

La piel, reflejo de las patologías psiquiátricas

El manual 'De la mente a la piel' hace hincapié en los signos que dermatólogos y psiquiatras han de observar para tratar a los pacientes.

"La piel es un reflejo de lo que ocurre en el cuerpo. Observando las uñas, el pelo y la piel del paciente pueden diagnosticarse muchas patologías. Por ejemplo, en la insuficiencia renal las uñas se ponen blancas. Un buen dermatólogo es casi un internista, o más bien, un externista", ha afirmado Aurora Guerra Tapia, a propósito de la presentación en sociedad del primer volumen de la trilogía Dermatología psiquiátrica, titulado De la mente a la piel, que ha realizado el grupo de trabajo de Dermatología Psiquiátrica de la Academia Española de Dermatología y Venereología.

"El hecho de que la mente y la piel se relacionan se evidencia fácilmente sólo con ver cómo se nos eriza el vello cuando tenemos miedo, cómo sudamos cuando estamos nerviosos, o cómo nos ponemos colorados cuando algo nos da vergüenza. Pero hay muchas enfermedades de la piel que influyen en el ánimo, y muchas patologías de la mente que influyen en la piel". En muchos casos "la necesidad de atención psíquica se presenta mediante síntomas somáticos que se localizan en la piel".

El manual, coordinado por Guerra, se centra en los trastornos que se originan en la mente y repercuten en la piel, en los que se engloban las compulsiones como la tricotilomanía. Para su diagnóstico es necesario observar las zonas afectadas -puede producirse en la cabeza, cejas, barba, axilas y pubis-. "Habitualmente el paciente acude en primer lugar al dermatólogo, y éste puede encontrarse ante un dilema diagnóstico cuando el paciente no es comunicativo o ignora la naturaleza autoinducida de su pérdida de cabello".

También se tratan las excoriaciones neuróticas, conductas complejas que se caracterizan por pellizcos repetitivos o impulsivos de la piel sana. Éstos pueden ser un síntoma de varias condiciones como el trastorno obsesivo compulsivo, de trastornos genéticos como el síndrome de Prader-Willi, o de trastornos delirantes como el de la parasitosis, en la que el paciente cree que tiene parásitos que él mismo extrae. También se incluyen las alteraciones de la imagen corporal -como la anorexia, la bulimia o la tanorexia-, "las patonimias o simulaciones de la enfermedad, en las que un paciente se lesiona aunque no es consciente de hacerlo, y el síndrome de Munchausen, en el que se simulan y reproducen fidedignamente enfermedades que se conocen previamente", bien en el mismo paciente o diferidos en una persona cercana.

En los pacientes que manifiestan la patología mental en la piel es básico no confundir el diagnóstico y aplicar un tratamiento integral. "La experiencia clínica orienta muchísimo, sólo con considerar las características del proceso, que no suelen ser típicamente cutáneas, o viceversa". Hay que tener en cuenta que los pacientes dermatológicos tienen un 20 por ciento más de alteraciones psíquicas que el resto de la población, y que los que ingresan sufren un 30 por ciento más de trastornos psiquiátricos.

Multidisciplinar

El resultado de la terapia en un tercio de los pacientes dependerá en gran medida del tratamiento de los factores emocionales. Ahí radica la importancia de un abordaje multidisciplinar, puesto que "el paciente acude al dermatólogo porque lo que siente se manifiesta como una alteración cutánea. En ocasiones debemos conducirlo al psiquiatra, o tratarle como si lo fuéramos ante la certeza de que no va a acudir a una consulta psiquiátrica".

El segundo tomo se centrará "en la piel enferma que influye en el ánimo, ya que los pacientes pueden sufrir depresión, ansiedad, o pueden crear conductas agresivas", a consecuencia de patologías como el acné, la psoriasis... "Esto también forma parte de la enfermedad, ya que en ocasiones se produce un círculo vicioso, en el que el estrés o la depresión influyen negativamente en el proceso cutáneo".

En el tercer tomo se aborda la relación entre la mente y la piel, que se manifiesta en algunos tipos de "prurito psicógeno, urticarias crónicas, vulvodinias y algunas púrpuras en las que sabemos que hay algún trasfondo metabólico o enzimático que enlaza la clínica. Queremos interesar a psiquiatras y dermatólogos y crear nuevos puntos de investigación para ir ampliando nuestros conocimientos y nuestras relaciones mutuas porque el paciente, que es nuestro objetivo, no va al psiquiatra cuando tiene algún trastorno inicial, y tampoco al revés, si tiene una psoriasis no va al psiquiatra".

Fuente: diariomedico.com