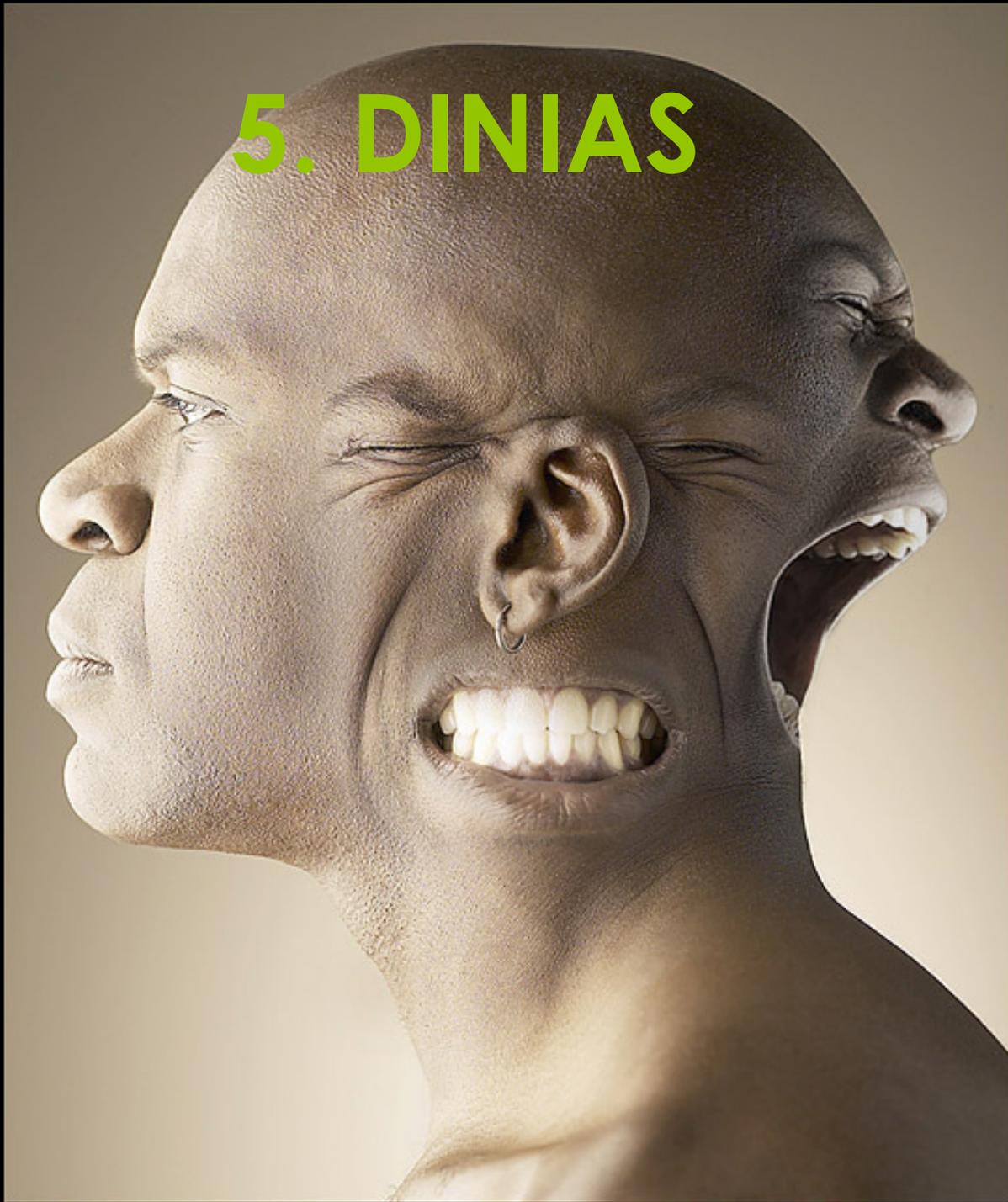
La literatura carece de evidencia sobre el tratamiento psicofarmacológico en los pacientes pediátricos.

