

# Dermatilomanía o trastorno de escoriación. Una revisión

## Excoriation (Skin Picking) Disorder. A Review

Erik I. Rivera<sup>1</sup> y Roberto Arenas<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Residente de primer año de medicina interna, Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio, Xalapa, Veracruz

<sup>2</sup> Sección de Micología, Hospital General Dr. Manuel Gea González

### RESUMEN

La estrecha interrelación entre la piel y la mente, explica que, bajo determinadas circunstancias, el estado emocional y mental dé lugar a la aparición de fenómenos psicodermatológicos que desencadenan respuestas de diferente índole en la piel de las personas afectadas. La dermatilomanía, conocida también como escoriaciones psicógenas o neuróticas, es un padecimiento crónico caracterizado por la necesidad incontrolable de realizar conductas como rascar, frotar o excavar la piel originando lesiones que pueden afectar de manera importante el aspecto de la misma, pudiendo dar lugar a otro tipo de complicaciones.

Hay una relación muy cercana entre la dermatilomanía y toda una gama de trastornos de origen psicológico que involucran el aspecto afectivo, alimenticio, el ámbito familiar, laboral, el control de los impulsos y el abuso de sustancias adictivas, de manera que se estima que la frecuencia de comorbilidades psicológicas llega a ser de 100%. Esto explica que el DSM-5 la ubica en el apartado de trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados.

El tratamiento es multidisciplinario: cubre el área psicoemocional en conjunto con terapias farmacológicas y no farmacológicas. Se considera de vital importancia que los dermatólogos se familiaricen con al menos algunas de las intervenciones psicoterapéuticas y con los agentes psicotrópicos, ya que establecer de forma temprana el tratamiento incide positivamente en los resultados al enfrentar esta psicodermatosis.

**PALABRAS CLAVE:** dermatilomanía, escoriación psicógena, psicodermatosis.

### ABSTRACT

The strong association between mind and skin has always been well established, which explains how, under certain circumstances, mental and emotional states leads to the onset of psycho-dermatologic disturbances and the proper response with different levels of intensity in the skin. Pathologic skin picking, also known as psychogenic or neurotic excoriation, is a chronic affection characterized by compulsive scratching, rubbing or carving the skin, causing lesions with important cosmetic repercussion contributing to other complications.

Several studies show the close relationship among skin picking and a broad spectrum of psychogenic disturbances which includes affective, alimentary, family and laboral aspects, and abuse of substances, with associated comorbidities in 100% of the cases, explaining why this entity is described with the obsessive compulsive disturbances and related disorders in DSM-5.

On these basis, it is obligated to consider its treatment as a multidisciplinary task, successfully covering the psycho-emotional area in complicity with pharmacologic and non-pharmacologic therapies, It is also imperative for dermatologists to get involved with at least one of the psychotherapeutic options and psychotropic agents, knowing that the early treatment has a positive social and psychological impact.

**KEYWORDS:** pathologic skin picking, psychogenic excoriation, psychodermatosis.

### CORRESPONDENCIA

Roberto Arenas ■ rarenas98@hotmail.com ■ Teléfono: (5255)-4000 3000  
Calzada de Tlalpan 4800, Col. Sección XVI, CP 14080, Del. Tlalpan, Ciudad de México

## Introducción

La piel y el sistema nervioso, tanto central como periférico, a nivel embrionario derivan de una hoja blastodérmica común, el ectodermo, a diferencia de otras estructuras del cuerpo de los organismos vertebrados. Esto explica la estrecha interrelación existente entre la piel y la mente, y de ahí que a través de sus lesiones, la piel dé cuenta de nuestro estado emocional y mental, que da lugar a la aparición de fenómenos o trastornos psicodermatológicos, entre los cuales se encuentra el trastorno de escoriación psicógena.

