

Juan Carlos Martínez A., MD  
Claudia González L., MD  
Tomás Lermenda H.

# Fenomenología y diagnóstico diferencial de la dermatilomanía

---

- Introducción
- Epidemiología
- Cuadro clínico
- Diagnóstico diferencial
- Comorbilidad
- Tratamiento
- Conclusiones
- Corolario

EL SISTEMA nervioso y la piel tienen un origen común: el ectodermo embrionario, razón por la cual la piel da cuenta de nuestro estado emocional y mental a través de sus lesiones. Al respecto, en el 25-33% de los pacientes dermatológicos es posible reconocer patología psiquiátrica o aspectos psicosociales disfuncionales <sup>(1)</sup>.

Un paciente con alteraciones cutáneas asociadas a síntomas psicopatológicos debe ser evaluado en conjunto, como un paciente psicodermatológico, y con ello orientarse en dos vertientes: o como un trastorno dermatológico con aspectos psiquiátricos, o como un trastorno psiquiátrico con expresión dermatológica. En el primer grupo se incluyen la psoriasis, la dermatitis atópica, la urticaria, el angioedema, la alopecia areata, y el acné. En el segundo grupo, se encuentran la depresión mayor, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno dismórfico corporal, la fobia social, el trastorno de estrés postraumático, la dermatitis artefacta o facticia <sup>(1)</sup>, y las denominadas "conductas repetitivas orientadas al cuerpo" <sup>(2)</sup>. Estas últimas, han sido originalmente descritas por BOHNE y colaboradores (2002) y comprenden las conductas dirigidas a remover uñas, pelo, piel y mucosa <sup>(2)</sup>, y cuyo origen sería un trastorno impulsivo-compulsivo <sup>(3)</sup>.

Es necesario tener en cuenta que algunos actos repetitivos orientados al cuerpo no constituyen patología, sino un hábito "de aseo o acicalamiento". Por ejemplo, "morder las uñas" para mantenerlas de un largo adecuado es un hábito, y como tal una conducta egosintónica en dos sentidos: en primer lugar, tanto el "yo" como la "acción" están sintonizados en una misma frecuencia: el "yo" quiere hacer la acción, y la persona se identifica con su conducta. El "yo" reconoce paternidad propia (que la idea surge de él), busca un propósito funcional (a su servicio) y cuenta con el control de la voluntad. En segundo lugar, la conducta "no produce molestia o rechazo", evitación, ansiedad, tensión, culpa, vergüenza o disfunción de ningún tipo.

Pero, ¿qué pasaría si el morder las uñas pasa a ser una conducta permanente, persistente, penetrante; dominada por la incapacidad de librarse de ella pese al deseo de hacerlo, con un deterioro funcional y social importante? ¿Qué pasaría si el morder las uñas va más allá del

borde libre de ésta, y se asocia con sangrado e infecciones; o el pellizcar “los puntos negros” de la piel (tan propio del adolescente) incluye no sólo comedones sino lunares, manchas o piel sana, dejando amplias zonas cicatriciales o marcas definitivas? En estos casos, un hábito se transforma en patología <sup>(4)</sup> y surgen dos trastornos, la onicofagia y la dermatilomanía, que no están incluidos en el DSM - IV o el CIE - 10, y que comparten varias características fenomenológicas, de comorbilidad y tratamiento, con otras conductas repetitivas orientadas al cuerpo como la tricotilomanía <sup>(5-8)</sup>.

La dermatilomanía o dermatotilomanía, fue descrita por WILSON en 1875 bajo el nombre de *skin picking* <sup>(2)</sup>. Actualmente en la literatura recibe otras denominaciones como: rascado cutáneo compulsivo (*skin compulsive picking*), excoriación neurótica, excoriación psicógena o acné excoriado <sup>(2, 5, 6, 9)</sup>.

La *dermatilomanía*, se caracteriza por la necesidad o urgencia por tocar, rascar, frotar, restregar, friccionar, apretar, morder o excavar la piel <sup>(2)</sup>, a menudo en respuesta a mínimas irregularidades o defectos, o a la presencia de zonas afectadas por acné discreto <sup>(9)</sup>. Las acciones son realizadas con las uñas o con instrumentos como pinzas o agujas, ocasionando daño tisular, infecciones, celulitis, cicatrices definitivas y deformantes, y un significativo daño estético/emocional <sup>(6, 7, 10)</sup>. Como entidad nosológica, es considerada como parte del espectro obsesivo compulsivo o como un trastorno en el control de los impulsos <sup>(5, 6)</sup>.

El propósito de este capítulo es revisar esta patología que pese a haber sido descrita hace más de cien años <sup>(2)</sup> resulta poco conocida y escasamente comprendida <sup>(5)</sup>. Además, no es reconocida como entidad clínica por los sistemas de clasificación de las enfermedades, DSM IV y CIE-10, y por lo tanto, recibe una mínima atención en la literatura médica <sup>(5)</sup>.

