Scientific & Education Medical Journal / Vol. 3, N° 2, 2023

# Afecciones dermatológicas en el paciente psiquiátrico relacionadas al manejo farmacológico y no farmacológico

Laura Gómez Salguero[1], Francisco Javier Solano Cortés[2] Liseth Tatiana Losada Rodriguez[3] Andrés Felipe López Caballero[4] Natalia Quintero[5]

1. Laura Gómez Salguero*, Universidad Libre de Cali, Laura.gomez.salguero@gmail.com
2 Francisco Javier Solano Cortés, Universidad Nacional de Colombia, fjsolanoc@unal.edu.co
3 Liseth Tatiana Losada Rodriguez, Fundación Universitaria Ciencias de la Salud,lissethlosada@hotmail.com
4 Andrés Felipe López Caballero, Universidad Nacional de Colombia, andlopezca@unal.edu.co
5 Natalia Quintero, Universidad Santiago de Cali, nqs90@hotmail.com

**Historia del Artículo:**
Recibido: Julio 2023
Aprobado: Marzo 2024
Publicado: Abril 2024

**Palabras Clave:**
Psicodermatología, clasificación, farmacología, farmacovigilancia, psicotrópicos, medicina psico cutánea.

**Keywords:**
Psychodermatology, classification, pharmacology, pharmacovigilance, psychotropics, psychocutaneous medicine.

## Resumen

La psicodermatología es una subespecialidad compartida por dermatología y psiquiatría que explora las interacciones entre la piel y el cerebro (1). Tanto la piel como el sistema nervioso central se derivan del ectodermo durante la embriogénesis, por lo tanto, comparten una relación estrecha anatómica y funcional (2). Para muchos pacientes, las enfermedades de la piel afectan su calidad de vida y bienestar mental. Para otros, problemas psiquiátricos se muestran con signos en la piel. Este artículo abordará la clasificación de los trastornos psicodermatológicos tanto primarios como secundarios, éstos últimos frecuentemente olvidados y que hacen relación a las consecuencias psiquiátricas de los tratamientos dermatológicos, así como las consecuencias dermatológicas de los tratamientos psiquiátricos.

## Abstract

Psychodermatology is a subspecialty shared by dermatology and psychiatry that explores the interactions between the skin and the brain (1). Both the skin and the central nervous system are derived from the ectoderm during embryogenesis, thus sharing a close anatomical and functional relationship (2). For many patients, skin diseases affect their quality of life and mental well-being. For others, psychiatric problems manifest with signs on the skin. This article will address the classification of primary and secondary psychodermatological disorders, the latter often forgotten and related to the psychiatric consequences of dermatological treatments, as well as the dermatological consequences of psychiatric treatments.

*** Autor para correspondencia:**
Laura Gómez Salguero, Universidad Libre de Cali, Laura.gomez.salguero@gmail.com

**Cómo citar:**
Gómez et al. Afecciones dermatológicas en el paciente psiquiátrico relacionadas al manejo farmacológico y no farmacológico. S&EMJ. Año 2023; Vol. 14: 5-32.

## Introducción

La psicodermatología o medicina psico cutánea es una subespecialidad compartida por los campos de dermatología y psiquiatría, la cual explora las interacciones entre la piel y el cerebro. La mente y la piel comparten una estrecha relación clínica ya que tienen el mismo origen embrionario. La piel es un órgano sensorial que cumple múltiples funciones. Es nuestra primera línea de defensa contra amenazas externas, puede mostrar signos de bienestar o enfermedad y transmite cómo nos sentimos por dentro. Es por esto, que podemos explorar la mente a través de la piel. (1).

## Introduction

*Psychodermatology, or psychocutaneous medicine, is a subspecialty shared by the fields of dermatology and psychiatry that explores the interactions between the skin and the brain. The mind and the skin share a close clinical relationship as they have the same embryonic origin. The skin is a sensory organ that fulfills multiple functions. It is our first line of defense against external threats, can show signs of well-being or illness, and conveys how we feel inside. For this reason, we can explore the mind through the skin (1).*

## Objetivo

Realizar una guía de fácil entendimiento y acceso para el médico general, dermatólogo y psiquiatra, sobre las afecciones psico dermatológicas desde su diagnóstico hasta su tratamiento, así como los principales fármacos utilizados en Dermatología y Psiquiatría que pueden tener efectos secundarios en piel y viceversa.