El trastorno de escoriación psicógena se ha descrito en la literatura médica desde hace más de un siglo, y fue Erasmus Wilson quien lo mencionó por primera vez en 1875 como “escoriación neurótica”. Este autor describió comportamientos extremadamente difíciles de controlar en pacientes neuróticos, los cuales consistían en ocasionarse escoriaciones de forma repetida y excesiva.<sup>1</sup> En 1898, el dermatólogo francés Brocq describió el caso de un paciente adolescente que de forma incontrolable se rascaba las zonas de acné.

En general se considera que en alrededor de 25 y 33% de los pacientes dermatológicos es posible reconocer alguna patología psiquiátrica o aspectos psicosociales disfuncionales.<sup>2</sup>

## Definición

La dermatilomanía, también llamada escoriaciones psicógenas o neuróticas, es un padecimiento crónico que el DSM-5 clasifica en el apartado de trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. Esta afección se define como una necesidad o urgencia de realizar conductas como tocar, rascar, frotar, apretar, morder o excavar la piel, a menudo como respuesta a mínimas irregularidades o defectos de la misma.<sup>3,4</sup> Esto da lugar a que se provoquen lesiones en la piel mediante el rascado compulsivo y repetitivo, lo que en algunos casos ocasiona daños importantes que pueden desfigurar la zona afectada. Es posible que se originen a partir de una lesión menor secundaria, a alguna dermatosis, o en piel sana independientemente de cualquier otra patología.

## Epidemiología

Se estima que la prevalencia de este padecimiento es de al menos 1.4% en la población general, alcanzando cifras desde 4.2 hasta 9% en la población adulta.<sup>5,4</sup> La media de edad más común descrita en los diversos estudios alrededor del mundo se encuentra entre 30 y 45 años,<sup>6</sup> afecta a ambos sexos pero predomina en el femenino: se estima que al menos tres cuartas partes del total de pacientes son mujeres.<sup>7,4</sup>

## Patogenia

Aunque su fisiopatología se ha entendido poco, se han observado y relacionado diversos elementos con el rascado de la piel como un medio para canalizar situaciones de estrés o alguna patología psiquiátrica subyacente.<sup>8,5</sup> Entre los diferentes estudios enfocados a identificar los factores asociados destaca sobre todo la disfunción psicosocial. En un estudio realizado en estudiantes de universidades estadounidenses, se encontró asociación entre dermatilomanía y trastornos de carácter afectivo, alimenticio, de control de los impulsos, ansiedad y abuso de sustancias adictivas.<sup>9</sup> Los estudiantes hombres con dermatilomanía tuvieron un índice de masa corporal mayor y se percibían físicamente menos atractivos, mientras que las mujeres afectadas tuvieron mayores índices de depresión. Asimismo, otros estudios reportan amplios problemas en el ámbito familiar, laboral, tendencias a evitar salir en público, a ausentarse del trabajo y dificultades de concentración y estudio.<sup>10</sup>

En otro estudio se investigó la prevalencia de las escoriaciones psicógenas y su asociación con el estado de salud físico y mental en 2176 estudiantes universitarios israelíes. Dicha investigación mostró que 3.03% de los estudiantes encuestados resultaron con este trastorno, con una distribución similar respecto al género (3% en mujeres y 3.1% en varones). Hubo una tendencia significativamente alta respecto a la presencia de problemas psiquiátricos, como ansiedad generalizada, conducta sexual compulsiva y trastornos de la alimentación; asimismo, el consumo de alcohol fue mayor en los varones con escoriaciones psicógenas comparados con aquéllos que no presentaron este trastorno, mientras que las mujeres se percibían a sí mismas como menos atractivas.<sup>5</sup>

En una encuesta realizada en Francia en 10 pacientes con escoriaciones neuróticas, se vinculó el inicio de esta afección con problemas personales, y se encontró que cuatro de ellos habían sufrido abuso durante la infancia o la adolescencia.<sup>11</sup>