Con el objeto de revisar la dermatilomanía, se efectuó una búsqueda bibliográfica mediante MEDLINE y MEDSCAPE de los artículos en que el rascado cutáneo repetitivo se daba como un trastorno en el control de los impulsos y no como parte de otra entidad. Para ello, utilizamos palabras como “*dermatillomania*”, “*dermatotillomania*”, “*skin picking*”, “*skin compulsive picking*”, “*acne excoriee*”, “*neurotic excoriation*” y “*psychogenic excoriation*”. Del mismo modo, hacemos un análisis fenomenológico de

la dermatilomanía y su diagnóstico diferencial. Utilizamos en este artículo los conceptos *skin picking* y rascado cutáneo impulsivo-compulsivo como sinónimo de dermatilomanía.

## EPIDEMIOLOGÍA

La epidemiología de la dermatilomanía no ha sido bien establecida <sup>(2,5,6,8)</sup>. En la consulta dermatológica su prevalencia es cercana al 2%, mientras que entre los estudiantes universitarios fluctúa entre un 2-4% <sup>(2,8)</sup>; desconociéndose su prevalencia en la población general.

En un estudio que reunió a 200 estudiantes de psicología, se encontró que el 91,7% de los alumnos reconocía haber pellizcado su piel durante la última semana, pero el 57,9% señaló que dicha conducta era recurrente, definida como uno o más episodios diarios. Estas cifras se reducen al 4,6% si se considera la presencia de estrés o impedimento funcional producto del rascado, y al 2,3% si no se tienen en cuenta aquellos pacientes cuyo rascado tiene relación directa con alguna patología no psiquiátrica <sup>(2)</sup>.

En otro estudio realizado con 111 alumnos de psicología, se encontró un 78,1% de rascado cutáneo. Si entre quienes rascaban su piel, se consideraba como criterio un “notable daño tisular” pero sin estrés para el paciente, estas cifras se reducían al 48,8%; y al considerar los dos criterios a un 4,9%. Extrapolando los resultados se encontró que en el 3,8% de la población general universitaria (total de encuestados, incluyendo a quienes no se rascan) era posible encontrar un rascado con consecuencias estéticas y emocionales significativas <sup>(4)</sup> cifras que coinciden con otros estudios de prevalencia <sup>(2,8)</sup>.

Entre 1324 alumnos estudiantes universitarios, 381 participantes (28,8%) reportaron un rascado cutáneo ocasional (menos de 1 hora por día); 56 (4,2%) señaló que su conducta era frecuente (entre 1-3 horas diarias); 9 (0,68%) muy frecuente (entre 3-8 horas diarias) y 4 (0,3%) constante (más de 8 horas diarias). Considerando el total de pacientes encuestados, 149 participantes (11,3% del total, 2/3 de los cuales eran mujeres) reportaron un grado leve de molestia frente al rascado; 37 (2,8%, 28 de los cuales eran mujeres) un grado moderado de molestia; 13 (0,98%,

9 mujeres) una molestia severa; y 4 (0,3%, 1 mujer) un grado extremo de molestia<sup>(11)</sup>. Estos resultados indican que el 5,2% de la muestra se dedicaba al rascado con gran regularidad y adicionalmente, el 4,0% reportó como mínimo un grado moderado de molestia.

En cuanto a la edad de iniciación, la dermatilomanía aparece en la adolescencia, entre los 12.4-15 años de edad<sup>(6,6)</sup> con un rango que va de los 5-23 años<sup>(6,9)</sup> aunque para otros autores éste fluctúa entre los 30-40 años<sup>(3,12)</sup>.

Su curso tiende a la cronicidad, estimándose en promedio una duración de 21 años<sup>(2)</sup> y su distribución varía según el género con una relación de 3:1 a 8:1 a favor a las mujeres<sup>(3,9)</sup>. Un estudio que incluyó población no consultante, no evidenció diferencias entre ambos sexos; sin embargo, los casos graves de rascado se observaron exclusivamente en mujeres<sup>(2)</sup>.

### CUADRO CLÍNICO

El cuadro clínico se presenta, por primera vez, como respuesta al prurito u otras sensaciones cutáneas como ardor, hormigueo, calor, sequedad o dolor, para dar paso a conductas compulsivo-impulsivas independientes de dichas sensaciones<sup>(9)</sup>.

Los impulsos posteriores usualmente son desencadenados por la observación de la piel, que produce inquietud y tensión crecientes que hacen que el rascado sea difícil de controlar o resistir<sup>(3,6)</sup>. Mientras se realiza el rascado, se produce una sensación de gratificación, placer y alivio, que algunos llegan a describir como un estado de trance. Sin embargo, a medida que transcurre la conducta, disminuye la satisfacción y la gratificación, se reducen el prurito y la sensación de tensión inicial; dando paso al dolor y a sentimientos de culpa y arrepentimiento, que se incrementan progresivamente en la medida en que se prolonga el rascado<sup>(2,7)</sup>. Finalmente las lesiones resultantes producen vergüenza, autorreproche y compromiso social en grado variable que puede ir desde la evitación circunstancial (playa, piscina, o no usar polleras y faldas) hasta la limitación de la vida afectiva y sexual, llegando incluso al aislamiento social<sup>(2,6,8)</sup>.