Table III. Psychopharmacotherapy for children

Mechanism of action	Drug	Indications	Oral dosage	Adverse effects
Blockage of presynaptic reuptake of monoamines: tricyclic antidepressants	Doxepin	Psychogenic excoriation	1–3 mg/kg/d in single or divided doses	Sedation especially with doxepin
	Clomipramine	Trichotillomania, psychogenic excoriation	For ages 10–17 y: 25 mg/d initially; increase gradually during first 2 wk as tolerated, up to maximum of 3 mg/kg/d or 100 mg/d; thereafter, may increase gradually over next several weeks to maximum of 3 mg/kg/d or 200 mg/d	Weight gain Arrhythmias Hypertension Orthostatic hypotension Dry mouth Constipation
	Amitriptyline	Cutaneous sensory disorder	0.2–0.4 mg/kg/d hs or <35 kg: 10 mg/d, >35 kg: 20 mg/d	
Selective serotonin reuptake inhibitors	Fluoxetine	Trichotillomania, psychogenic excoriation	For ages ≥6y: initial dosage 10–20 mg od with increments every few wk to a maximum dosage of 80 mg/d	Increased risk of suicidal thinking and behavior
	Sertraline	Psychogenic excoriation, factitious dermatitis	Initial dosage 12.5–25 mg od (for ages 6–12 y) or 25–50 mg od (for ages 13–17 y), with increments after a few wk in all age groups to a maximum of 50 mg/d	Anxiety Irritability Akathisia Hypomania/mania Agitation Weight gain
	Fluvoxamine	Psychogenic excoriation	For ages 8–17 y: 25 mg hs initially as a single dose, increase dose in 25 mg increments every 4–7 d as tolerated until maximum therapeutic benefit achieved, divide total daily doses >50 mg into two doses. Maximum dose 200 mg/d (for ages 8–11 y) or 300 mg/d for adolescents	
New atypical antipsychotic with different affinities for dopamine receptor subtypes and serotonin 5HT ₂ receptor blocking properties	Olanzapine	Trichotillomania, psychogenic excoriation	Initial dosage 2.5–5 mg od, titrate by 2.5–5 mg weekly up to 15–20 mg/d	Extrapyramidal adverse effects Tardive dyskinesia Metabolic syndrome Weight gain A pre-diabetes-like syndrome Sedation Anticholinergic effects

hs = at bedtime; **od** = once daily.

5. DINIAS



REVIEW ARTICLE

Randomized trials for the treatment of burning mouth syndrome: an evidence-based review of the literature

Maiara de Moraes, Bruna Aguiar do Amaral Bezerra, Pedro Carlos da Rocha Neto, Ana Clara Azevedo de Oliveira Soares, Leão Pereira Pinto, Antonio de Lisboa Lopes Costa

Post-Graduate Program, Oral Pathology, Federal University of Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brazil

- **No existe actualmente tratamiento curativo ni evidencia suficiente de eficacia.** Propósito: reducir síntomas.
- Objetivo: **revisar la eficacia de los tratamientos usados en SBU.** 1999-2011
- Criterios de inclusión: **Ensayos clínicos aleatorizados controlados en pacientes con SBU** idiopática sin otras enfermedades locales o sistémicas.
- Se seleccionan y analizan **12 estudios** relevantes.
- Analizan calidad: aleatorización, ciego, limitaciones, tamaño muestral, abandono estudio, evaluación de la mejoría (la mayoría usa VAS 0-10)
- El uso de **capsaicina tópica y sistémica, ácido alfaipoico (ALA) y clonazepam fueron los que se asociaron a una mayor reducción de los síntomas.**
- **Baja consistencia:** diferencias en metodología, muestras, tratamientos **cortos**, cortos seguimiento. Pueden favorecer a un tratamiento con respecto a otro.
- **No se pueden extraer conclusiones. Necesidad de más estudios** para establecer herramientas diagnósticas y opciones terapéuticas.

- **ALA.** Antioxidante reparador neuronal. Estimulación de factores de crecimiento neuronal. Incremento de glutatión intracelular y eliminación de radicales libres.
 - **Feminiano, Gombos y Scully:** estudian combinación de **ALA y psicoterapia, mejor que cada uno por separado.**
 - **López-Dálessandro y Escovich:** mejores resultados con la combinación de **GABA y ALA.** Mejoría 70% casos.
- **Clonazepam.** Benzodiazepina. Anxiolítico. Inhibición SNC.
 - **Gremeau-Richard. Clonazepam tópico. Mejoría 72% a los 6 m.** Mejora los síntomas **no en todos los individuos. Efectos persistentes solo en la mitad.** Mecanismos neuropáticos centrales y periféricos. Sólo mejora los periféricos tópicamente.
- **Capsaicina.** Unión a receptor TRPV1 bloqueante receptores calcio. Inactiva las respuestas neuronales al calor. Larga exposición desensibiliza nociceptores al calor y sensación quemante. Sistémica: dolor gástrico. No en tópica.
 - **Marini et al:** síntomas continúan disminuyendo 2 m tras interrumpir trat tópico.
- **No existen estudios comparativos de clonazepam y capsaicina.**
- **Tratamientos tópicos y sistémicos tienen eficacia similar tanto en clonazepam como en capsaicina. (80% sistémico /76% tópico).**
- **Tratamientos largos no son necesariamente más eficaces.** Necesidad de más estudios y seguimiento.