## Objetive

*Create an easy-to-understand and accessible guide for general practitioners, dermatologists, and psychiatrists on psychodermatological conditions, from diagnosis to treatment. The guide should also include the main drugs used in dermatology and psychiatry that may have side effects on the skin and vice versa.*

## Metodología

Se realizó búsqueda de información relacionada al tema propuesto; para ello se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos *PubMed, Science direct, Scielo, Radiology Key y Google académico,* con los términos *MeSH* (*Medical Subject Headings*). De los artículos que arrojó la búsqueda, se escogieron un total de 30 artículos del año 2013 hasta la fecha, que incluían información relevante y de calidad sobre el tema propuesto. Para el análisis crítico se usó la herramienta CASPe, y se tuvo como ayuda las preguntas de las guías de casos y controles, análisis de estudios cualitativos, análisis de ensayos clínicos. Para los metaanálisis se usó la herramienta QUADAS, que facilitó identificar la exactitud diagnóstica y su relevancia clínica.

## Methodology

*A search for information related to the proposed topic was conducted; for this, a bibliographic search was carried out in the databases PubMed, Science Direct, Scielo, Radiology Key, and Google Scholar using MeSH (Medical Subject Headings) terms. From the articles yielded by the search, a total of 30 articles from 2013 to the present were selected, which included relevant and high-quality information on the proposed topic. For the critical analysis, the CASPe tool was used, along with questions from case-control guidelines, qualitative study analysis, and clinical trial analysis. For the meta-analyses, the QUADAS tool was used, which helped identify diagnostic accuracy and its clinical relevance.*

## Así en la piel como en el cerebro

## Fisiopatología

Tanto la piel (más precisamente la epidermis) como el Sistema Nervioso Central (SNC) derivan del ectodermo durante la embriogénesis. Luego en la vida, se diferencian claramente (2), (3). La inervación en la piel es muy densa. Ésta última se encuentra inervada por nervios sensoriales y por nervios parasimpáticos y simpáticos posganglionares.

Los nervios sensoriales poseen una función aferente y eferente, conducen los estímulos desde la piel hasta el SNC y tanto en piel sana o en dermatosis, secretan diferentes tipos de neurotransmisores que estimulan tejidos diana respectivamente. Los neurotransmisores liberados modulan la mayoría de funciones cutáneas, principalmente la inmune a través de su unión a receptores específicos que se encuentran en la superficie de las membranas células de la piel.(3).

Las células que componen la piel como los queratinocitos, melanocitos, fibroblastos, células endoteliales, etc. , o aquellas que provienen del sistema inmunológico como células de Langerhans, macrófagos, linfocitos, mastocitos, etc. , pueden formar el equivalente de sinapsis con éstas terminaciones nerviosas. Se entiende el término sinapsis como "zona de contacto especializada entre dos células excitables" (3). Las neuronas pueden producir neurotransmisores y factores de crecimiento neuronales que inducen efectos en las células de la piel, así como las células de la piel, especialmente las inmunes, producen citoquinas, factores de crecimiento neuronales y neurotransmisores, modulando las funciones neuronales (3). Estas interacciones muy cercanas conducen a la definición del sistema neuroinmunocutáneo (4).

Las células de la piel, ya sean de naturaleza inmunitaria o no, poseen receptores para todas las hormonas conocidas liberadas en el torrente sanguíneo por órganos específicos en respuesta a otras hormonas de origen hipofisario, bajo el control de las hormonas hipotalámicas.

Existen diferentes ejes hipotalamohipofisarios; entre los que destacan el eje corticotropo y el eje adrenótropo. Estos dos últimos se activan durante el estrés. Es así como el estrés modula la evolución de una enfermedad de la piel, ya sea a través de hormonas y neurotransmisores transportados por el flujo sanguíneo o neurotransmisores liberados directamente en la piel. Como resultado, estas sustancias pueden agravar la mayoría de dermatosis, principalmente aquellas con componente inmunológico en su fisiopatología. Como ejemplos podemos encontrar la dermatitis atópica, la psoriasis, la dermatitis seborreica, la alopecia areata, el vitíligo, herpes y, en menor proporción, el acné o melanoma. Se debe recordar además que las interleucinas 1 o 6 pueden elevarse en suero en respuesta al estrés.

El rol de trastornos psiquiátricos más complejos, como es el caso de la depresión, no es tan conocido. No obstante, se sabe que los trastornos psiquiátricos suelen tener una modificación de las concentraciones de neuro mediadores, y quizás comprenda mecanismos parecidos a los descritos durante el estrés (4).

El estrés crónico produce una cascada de citoquinas proinflamatorias innatas, a través de la activación del eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal y el sistema nervioso autónomo. Estas elevaciones de las citoquinas proinflamatorias, pueden tener efectos en el sistema nervioso central y en el bienestar psicológico. Se ha planteado que la depresión puede tener su origen en los aumentos crónicos de citoquinas proinflamatorias, que generan que el hipotálamo inicie síntomas anímicos como fatiga, anhedonia y disminución de la actividad (18).

## Eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA)

El eje HHA tiene un complejo mecanismo de retroalimentación negativo y positivo que no sólo involucra el hipotálamo, la hipófisis o la glándula suprarrenal sino también otros órganos como la piel y el timo (16). Este eje funciona como un sistema neuro endocrino-inmuno regulatorio que controla diversos procesos como la inmunidad, fertilidad y respuesta al estrés agudo y crónico, lo cual lo hace a través de diferentes péptidos o factores esteroides (16).

Inicialmente las neuronas del hipotálamo libera la hormona liberadora de corticotropina y vasopresina, las cuales actúan a nivel de la adenohipófisis para que esta produzca y libere a la sangre hormona adrenocorticotrópica (ACTH por sus siglas en inglés *adrenocorticotropic hormone* ) (16). La ACTH se produce exclusivamente a partir de la proopiomelanocortina (POMC), la cual a su vez es sintetizada principalmente en las células corticotropas y melanotropas de los lóbulos anteriores e intermedios de la hipófisis, el núcleo arcuato del hipotálamo y en menor cantidad la piel (16). Por último, la ACTH induce a la glándula suprarrenal a sintetizar y liberar corticosteroides como el cortisol (16). Estos últimos son los que controlan los procesos influenciados por el eje HHA (16). Ver figura 1.

Un modelo ratón con estrés crónico por restricción produjo hiperactividad de las neuronas que producen POMC en el núcleo arcuato del hipotálamo, lo cual se asoció con transmisión neuronal disminuida en las neuronas dopaminérgicas en el área tegmental ventral (16). Este estudio también mostró que las neuronas productoras de POMC en el núcleo arcuato influyen en el área tegmental ventral y generan un tono inhibitorio en las neuronas dopaminérgicas de esta área (16).

Lo anteriormente mencionado, sugiere que los circuitos de POMC, regulan la alimentación y el estado de ánimo en respuesta a estrés crónico, a través de la inhibición de la transmisión dopaminérgica (16). Esto puede conectar la POMC con enfermedades neurológicas y psiquiátricas, algunas de las cuales pueden estar relacionadas a enfermedades de la piel (16).