La sensación de tensión previa es descrita por la mayoría de los pacientes (79- 81%) y el alivio posterior se observa en el 52-79% de los casos<sup>(13-15)</sup>.

El rascado se realiza sobre granos o espinillas (93,2%), picaduras de insectos (63,9%), costras (57,1%), zonas infectadas e inflamadas o tumefactas (34,6%), o sobre la piel sana (7,7-18%)<sup>(2, 8)</sup>.

Hay situaciones emocionales que facilitan el rascado como el estrés, la tristeza, la rabia, el aburrimiento y la ansiedad, o situaciones específicas como hablar por teléfono, estar en cama, leer, ver televisión, tomar un baño, etc.<sup>(2)</sup>.

Las conductas utilizadas son apretar la piel (59,0-85%), rascar (55,1-77,4%), morder (32,3%), frotar o restregar (21,8-24,1%), tocar (15,0%), excavar y remover (4,5-11,5%) o pinchar (2,6%)<sup>(2,5)</sup>. Los instrumentos más comúnmente utilizados son las uñas (73,1-80,5%), los dedos (51,3-71,4%), los dientes (35,3%), alfileres o broches (5,1-16,5%), pinzas (9,0-14,1%), tijeras (5,3%), tejidos (5,1%) y otros instrumentos (2,6%)<sup>(2,5)</sup>.

Las zonas afectadas difieren entre un estudio y otro, siendo las más frecuentes la cara, los brazos, las piernas y el dorso del tórax<sup>(3, 5, 6)</sup> probablemente por ser las zonas más expuestas y de más fácil acceso. Al respecto, un tipo especial de dermatilomanía es la llamada *tricotieiromania*, en la cual el paciente rasca o frota sus dedos y uñas como si fuesen “una goma de borrar” sobre cualquier superficie con pelo, produciendo alopecia secundaria. A diferencia de la tricotilomanía en este caso no se produce arrancamiento del cabello<sup>(16)</sup>.

Por afectar regiones visibles, el 70,7% de los pacientes con *skin picking* trata de cubrir y disimular las áreas excoriadas usando cosméticos (60,2%), prendas de vestir (20,3%) o vendajes (17,3%).<sup>(2)</sup> En otra serie, el 46,2% refirió usar cosméticos para “camuflar” las zonas afectadas, 19,2% vendajes y 10,3% ropas especiales<sup>(5)</sup>.

En la tabla 1, se compara la prevalencia de distribución del rascado de acuerdo con dos estudios clínicos. Si bien en ambos grupos la cara es la región más afectada, existe divergencia en la distribución de las zonas afectadas. Estos resultados podrían explicarse por la diferencia tanto en la edad como en la severidad de las lesiones en las dos poblaciones evaluadas: el estudio de KEUTHEN y colaboradores<sup>(5)</sup> incluye un grupo de estudiantes, en cambio, el trabajo de CALIKUSU y colaboradores<sup>(3)</sup> fue realizado en adultos que consultan a dermatología por las lesiones del rascado cutáneo. Además, en el trabajo de KEUTHEN se comparó el grupo

de estudiantes que reportó *skin picking* con una muestra de pacientes con el mismo diagnóstico que se encontraba bajo control dermatológico, encontrándose en el segundo grupo una mayor severidad clínica y un compromiso preferente de la parte alta del torso, las extremidades superiores e inferiores, y no tanto en la cara como se aprecia en adolescentes <sup>(5)</sup> (probablemente los pacientes jóvenes remuevan espinillas o puntos negros, y eso oriente su rascado a zonas diferentes al paciente adulto).

**TABLA 1**

**Prevalencia de las regiones afectadas por *Skin Picking* según dos estudios diferentes**

Sitio /%	KEUTHEN y cols. (2000) <sup>(5)</sup> N = 78	CALIKUSU y cols. (2003) <sup>(3)</sup> N = 31
Cara	—	41.9
Mentón	57.7	
Mejillas	39.7	
Nariz	38.5	
Frente	34.6	
Espalda	—	29.0
Cutículas	28.2	
Cuero cabelludo	24.4	
Manos	23.1	
Abdomen	—	22.6
Brazos	15.5	77.4
Labios	12.8	
Hombro	10.3	
Piernas	10.3	58.1
Pies	10.3	
Parte baja del dorso	6.4	
Cuello	6.4	25.8
Orejas	5.1	
Ojos	5.1	
Ingle	3.8	
Pecho	2.6	

Típicamente las excoriaciones son de pocos milímetros de diámetro <sup>(9)</sup> y como consecuencia del rascado se describe prurito (69,9%), dolor e irritación (37,2- 50,4%), sangrado (36,8-53,8%), inflamación (35,9%), infección (2,6-31,6%), marcas o cicatrices (21,1-23,1%), desfiguración (1,3-3,0%), cavidades o cráteres profundos (2,3-2,6%) <sup>(2,5)</sup>, e hipo o hiperpigmentación de la zona afectada <sup>(3)</sup>.