Table 1 Data from the articles about therapy for the burning-mouth syndrome

<i>Author, date</i>	<i>Number of patients in the begin (N)</i>	<i>Gender (M/F)</i>	<i>Mean age</i>	<i>Active treatment n (number of patients)</i>	<i>Placebo n (number of patients)</i>	<i>During of treatment</i>	<i>Scale of pain</i>	<i>Clinical outcome</i>	<i>Side effects</i>	<i>Number of patients at the end</i>	<i>Follow-up</i>
Sardella et al. (1999) (1)	30	4/26	69	Topic Benzylamine HCL (0.15%, three times a day) <i>n</i> = 10	Oral rinse solution without Bzd HCL <i>n</i> = 10 No therapy <i>n</i> = 10	4 weeks	VAS	50% reduction (partial improvement)	No side effects	30	4 weeks
Tammiala-Salonen, Forssell, (1999) (19)	37	0/37	59	Trazadone 200 mg/daily <i>n</i> = 18	NA <i>n</i> = 19	8 weeks	VAS	NA	NA	NA	NA
Femiano, Scully, (2002) (2)	60	18/42	45	Systemic ALA (600 mg/daily) <i>n</i> = 30	Cellulose starch (300 mg/daily) <i>n</i> = 30	2 months	*	29 (97%) any improvement and 4 (13%) resolutions	No side effects	41	1 year
Femiano (2002) (18)	80	32/48	63	Systemic Bethanechol (15 mg/daily) <i>n</i> = 20 Oral solution of Lactoperoxidase (topically 5-6 times/day) <i>n</i> = 20 Systemic ALA (600 mg/daily) <i>n</i> = 20	Xylitol 3% in distilled water <i>n</i> = 20	2 months	*	ALA (80% improvement and 10% resolution) Bethanechol (35% improvement) Lactoperoxidase (20% improvement) Placebo (15% improvement)	Nausea, dizziness, blood pressure fall, cold perspiration, abdomen pain, and heartburn	80	NA
Gremeu-Richard et al. (2004) (7)	48	4/44	65 +/-21	Topic Clonazepam (3 mg/daily) <i>n</i> = 24	NA <i>n</i> = 24	2 weeks	VAS	16 (72%) patients showed any improvement	Drowsiness, burning increase, dry mouth	41	6 months
Petruzzi, et al. (2004) (10)	50	14/36	56.5	Systemic Capsaicin (0,25%, t.i.d) <i>n</i> = 25	NA <i>n</i> = 25	1 month	VAS	20 (80%) patients showed any improvement	Gastric pain	50	NA
Carbone et al. (2009) (14)	66	12/54	67.3 +/-11.9	Systemic ALA (800 mg/daily) <i>n</i> = 18 Systemic ALA 400 mg + vitamins (two times a day) <i>n</i> = 14	Cellulose <i>n</i> = 20	8 weeks	VAS	No improvement	No side effects	52	2 months
Sardella et al. (2008) (16)	43	04/39	69.4 +/-4.7	Hipericin 0,31% e hiperforin 3,0% (900 mg/daily) <i>n</i> = 19	NA <i>n</i> = 20	12 weeks	VAS	No improvement	Headache	39	NA

Table 1 (Continued)

<i>Author, date</i>	<i>Number of patients in the begin (N)</i>	<i>Gender (M/F)</i>	<i>Mean age</i>	<i>Active treatment n (number of patients)</i>	<i>Placebo n (number of patients)</i>	<i>During of treatment</i>	<i>Scale of pain</i>	<i>Clinical outcome</i>	<i>Side effects</i>	<i>Number of patients at the end</i>	<i>Follow-up</i>
López-Jornet et al. (2009) (6)	60	6/54	64 ± 11.67	Systemic ALA (800 mg/daily); <i>n</i> = 23	Cellulose <i>n</i> = 16	8 weeks	VAS	No improvement	Nausea, dyspepsia	39	NA
Cavalcanti and Silveira (2009) (15)	38	4/27	63.1	Systemic ALA (600 mg/daily) <i>n</i> = 19	Cellulose <i>n</i> = 19	30 days	VAS	29 (89.9%) some improvement	Headache and gastric complaints	31	60 days
Marino et al. (2010) (9)	56	10/46	62 ± 9.8	Capsaicin (oral rinse-250 mg/50 ml of water-3 × daily) <i>n</i> = 14 ALA (tablets-800 mg/day) <i>n</i> = 14 Lysozyme-lactoperoxidase (oral rinse-5 × daily) <i>n</i> = 14	Boric acid (mouthwash-0.05 g/100 ml of water-3 × daily) <i>n</i> = 14	2 months	VAS	Capsaicin (76% improvement) ALA (57% improvement) Lysozyme-lactoperoxidase (57% stable) Placebo (79% stable)	No side effects	56	2 months
López-D'alessandro and Escovich (2011) (17)	120	26/94	57	Systemic ALA (600 mg/daily) <i>n</i> = 20 GABA (300 mg/daily) <i>n</i> = 20 ALA + GABA <i>n</i> = 20	Starch and cellulose (100 mg/daily) <i>n</i> = 60	2 months	**	ALA (55% improvement or resolution) GABA (50% improvement or resolution) ALA + GABA (70% improvement or resolution)	NA	120	NA