En sus estudios, los equipos de investigación de Tucker<sup>10</sup> y Stein<sup>12</sup> ilustran el fuerte efecto que tiene la ansiedad en la dermatilomanía en la población general. En 760 pacientes evaluados se encontró similitud en los sitios de rascado, la situación emocional y la situación cognitiva, y se demostró una relación directa entre la severidad de la patología y la incapacidad para manejar estados de ansiedad y depresión.<sup>10</sup> En general, la escoriación psicógena coexiste con al menos una de las condiciones psicológicas asociadas, de manera que se estima que a lo largo de la vida la frecuencia de comorbilidades psicológicas llega a ser de 100%, la mayoría de ellas repre-

sentadas por trastornos del humor en alrededor de 80 por ciento.<sup>13</sup>

### Genética

En cuanto al aspecto genético, algunos estudios en gemelos han demostrado un patrón hereditario del trastorno en torno al 40%.<sup>14</sup> Una investigación posterior, también en gemelos, sugiere un patrón hereditario similar entre tricotilomanía y trastorno por escoriación con respecto a los otros trastornos incluidos en su grupo en el DSM-5.<sup>15</sup> Se ha propuesto la familia de genes de la densidad postsináptica de las neuronas glutamatérgicas (SAPAP) como genes implicados en las conductas centradas en el cuerpo y en el trastorno obsesivo-compulsivo, principalmente el gen SAPAP3.<sup>16</sup>

### Neuroimagen

Estudios de neuroimagen han mostrado que los pacientes con trastorno por escoriación tienen una desorganización en la sustancia blanca que conecta el gyrus frontal anterior y el córtex cingulado anterior, encargados de respuestas de supresión motora, hallazgos ya vistos en sujetos con tricotilomanía.<sup>17</sup>

En un estudio de resonancia magnética se observó que los pacientes con trastorno por escoriación tenían un mayor volumen del estriado ventral bilateral (relacionado con el circuito de recompensa) y una reducción en el grosor cortical en las áreas frontales del hemisferio derecho, así como un mayor espesor en el cuneus bilateral.<sup>18</sup>

### Cuadro clínico

Desde el punto de vista dermatológico, el patrón característico consiste en lesiones circulares, erosivas, eritematosas y bien delimitadas, aunque también pueden presentarse como alteraciones de continuidad de la piel de forma y profundidad variables y extensión considerable, o como erosiones lineales con bordes discrómicos sobre elevados. Cualquiera de estas lesiones pueden presentar o no costras hemáticas circundadas por un eritema leve y edema localizados.

Las lesiones crónicas o de rascado recurrente suelen ser hipercrómicas y con presencia de tejido cicatricial elevado de tono perlado, que a veces toman la forma del objeto que las causó. Estas lesiones se encuentran en zonas de fácil acceso a las manos, y en general afectan la cara, brazos, antebrazos, muslos, piernas y parte superior del tronco (figura 1). Es frecuente que en la cara estén asociadas a acné.<sup>7</sup> Otras alteraciones comúnmente observadas son: onicofagia (65%), tricotilomanía (10%), queratinofagia (59%), succión labial de repetición (50%), mordeduras de los carrillos (23%), espasmos palpebrales



Figura 1. Escoriaciones psicógenas extensas.

(15%) y/o movimiento corporal espontáneo automatizado (9 por ciento).<sup>19</sup>

Los pacientes pueden comenzar con urgencia por manipular cualquier lesión común de la piel, como piquetes de artrópodos, comedones, lesiones inflamatorias, verrugas o milia,<sup>20</sup> y aunque esto no es una regla, también pueden comenzar manipulando piel perfectamente sana refiriendo prurito, escozor o dolor. Para realizar estas conductas utilizan instrumentos como las uñas, dientes u otros objetos como pinzas de depilar, alfileres y tijeras, entre otros. Las consecuencias sobre la piel de estas áreas pueden ir desde enrojecimiento y erosiones de la piel, cicatrices evidentes, en algunos casos cicatrización de tipo queloide o infecciones que pueden llegar a requerir manejo con antibiótico o quirúrgico (colocación de injertos de piel), estas consecuencias ocasionan vergüenza y culpa en los pacientes, lo que les lleva a utilizar prácticas de camuflaje, como usar maquillaje, prendas de vestir o vendajes que cubran el área, en un intento por esconder el daño de la piel ocasionado por el rascado<sup>21</sup> (figuras 2 y 3).