Las lesiones cavitadas secundarias al rascado pueden ser superficiales o profundas y a menudo presentan distribución lineal. La base de las úlceras puede estar limpia o cubierta por costras, y generalmente se observan cicatrices de lesiones anteriores, escaras lineales o lesiones redondeadas hipo o hiperpigmentadas, localizadas en el área donde se producen las excoriaciones. Las personas diestras tienden a producirse lesiones en el lado izquierdo, mientras que en los zurdos ocurre lo contrario <sup>(17)</sup>.

En quienes presentan un rascado diario, se estima que 24,8% ocupa menos de un minuto al día en hacerlo, 43,6% entre uno y diez minutos, 14,3% entre once y treinta minutos, el 6,8% entre treinta y noventa minutos, y 1,5% más de noventa minutos diarios <sup>(2)</sup>. En este estudio, no se especifica la relación temporal existente entre minutos de rascado y daño tisular, funcional o social; aunque se puede suponer que mientras mayor es el tiempo dedicado a la conducta, mayor será el deterioro global del paciente. Otro estudio encontró que un 2,6% de quienes rascaban de modo recurrente su piel, lo hacían por más de 250 minutos al día <sup>(5)</sup>, dedicando el mayor tiempo a este comportamiento en horas de la noche <sup>(9)</sup>.

Otras conductas repetitivas relacionadas con el cuadro son onicofagia (65,4%), onicotilomanía (59,0%), succión de los labios (50%), hacer sonar los nudillos (48,7%), enroscar el pelo (39,7%), morderse la mejilla (23,1%), espasmos de los párpados (15,4%), atracón de comidas (9,0%) y mecer el cuerpo (9,0%) <sup>(5)</sup>.

## ESCALA DE EVALUACIÓN

La *Skin Picking Scale* es una escala diseñada por KEUTHEN y colaboradores (2001), que contiene 8 ítemes que evalúan frecuencia del impulso, intensidad del impulso, tiempo dedicado al *skin picking*, interferencia debida al *skin picking*, grado de molestia asociado, resistencia, nivel de

control, y evitación. Cada ítem tiene un rango de puntuación de 5 puntos, que va desde 0 (ausencia, negativo) a 4 (extremo) <sup>(18)</sup>.

## **TABLA 2**

### **Escala de evaluación de Keuthen <sup>(18)</sup>**

Ítem	Pregunta
1. Frecuencia del impulso	¿Con qué frecuencia siente la necesidad o el impulso por rascar su piel?
2. Intensidad del impulso	¿Qué tan intenso resulta dicho impulso?
3. Tiempo dedicado al rascado	¿Cuánto tiempo pierde en el rascado? ¿Con qué frecuencia ocurre? ¿Cuánto tiempo extra requiere para realizar labores rutinarias producto del rascado comparado con quienes no presentan dicha conducta?
4. Interferencia debido al rascado	¿Cuánto interfiere el rascado en su funcionamiento social o laboral? (si no se encuentra empleado, estime cuánto afectaría su rendimiento si estuviese trabajando).
5. Distress asociado al rascado	¿Cuánta molestia experimenta como consecuencia del rascado? ¿Cómo se siente si evita rascar su piel? ¿Qué tan ansioso se sentiría?
6. Resistencia al rascado	¿Cuánto esfuerzo realiza para resistir el rascado? (sólo haga referencia al esfuerzo por resistir, no el éxito o el fracaso en controlar el rascado)
7. Control sobre el rascado	¿Qué tan fuerte es el impulso que le conduce a rascar la piel? ¿Qué tanto control tiene usted sobre el rascado?
8. Evitación debida al rascado	¿Ha dejado de hacer algo, de ir a algún lugar, o estar con alguien producto del rascado? Si la respuesta es sí, ¿cuánto lo ha evitado?

Como hemos señalado, en el contexto de un trastorno o enfermedad mental, el rascado puede presentarse como síntoma periférico de un trastorno del ánimo, de ansiedad, de personalidad (en sus vertientes obsesiva y limítrofe), en el retardo mental (ejemplo, síndrome de Prader - Willi) y en el síndrome de Tourette, entre otros. Como síntoma central, puede observarse en el trastorno obsesivo compulsivo, en la dermatitis artefacta, en el trastorno dismórfico corporal, en el delirio parasitario y en la dermatilomanía <sup>(3, 5, 6, 8)</sup>.

Una limitante para nuestra revisión, es que en la literatura médica los conceptos *skin picking*, rascado cutáneo compulsivo, excoriación neurótica o psicógena, acné excoriado, dermatilomanía o dermatotilomanía, son utilizados como sinónimos para referirse a cualquier rascado de origen neuropsiquiátrico. De ese modo, se colocan estos comportamientos en una "gran hoya" o "cajón de sastre" sin tener en cuenta las motivaciones o vivencias tras el rascado.