M, male; F, female; ALA, Alpha-lipoic acid; GABA, gabapantine; NA, not available; VAS, visual analog scale.

*Scored as worsening (-), unchanged (±), slight improvement (+), decided improvement (++), resolution (+++); **numerical scale specially created.

Dysaesthetic penoscrotodynia: nomenclature, classification, diagnosis and treatment

International Journal of STD & AIDS 2011; **22**: 483–487

A R Markos FRCOG FRCP

Genitourinary Medicine and Sexual Health, Mid-Staffordshire NHS Foundation Trust, Stafford, UK

- Sensación de **quemazón genital** sin evidencia clínica de patología ni etiología subyacente clara. **Similitudes con vulvodinia**. Poco descrita en la literatura.
- **Etiología**. A veces refieren **asociación con bebidas** y mejoría al dejarlas.
 - Penodinia **inducida por alcohol**: alergia a etanol o ácido acético. Potenciación alcohol de receptor VR1 (sensación de calor a temperaturas más bajas que las del cuerpo).
 - Dolor genital **inducido por cafeína**. Bloqueo de alivio de hiperalgesia cuando se da amitriptilina.
 - Fenómeno **neurovascular** (cambios vasculares en el glande), hiperemia, cianosis, quemazón. **Síndrome escroto rojo**. Trastorno vascular funcional similar a eritromelalgia localizada : **shunt de microvasculatura arteriovenosa periférica**. Acúmulo metabolitos y sensación quemazón.
 - Restless genital syndrome. Hiperestesia de los dermatomas pudendos. **Neuropatía sensorial de pequeñas fibras**.
 - Alergia a lociones, jabones.
 - Alteraciones en secreción de cortisol.
 - Canales iónicos sensación ácida, transductores quimioeléctricos.

○ **Nomenclatura y clasificación**

- Como ISSVD clasificó vulvodinia **localizada** (escrotodinia, penodinia, glansodinia/**generalizada**, **Provocada** (intolerancia de ropa interior, dispaurenia, abstinencia sexual)/**no provocada/mixta**.
- Severa/moderada/leve
- Casos coexisten con glosodinia

- **Prevalencia.** Escasas publicaciones. Falta de reconocimiento de la entidad y derivación. No estudios poblacionales.

○ **Diagnóstico**

- **Historia del paciente.** No hallazgos clínicos (eritema/cianosis),. Exclusión de otras alteraciones . Pueden existir otros trastornos de dolor crónico concomitantes.
- **Diario del dolor.** Registro del tipo, localización, severidad, extensión, duración y frecuencia, factores precipitantes.
- **Investigaciones urológicas:** ECO abdomino-pélvica, cistoscopia, estudios urodinámicos...
- Penoscopia
- Biopsia: **no justificación para biopsia de rutina.**
- Investigación neuroreceptores (incremento de la densidad nerviosa en vestibulodinia.
- Patch test: solo en estudios de investigación. No evidencia de correlación positiva.

- **Tratamiento:** casos anecdóticos, empíricos, basados en la vulvodinia.
- Evidencia y guías de manejo de neuropatía periférica sugiere que
 - Primera línea: ADT, ISRS/ISRN, bloqueantes de canales de calcio alfa2-delta2 (gabapentina, pregabalina) y lidocaína tópica.
 - Estimulación nerviosa transcutánea eléctrica resultados en algunos casos.
 - Eficacia de terapia cognitivo conductual en vulvodinia provocada.
 - A diferencia de vulvodinia no hay evidencia de resultados con tratamiento quirúrgico.
- **Futuro:** trastorno aún poco reconocido. Casos esporádicos. Necesidad de ensayos terapéuticos, medidas objetivas de dolor, clasificación y nomenclatura.
- Puede que haya varios subgrupos de pacientes, mecanismos fisiopatológicos (tratamiento individualizado).



**¡¡GRACIAS POR
VUESTRA
ATENCIÓN!!**