Dado que un gran número de pacientes cursan con algún trastorno psiquiátrico subyacente, es importante que los dermatólogos estén familiarizados, en la mayor medida posible, con los aspectos psiquiátricos y psicológicos involucrados en este trastorno, como cambio de humor, ansiedad, depresión y abuso de sustancias, que son los que se han observado con más frecuencia.

### Diagnóstico

El diagnóstico es esencialmente clínico. Las alteraciones histopatológicas varían dependiendo del método y el objeto utilizados para producir las lesiones,<sup>22</sup> por lo que la biopsia no es determinante en esta psicodermatosis, aun-



Figura 2. Escoriaciones psicógenas en brazos.



Figura 3. Mismo paciente en control.

que puede ser útil para excluir diagnósticos diferenciales. De cualquier modo, no se justifica su realización de manera rutinaria.

Varias asociaciones han propuesto diversos criterios de clasificación, pero los más aceptados en la actualidad son los que propone la Asociación Americana de Psiquiatría a través del DSM-5, que lo clasifica en la categoría de trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos relacionados, y hace hincapié en que debe estar caracterizado por un comportamiento reincidente enfocado en el cuerpo, junto con repetidos intentos por disminuir o detener este comportamiento.<sup>4</sup> Los criterios específicos del DSM-5 para trastornos escoriativos se mencionan a continuación.

- Manipulación recurrente de la piel, con una consecuente lesión cutánea.
- Intentos repetidos para disminuir o detener por completo este comportamiento.
- Manipulación recurrente de la piel que repercute en el ámbito social, ocupacional o en cualquier otra área de la vida diaria.
- Comportamiento no explicado por los efectos de sustancias exógenas o alguna condición médica.

- Manipulación recurrente de la piel que no se puede explicar con síntomas de otras enfermedades mentales, intentos por alterar un defecto apreciado por el paciente o mejorar el aspecto personal, estereotipos o intención de lastimarse a sí mismo.

Todos estos criterios deben cumplirse de manera satisfactoria para integrar el diagnóstico.

El reto principal es diferenciar las escoriaciones producidas en la dermatilomanía de aquéllas presentes en pacientes con rascado crónico de origen primariamente pruriginoso. Se deben tomar en cuenta trastornos dermatológicos primarios capaces de originar prurito, como dermatitis atópica, psoriasis, escabiasis y penfigoide ampoloso. En pacientes con prurito crónico es necesario descartar causas sistémicas como la uremia, colestasis y colangitis biliar primaria, policitemia vera, linfoma, hipertiroidismo, deficiencia de hierro, protoporfiria eritropoyética e infección aguda por VIH.

### Tratamiento

El tratamiento de estos pacientes, como en muchos casos de psicodermatología, idealmente es multidisciplinario, y

debe cubrir de forma satisfactoria el área psicoemocional junto con las terapias farmacológicas y no farmacológicas, siendo necesario en ocasiones incluir tratamientos que no están enfocados en un inicio a esta patología o que su uso no esté totalmente aprobado en el padecimiento en cuestión y cuya efectividad ha sido demostrada únicamente en reportes de caso y estudios pequeños.<sup>23</sup>

Se recomienda evaluar la gravedad de las lesiones mediante un examen dermatológico detallado y, de acuerdo con el tipo, gravedad o complicaciones de las lesiones, establecer el tratamiento dermatológico pertinente.