En algunos artículos revisados los diagnósticos primarios son esquizofrenia, trastorno obsesivo compulsivo o dismorfofobia, sin relación con una alteración en el control del impulso, pero en otros estudios el rascado repetitivo es considerado como un síntoma que forma parte del síndrome de Prader Willi en el cual la conducta ha sido catalogada como perseveración sin poder establecerse con claridad si existe un trastorno en el control del impulso con toda la fenomenología que caracteriza a la trico y dermatilomanía.

Por ejemplo, en el estudio de CALIKUSU y colaboradores (2003), el 45,2% de los pacientes con *skin picking* presentaba comorbilidad con un trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). En el 41,9% el tema de la obsesión era la contaminación y en el 22,6% la simetría y el orden; del mismo modo, la mayoría de las compulsiones se relacionaban con el aseo y la limpieza, o con arreglar u ordenar <sup>(3)</sup>. En este estudio, no es posible determinar si el rascado cutáneo es secundario a un trastorno primario de los impulsos (y en ese caso, realmente existe comorbilidad con TOC) o bien la conducta se desprende como acto compulsivo en respuesta a una obsesión de aseo o "perfección" (por ejemplo, remover asperezas, granos, cambios de coloración). El utilizar la escala de YBOCS no es suficiente

para establecer la diferencia diagnóstica, al ser incapaz de diferenciar la compulsión de la impulsión.

En otro ejemplo, el estudio de KEUTHEN y colaboradores (2000) emplea una encuesta para detectar el *skin picking*. Como criterios de pesquisa se utilizaron los siguientes parámetros: la presencia de rascado o excoriación cutánea que produce un daño tisular significativo, y la molestia o impedimento significativo en el funcionamiento diario secundario a este comportamiento. Con esos criterios, tampoco es posible determinar si el *skin picking* se ubica en el contexto de un TOC, un trastorno dismórfico corporal o corresponde a un cuadro de dermatilomanía. De los 111 estudiantes estudiados, 4 cumplieron ambos criterios, en dos de éstos se podría plantear un rascado cutáneo impulsivo y en los dos restantes las características clínicas orientaron hacia una dismorfofobia<sup>(6)</sup>.

**Delirio parasitario o dermatozoico.** En este caso el enfermo tiene la idea apodíptica de padecer una infestación parasitaria de la piel y recoge pequeños restos epiteliales para llevarlos a examinar, insistiendo siempre en que el parásito responsable está contenido en ese material. Las supuestas muestras de los supuestos parásitos incluidos en envases, papeles o pañuelos, o fijados en cinta adhesiva son tan características que constituyen el “signo princeps” o de “la caja de fósforos o cerillas”.

Su clasificación resulta compleja, pudiendo observarse como idea delirante en el contexto de una esquizofrenia o un trastorno delirante crónico o como un síntoma deliroide en el contexto de una depresión, trastorno bipolar, trastornos por ansiedad o un trastorno obsesivo-compulsivo<sup>(17)</sup>.

En el siguiente capítulo los doctores JUAN GUILLERMO y PABLO CHALELA analizan con mayor profundidad los aspectos clínicos, etiológicos y terapéuticos de la llamada enfermedad de Morgellons.

**Dermatitis artefacta o facticia.** Se aplica a las lesiones cutáneas autoinflingidas de manera consciente cuya intención habitualmente es obtener una ganancia secundaria como despertar simpatía o eludir algún tipo de responsabilidad. Por lo general, los pacientes utilizan medios mecánicos, irritantes químicos o cáusticos, para simular una dermatosis.

Las lesiones tienen algunos rasgos distintivos como bordes netos, de apariencia extraña, ubicadas por lo general al alcance de las manos, con tendencia a ser lineales, dispuestas en forma regular y simétrica. Rara

---

vez se observan en manos, muñeca o brazo derecho, a menos que el paciente sea zurdo <sup>(17)</sup>.

Una importante diferencia diagnóstica con la dermatilomanía, es que el paciente no reconoce la naturaleza autoinflingida oculta y desea engañar; en cambio, quien presenta una alteración en el control del impulso reconoce su autoría y solicita ayuda.

**Dermatotalasia.** Corresponde a la conducta orientada a frotar o pellizcar la piel para producir magulladuras, que en ocasiones se realiza como defensa frente al dolor localizado en otras áreas anatómicas <sup>(17)</sup>.

Existe poca información en la literatura, por lo que su fenomenología aún no es clara.

**Trastorno dismórfico corporal o dismorfofobia.** Los dermatólogos son los médicos más consultados por un trastorno dismórfico corporal <sup>(19)</sup>.

Los pacientes presentan una preocupación excesiva ante defectos mínimos o imaginados de su cuerpo, que viven como algo “horrible, detestable o deformante”, pese a una apariencia objetiva normal <sup>(20)</sup>.

Esta distorsión cognoscitiva adquiere las características de una idea sobrevalorada, en la cual el paciente defiende tenazmente su creencia, aunque puede someterla a la duda e intersubjetividad, pero en aproximadamente el 50% de los pacientes que buscan atención psiquiátrica la idea adquiere connotaciones delirantes <sup>(21)</sup>.