## Psicopatología

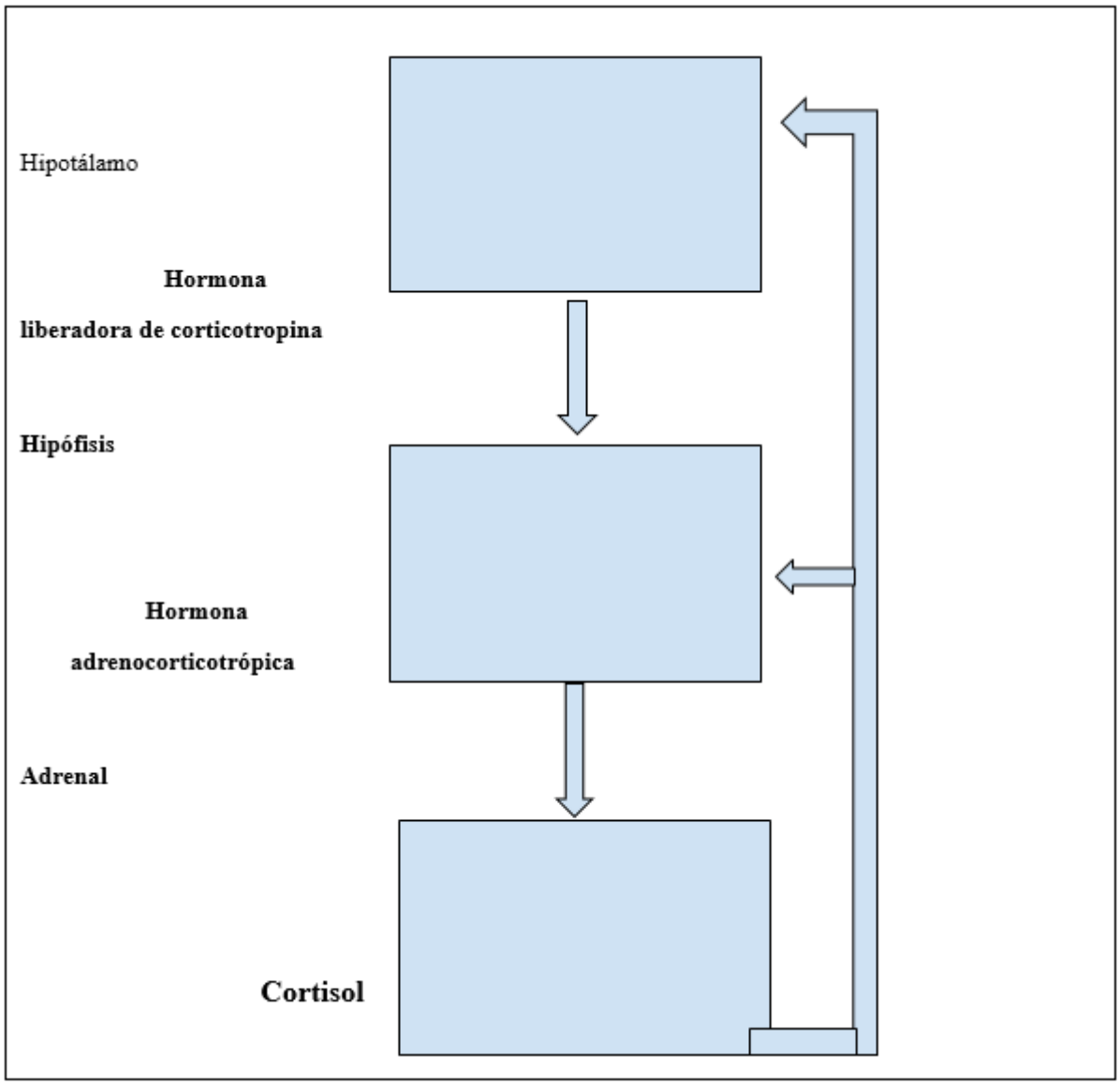
La piel juega un papel primordial en el desarrollo de la persona y el lugar que ocupa en la vida psíquica (4). "La piel puede verse e incluso mostrarse. Expresa, revela, traiciona las emociones, los sentimientos. A través de las cicatrices, las arrugas, refleja la historia de la persona. También es testigo de la identidad del individuo, en particular de su identidad sexual: cabello, pelo, etc. Es un órgano de seducción"(4). Además, la piel es el órgano del tacto, que es el medio de comunicación más elemental y tiene lugar en la relación madre e hijo. Es así como la piel es un pilar fundamental en la estructuración de la persona (4).

## Clasificación

Se han establecido varias clasificaciones para estructurar los tipos de vínculos entre las enfermedades dermatológicas y los trastornos psicológicos (4). Sin embargo, no existe una clasificación globalmente aceptada en psicodermatología, lo cual genera confusión y dificultad en el abordaje y tratamiento de estos desórdenes (5). Las clasificaciones descritas en la literatura no abordan las consecuencias psiquiátricas del tratamiento dermatológico ni tampoco las consecuencias dermatológicas de los tratamientos psiquiátricos (5).

De igual manera los síndromes disestésicos no

**Figura 1.** Eje hipotálamo - hipófisis-adrenal. El cortisol ejerce una retroalimentación negativa a nivel de hipotálamo e hipófisis, lo cual limita la liberación tanto de la hormona liberadora de corticotropina como la hormona adrenocorticotrópica. Esto último lleva a la activación del eje HPA nuevamente completando el ciclo.




**Fuente:** Tomado de Millington GWM, Palmer HE. Proopiomelanocortin (POMC) and Psychodermatology. *Skin Health Dis* [Internet]. 2023 [citado el 15 de junio de 2023];3(3): e201. Published 2023 Apr 7. doi:10.1002/ski2.201. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37275429/

se encuentran encasilladas en un claro grupo, en algunas ocasiones clasificándose como un trastorno psiquiátrico que se presenta con cambios o enfermedad en la piel y en otras como un desorden misceláneo, lo cual puede sobre psicologizar estas patologías, así como no permitir un adecuado abordaje y tratamiento de estos desórdenes (5). Es por lo anterior expuesto que se puede adoptar una terminología y clasificación que abarque y describa claramente las diferentes naturalezas y matices de la psicodermatología (5).

## Terminología

Con respecto a la terminología utilizaremos la palabra "desorden o trastorno", "enfermedad" y "dolencia" para referirnos a conceptos diferentes que han sido propuestos en la literatura (5).

Emplearemos el término "desorden o trastorno" para hablar de psicodermatología ya que este término representa la fisiopatología aplicada a la psicodermatología (5). De este modo el concepto de "desorden psicodermatológico" abarca las enfermedades de la piel o los síntomas cutáneos que tienen una etiopatogénesis que implica una alteración del funcionamiento psicológico (5).