En situaciones óptimas el paciente deberá ser referido y evaluado en conjunto con un especialista en psiquiatría, aunque por razones de desinformación o presión social, muchas personas no están abiertas a discutir esta opción. Aunque la información es limitada, existe evidencia de mejoría con terapia cognitivo-conductual.<sup>24-27</sup>

Agentes como los inhibidores de la recaptura de serotonina son medicamentos de primera línea cuando se considera pertinente incluir tratamiento farmacológico con antidepresivos, como la sertralina, fluoxetina y escitalopram, entre otros.<sup>28,29</sup> Se puede valorar el uso de antipsicóticos en casos de dermatilomanía que se acompañen de alucinaciones, como ocurre en el delirio de parasitosis.<sup>30,31</sup> A pesar de la escasez de estudios específicos acerca de este problema, se ha aceptado que los ansiolíticos pueden ser útiles en aquellos pacientes con dermatilomanía relacionada con trastornos de ansiedad.<sup>32</sup>

## Conclusiones

Durante la evaluación de los pacientes con escoriación psicógena, es importante identificar cualquier trastorno psicológico subyacente que pueda explicar el comportamiento compulsivo de rascado de la piel. El manejo coordinado con psicólogos, psiquiatras y dermatólogos es fundamental para obtener los mejores resultados terapéuticos.

Debido a la falta de servicios de enlace en la mayoría de lugares, los dermatólogos deberían familiarizarse con el uso de algunas alternativas psicoterapéuticas seleccionadas y con los agentes psicotrópicos, ya que la pronta decisión de una intervención psicoterapéutica es esencial para el tratamiento efectivo de esta psicodermatosis. La incorporación de estas técnicas en la práctica clínica podría mejorar la calidad de vida de muchos pacientes, por lo que es deseable que los dermatólogos desarrollen la habilidad de ver más allá de la piel en los pacientes con escoriaciones psicógenas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Grant J, Odlaug B, Chamberlain S *et al.* Skin picking disorder. *Am J Psychiatry* 2012; 169(11): 1143-9.
- Gupta M, Gupta A. The use of antidepressant drugs in dermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001; 15: 512-8.
- Arnold L, Auchenbach M, McElroy S. Psychogenic excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *Central Nervous System Drugs* 2001; 15(5): 351-9.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5ª ed. Arlington: Panamericana; 2013. pp. 145-148.
- Leibovici V, Murad S, Cooper-Kazaz R *et al.* Excoriation (skin picking) disorder in Israeli University students: prevalence and associated mental health correlates. *Gen Hosp Psychiatry* 2014; 36(6): 686-9.
- Andreoli E, Finore ED, Provini A, Paradisi M. Self-inflicted dermatitis: a case in pediatric age. *Minerva Pediatr* 2008; 60(3): 355-9.
- Arenas R. *Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento*. 6ª ed. México: McGraw-Hill; 2015. pp. 263-269.
- Koblentz CS. Neurotic excoriations and dermatitis artefacta. *Dermatol Clin* 1996; 14(3): 447-55.
- Odlaug BL, Lust K, Schreiber LRN *et al.* Skin picking disorder in university students: health correlates and gender differences. *Gen Hosp Psychiatry* 2013; 35(2): 168-73.
- Tucker BT, Woods DW, Flisser CA, Franklin ME. The skin picking impact project: phenomenology, interference and treatment utilization of pathological skin picking in a population-based sample. *J Anxiety Disord* 2011; 25: 88-95.
- Misery L, Chastaing M, Touboul S *et al.* Psychogenic skin excoriations: diagnostic criteria, semiological analysis and psychiatric profiles. *Acta Derm Venereol* 2012; 92(4): 416-8.
- Stein DJ, Hollander E. Dermatology and conditions related to obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26(2 Pt 1): 237-42.
- Balakrishnan N, Shrutakirithi D, Shweta R *et al.* Look beyond skin. Psychogenic excoriation. A series of five cases. *Indian J Dermatol* 2013; 58(3): 246.
- Monzani B, Rijdsdijk F, Cherkas L *et al.* Prevalence and heritability of skin picking in an adult community sample: a twin study. *Am J Med Genet* 2012; 159B(5): 605-10.
- Monzani B, Rijdsdijk F, Harris J, Mataix-Cols D. The structure of genetic and environmental risk factors for dimensional representations of DSM-5 obsessive-compulsive spectrum disorders. *JAMA Psychiatry* 2014; 71(2): 182-9.
- Bienvenu O, Wang Y, Shugart Y *et al.* Sapap3 and pathological grooming in humans: results from the OCD collaborative genetics study. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2009; 150B(5): 710-20.
- Grant J, Odlaug B, Hampshire A *et al.* White matter abnormalities in skin picking disorder: a diffusion tensor imaging study. *Neuropsychopharmacology* 2013; 38(5): 763-9.
- Roos A, Grant J, Fouche J *et al.* A comparison of brain volume and cortical thickness in excoriation (skin picking) disorder and trichotillomania (hair pulling disorder) in women. *Behavioural Brain Research* 2015; 279(15): 255-8.
- Pérez-Elizondo AD, Pineda-Pineda JA, Arellano-Flores J. Tricotilomanía: investigando una patología desapercibida. *Rev Argent Dermatol* 2012; 93(2): 21-32.
- Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ *et al.* Skin picking in German students. Prevalence, phenomenology, and associated characteristics. *Behav Modif* 2002; 26(3): 320.
- Odlaug B, Grant J. Clinical characteristics and medical complications of pathological skin picking. *General Hospital Psychiatry* 2008; 30: 61-6.
- Koblentz CS. Neurotic excoriations and dermatitis artifact. *Dermatol Clin* 1996; 14(3): 447-55.
- Koo JY, Ng TC. Psychotropic and neurotropic agents in dermatology: unapproved uses, dosages, or indications. *Clin Dermatol* 2002; 20(5): 582-94.