Los pacientes intentan ocultar su “defecto” a través de maquillajes, cremas o prendas de vestir, y consultan diversos especialistas para buscar solución a su problema <sup>(22)</sup>. En un intento de corrección, son capaces de remover con uñas u otros objetos pequeños fragmentos de piel sin importar que la consecuencia sea una herida importante, la cual a los ojos del paciente resulta mejor que el defecto original.

En la dismorfofobia, a diferencia de la dermatilomanía, se involucra lo ideacional (cognoscitivo) y no los rasgos impulsivos. El cómo surge la idea es egosintónico (nace del paciente bajo el control de su voluntad); y esa egosintonía moviliza al paciente a buscar una solución. Al enfermo dismorfofóbico no le incomoda su pensar sino el defecto que desea remover; por ello cree en su idea y la defiende, actuando en concordancia. El obsesivo en cambio, no cree en la idea, la que considera absurda y lucha contra ella, siendo egodistónica por su presencia y contenido.

---

Según la literatura, el rascado cutáneo compulsivo es una conducta observable en un alto porcentaje de pacientes con un trastorno dismórfico corporal (27% de una serie de 123 casos) <sup>(23)</sup>.

**Trastorno obsesivo compulsivo.** Quienes manipulen su piel con el objeto de mantenerla limpia, pueden tener un trastorno obsesivo compulsivo <sup>(24)</sup>. Como señalamos anteriormente, en el estudio de CALIKUSU y colaboradores (2003), el 45,2% de los pacientes con *skin picking* presentaba un TOC comórbido <sup>(3)</sup> y en otro estudio clínico con 31 enfermos, el rascado compulsivo es considerado como el resultado de un trastorno obsesivo-compulsivo en el 52% de los casos <sup>(15)</sup>. Estos hallazgos permiten suponer que probablemente una parte considerable de la literatura, cuando se refiere a *skin picking* o a cualquiera de sus sinónimos, privilegia la conducta “rascado repetitivo” sin un marco psicopatológico preciso.

El TOC y los trastornos del control de los impulsos presentan características similares tanto en su fenomenología como en la pobre capacidad para controlar la conducta, algún grado de resistencia, el patrón repetitivo, y el hecho que ambas patologías pueden coexistir en una misma persona <sup>(25)</sup>.

Por otra parte, las conductas impulsivas y obsesivas han sido clasificadas como fenómenos fundamentalmente diferentes. La impulsividad es considerada una falla o una ineficiente capacidad de control que resulta en una conducta desinhibida, en tanto que la compulsión es considerada como un comportamiento controlador de la obsesión, que no siempre resulta eficaz. La compulsión si bien reduce la ansiedad o la molestia, a diferencia del impulso, va orientada a neutralizar la idea obsesiva. La compulsión siempre es molesta, egodistónica de principio a fin; nunca se asocia a placer o gratificación, aunque en ocasiones logre aliviar la molestia y la ansiedad.

Antes de realizar la compulsión puede existir un grado variable de planificación del comportamiento, en cambio el impulso aparece sin mayor intervención cognoscitiva. En su acción, la compulsión se concreta para evitar “un riesgo”, los actos impulsivos —por su parte— exponen al paciente a situaciones potencialmente dañinas o peligrosas <sup>(25)</sup>.

Algunos autores denominan a estas conductas “compulsivo-impulsivas” debido a las características impulsivas (arousal) que inician

el acto, y compulsivas ya que las conductas originadas son difíciles de manejar, detener y tienden a persistir en el tiempo <sup>(26)</sup>.

ARZEÑO FERRÁO y colaboradores (2006) compararon las características de pacientes con TOC con pacientes con tricotilomanía (T) o *skin picking* (SP). Seleccionaron de modo consecutivo 20 pacientes con TOC y 20 pacientes con T/SP, con edades entre 15-65 años, a quienes administraron las escalas Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), la Hamilton de ansiedad (HAM-A) y depresión (HAM-D) y la Schalling Impulsivity Scale (SIS). Esta última, corresponde a una escala autoaplicada consistente en 10 ítemes con 4 niveles de puntuación cada uno (1: "esta frase es igual a mí" a 4: "esta frase no se relaciona conmigo") <sup>(25)</sup>.

En el grupo de pacientes con T/SP, el 80% tenía sólo *skin picking*, 15% ambas patologías, y 5% sólo tricotilomanía. Los instrumentos aplicados a cada grupo mostraron una puntuación significativamente más alta en el Y-BOCS para el grupo TOC ( $=0.004$ ). En la subescala relacionada con obsesiones, se encontró diferencia estadística a favor del grupo TOC ( $p<0.001$ ), sin diferencia significativa en las compulsiones. La SIS, la HAM-A y la HAM-D no mostraron diferencias estadísticas entre los grupos, aunque sí numéricas para la HAM-A a favor de los pacientes TOC <sup>(25)</sup>.

Los pacientes con T/SP creían que sus impulsos ocurrían súbitamente, mientras que los pacientes con TOC podían retrasar sus impulsos. Estos dos aspectos se relacionan con el tiempo transcurrido entre el proceso cognoscitivo y la conducta motora. Por otra parte, al realizar el acto, el grupo TOC experimentaba más sentimientos de culpa, mientras que el grupo T/SP sentía indiferencia o placer. Una vez concluida la acción, ambos grupos experimentaban culpa, pero los pacientes con T/SP presentaban mayor intensidad de este sentimiento <sup>(25)</sup>.

Los pacientes TOC presentaban rituales cuando realizaban el acto, mientras que esto no fue aplicable a los pacientes T/SP. Por último, el grupo con TOC creía que "algo" podía ocurrir si evitaban la conducta, mientras que los enfermos del grupo T/SP consideraban beneficiosa la acción de rascarse <sup>(25)</sup>.

Aunque no hubo diferencia significativa, algunas características mostraron algunas tendencias. Los pacientes con T/SP consideraban el acto

como irresistible, mientras que los pacientes TOC podían retardar un poco la conducta de rascado; el grupo T/SP consideraban sus impulsos involuntarios, mientras que el grupo TOC consideraba las compulsiones como voluntarias; los enfermos con T/SP refirieron haber experimentado cierto placer o alivio en el acto, mientras que los pacientes TOC prefieren no correr riesgos. Ambos grupos evitaron los estímulos que podrían activar la realización del acto de rascado, evitación que fue más intensa en los pacientes con TOC <sup>(25)</sup>.

### COMORBILIDAD

Se ha observado comorbilidad con trastornos de la personalidad (66,7%; 50% de los cuales son trastornos límite o *borderline*), depresión mayor (47,6%), distimia (28,6%), ansiedad generalizada (19%), trastorno obsesivo compulsivo (6-19%), fobia social (9,5%), bulimia (9,5%), trastorno de pánico (4,8%), trastornos de somatización (4,8%) <sup>(2,7,9)</sup> y en menor porcentaje con enfermedad bipolar, agorafobia, estrés postraumático y fobia específica <sup>(2,7,9)</sup>.

A lo largo de la vida, el *skin picking* puede presentarse en aproximadamente el 10% de los pacientes con tricotilomanía <sup>(13,14)</sup>.

### TRATAMIENTO

En el tratamiento farmacológico de la dermatilomanía se han utilizado los antidepresivos, tanto tricíclicos como inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), con buena respuesta comparados con el placebo <sup>(2,5,6)</sup>.

El antidepresivo ISRS más estudiado es la fluoxetina, seguido por la sertralina y la fluvoxamina <sup>(2,5,6)</sup>. La fluoxetina ha demostrado ser altamente efectiva con una dosis promedio de 55 mg al día a las 10 semanas de tratamiento (rango 20-80 mg) <sup>(13)</sup> y la sertralina con dosis promedio de 95 mg al día, habiéndose observado disminución del 50% de los síntomas en el primer mes de tratamiento <sup>(27)</sup>.

Se han utilizado con éxito otros fármacos como la paroxetina, la clomipramina, la olanzapina, el pimozide y la naltrexona <sup>(9)</sup>.

Respecto a la olanzapina, se reporta el caso de una paciente que luego de 8 meses de respuesta parcial a una terapia combinada con hidroxizina, sertralina y alprazolam, remite en su conducta impulsiva dentro del pri-

mer mes de adicionada olanzapina en dosis de 10 mg/día. En otro paciente cuya respuesta fue limitada con sertralina, la olanzapina en dosis de 2.5 mg/día logra respuesta a partir del segundo día; luego de unas semanas, al suspender la medicación se reinicia el rascado, que cede nuevamente al reintroducirse el antipsicótico <sup>(16)</sup>.

## CONCLUSIONES

La dermatilomanía al igual que la tricotilomanía, es un trastorno del control de los impulsos, que se caracteriza por la necesidad o urgencia por tocar, rascar, frotar, restregar, friccionar, apretar, morder o excavar la piel, al parecer, en respuesta a mínimas irregularidades o defectos, o a la presencia de zonas afectadas por acné discreto. La acción es realizada con las uñas o con instrumentos como pinzas o agujas, produciendo daño tisular de moderado a severo, con complicaciones como infecciones que pueden llegar a la celulitis y a cicatrices definitivas y deformantes, con el consecuente deterioro psicosocial.

Sugerimos utilizar los términos rascado cutáneo impulsivo o dermatilomanía, para describir una entidad poco conocida y explorada, donde lo central es la falta en el control del impulso. Del mismo modo, creemos importante delimitar con exactitud el “marco motivacional y vivencial” tras el rascado repetitivo, siendo insuficiente para el diagnóstico el deterioro funcional, social y tisular.

## COROLARIO

Si bien los términos acné excoriado, *skin picking* y excoriaciones neuróticas orientan al cómo se muestra la enfermedad, no logran precisar la fenomenología existente detrás de esta conducta; limitándose exclusivamente a considerar la naturaleza de producir una lesión autoinflingida sobre la piel.