24. Deckersbach T, Wilhelm S, Keuthen NJ *et al.* Cognitive-behavior therapy for self-injurious skin picking. A case series. *Behav Modif* 2002; 26(3): 361.
25. Teng EJ, Woods DW, Twohig MP. Habit reversal as a treatment for chronic skin picking: a pilot investigation. *Behav Modif* 2006; 30(4): 411.
26. Schuck K, Keijsers GP, Rinck M. The effects of brief cognitive-behaviour therapy for pathological skin picking: a randomized comparison to wait-list control. *Behav Res Ther* 2011; 49(1): 11.
27. Flessner CA, Busch AM, Heideman PW, Woods DW. Acceptance-enhanced behavior therapy (AEBT) for trichotillomania and chronic skin picking: exploring the effects of component sequencing. *Behav Modif* 2008; 32(5): 579.
28. Soomro GM, Altman D, Rajagopal S, Oakley-Browne M. Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) versus placebo for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 23(1). CD001765. DOI: 10.1002/14651858.CD001765.pub3.
29. Spiegel DR, Finklea L. The recognition and treatment of pathological skin picking: a potential neurobiological underpinning of the efficacy of pharmacotherapy in impulse control disorders. *Psychiatry* (Edgmont) 2009; 6(2): 38-42.
30. Damiani JT, Flowers FP, Pierce DK. Pimozide in delusions of parasitosis. *J Am Acad Dermatol* 1990; 22(2 Pt 1): 312-3.
31. Meehan WJ, Badreshia S, Mackley CL. Successful treatment of delusions of parasitosis with olanzapine. *Arch Dermatol* 2006; 142: 352-5.
32. Lee CS, Koo JY. *Comprehensive dermatologic drug therapy*. 2ª ed. Wlverton: Elsevier; 2007. pp. 402.