El DSM-IV en su versión revisada no incluye patologías como el rascado cutáneo, las compras compulsivas, el uso compulsivo de la Internet y las conductas sexuales no parafilicas de tipo impulsivo. Para algunos clínicos, la inclusión de estos trastornos —utilizando los mismos criterios que la tricotilomanía— será uno de los desafíos para las futuras ediciones del DSM <sup>(26)</sup>.

## LECTURAS SELECCIONADAS

1. Gupta MA, Gupta AK. The use of antidepressant drugs in dermatology. *J EADV*; 15: 512-518, 2001.
2. Bohne A, Wilhelm S, Keuthen N, Baer L, Jenike M. Skin Picking in German Student. *Behav Modif*; 26: 320-339, 2002.
3. Calikusu C, Yucel B, Polat A, Baykal C. The relation of psychogenic excoriation with psychiatric disorders: a comparative study. *Compr Psychiatry*; 44: 256-261, 2003.
4. Martínez JC, González C, Correa E. Conductas repetitivas centradas en el cuerpo. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*; 40-44, 2004.
5. Keuthen N, Deckersbach T, Wilhelm S, Hale E, Fraim C, Baer I, et al. Repetitive Skin - Picking in a Student Population and Comparison with a Sample of Self - Injurious Skin - Pickers. *Psychosomatics*; 41: 210-215, 2000.
6. Bloch M, Elliot M, Thompson H, Koran L. Fluoxetine in Pathologic Skin Picking. *Psychosomatics*; 42: 314-319, 2001.
7. Lochner CH, Daphne S, Nehaus D, Stein D. Trichotillomania and skin - picking: a phenomenological comparison. *Depress and Anxiety*; 15: 83-86, 2002.
8. Keuthen N, Deckersbach T, Wilhelm S, Engelhard I, Forker A, et al. The Skin Picking Impact Scale (SPIS). *Psychosomatics*; 42: 397-40, 2001.
9. Arnold L, Auchenbach M, McElroy S. Psychogenic excoriation, clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *CNS Drugs*; 15: 351-359, 2001.
10. Stout F. Fluoxetine for the treatment of compulsive facial picking. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 370 (letter).
11. Hajcak G, Franklin ME, Simons RF, Keuthen NJ. Hairpulling and Skin Picking in Relation to Affective Distress and Obsessive-Compulsive Symptoms. *J Psychopath Behav Assess*; 28: 177-185, 2006.
12. McElroy SL, Hudson JL, Pope HG, Keck PE, Aizley HG. The DSM III R impulsive control not elsewhere classified; clinical characteristics and relationship to other psychiatric disorders. *Am J Psychiatry*; 149: 318-327, 1992.
13. Simeon D, Stein DJ, Gross S, et al. A double-blind trial of fluoxetine in pathologic skin picking. *J Clin Psychiatry*; 58:341-347, 1997.
14. Arnold LM, McElroy WSL, Mutasim DF, et al. Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. *J Clin Psychiatry*; 59: 509-514, 1998.
15. Wilhelm S, Keuthen NJ, Deckersbach T, et al. Self injurious skin picking: clinical characteristics and comorbidity. *J Clin Psychiatry*; 60:454-459, 1999.
16. Blanch J, Grimalt F, Massana G, Navarro V. Efficacy of olanzapine in the treatment of psychogenic Excoriation. *Br J Dermatology*, 151, 707-730.

17. Oodom RB, James WD, Berger TG. *Andrew's Dermatología Clínica*. Madrid, Marbán S.L., 2004.
18. Keuthen NJ, Wilhelm S, Deckersbach T, Engelhard IM, *et al*. The Skin Picking Scale construction and psychometric analyses. *J Psychosom Res*; 50: 337-341, 2001.
19. Phillips KAS, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*; 42: 504-510, 2001.
20. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *Am J Psychiatry*; 148: 1138-1149, 1991.
21. Phillips KA, McElroy SL, Keck PE JR, Pope HG JR, Hudson JL. A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacol Bull*; 30: 179-186, 1994.
22. Castle DJ, Phillips KS, Dufresne RG. Body dysmorphic disorder and cosmetic dermatology: more than skin deep. *J Cosmetic Dermatology*; 3: 99-103, 2004.
23. Phillips KA, Taub SL. Skin picking as a symptom of body dysmorphic disorder. *Psychopharmacol Bull*; 31: 279-288, 1995.
24. Grant JE, Potenza MN. Compulsive Aspects of Impulse-Control Disorders. *Psychiatr Clin N Am*; 29: 539-551, 2006.
25. Arzeno Ferrão Y, Paiva Almeida V, Richter Bedin N, Rosa R, *et al*. Impulsivity and compulsivity in patients with trichotillomania or skin picking compared with patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*; 47: 282-288, 2006.
26. Dell'oss B, Altamura AC, Allen A, Marazitti D, Hollander E. Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders: a critical review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 256: 464-475.
27. Kalivas J, Kalivas L, Gilman D, *et al*. Sertraline in the treatment of neurotic excoriations and related disorders. *Arch Dermatol*; 132: 589-590, 1996.