Por otra parte, "enfermedad" se referirá a aquello que se puede diagnosticar de manera objetiva o que es visible, que posee un manejo estandarizado y que tiene un mecanismo biomédico conocido (5).

Finalmente, "dolencia" implica un concepto más

amplio, se centra en lo que es menos visible, es decir la experiencia subjetiva de tener una enfermedad o aquello considerado como síntomas menores que pueden ser valorados objetivamente (5). Ver tabla 1

## Clasificación de trastornos psicodermatológicos

### En cuanto a terminología

Este tipo de desórdenes puede ser clasificado en tres grupos principales (5):

*Enfermedad primaria: cuando existe una dermatosis primaria (5).
*Dolencia primaria: cuando existen síntomas cutáneos ***sin*** una dermatosis primaria. Estos síntomas en la piel pueden estar acompañados o no de lesiones secundarias autoinfligidas (ej. excoriaciones) (5).
¨*Desorden o trastorno secundario: incluye enfermedades de la piel, síntomas cutáneos o dolencia mental que se encuentren relacionados con factores exógenos (reacciones a medicamentos psiquiátricos y dermatológicos) (5).

Con respecto al mecanismo psicofisiológico (etiopatogénesis) de éstos tres grupos se distinguen los siguientes (5). Se encuentran enumerados de acuerdo al grupo perteneciente. Ver tabla 2.
El estrés psicológico, un mecanismo psicológico y/o la psicopatología pueden producir y empeorar las dermatosis primarias (5).
La psicopatología, características psicológicas y/o un mecanismo neuropático. En éstas existe un papel significativo del estrés y son responsables de la coexistencia de lesiones en piel y sus lesiones secundarias (5)
Medicamentos formulados en psiquiatría con consecuencias dermatológicas o medicamentos formulados en dermatología con consecuencias psiquiátricas (5).

## Concepto de somatización

"Se define somatización como un síntoma que resulta de un trastorno psicológico subyacente, angustia o trauma temprano en la vida" (6). En otras palabras, son los síntomas corporales que se experimentan sin tener una causa orgánica (6).

La somatización puede deberse a trauma psicológico y/o negligencia durante los primeros años de vida (6). Los síntomas se presentan más comúnmente en mujeres (6) e involucran principalmente cara, cuero cabelludo y áreas perineales (6). Desde un punto de vista dermatológico no tienen explicación médica (6). Pueden existir con o sin una enfermedad dermatológica y no sólo involucrar la piel, en realidad se puede ver como dolores de cabeza, síntomas gastrointestinales y dolor de espalda (6). En la tabla 3 se nombran los principales síntomas somáticos que se presentan en la piel.

## Enfermedades psico dermatológicas primarias

### Psoriasis

La psoriasis se puede definir como un trastorno crónico inflamatorio que se presenta como placas descamativas, anulares y bien definidas acompañadas o no por prurito. Estas lesiones son el resultado de una hiperplasia de la epidermis y un tiempo de migración enlentecido de los queratinocitos hacia el estrato córneo (7).

Las comorbilidades psiquiátricas que se encuentran más relacionadas con la psoriasis son los trastornos depresivos y ansiosos, ideación suicida, trastornos del ánimo y trastornos de la personalidad como la pasivo-agresiva, obsesivo-compulsiva, esquizoide y la evitativa (6), (7).
Se ha demostrado que los pacientes que padecen de psoriasis tienen niveles aumentados de hipocondriasis e histeria (6). Las experiencias estresantes en la vida,

**Tabla 1.** Terminología empleada en psicodermatología

| Concepto | Descripción |
|---|---|
| Desorden o trastorno | Enfermedades de la piel o síntomas cutáneos secundarios a alteración del funcionamiento psicológico |
| Enfermedad | Entidad que se puede diagnosticar objetivamente (visible) y tratar estandarizadamente. |
| Dolencia | Concepto mucho más amplio. Puede abarcar:<br>Experiencia subjetiva de tener una enfermedad<br>Síntomas que por evaluación objetiva son considerados menores. |

**Fuente:** Elaboración propia

**Tabla 2.** Sistema de clasificación de trastornos psico dermatológicos

| Grupo | Descripción | Etiopatogénesis | Ejemplos |
|---|---|---|---|
| A<br>Enfermedad psicodermatologica primaria | Dermatosis primaria existente | Estrés psicológico, mecanismo psicológico y/o psicopatología ( las producen y las empeoran) | Alopecia Areata<br>Dermatitis atópica<br>Urticaria espontánea crónica<br><br>Psoriasis<br>Vitiligo |
| B<br>Dolencia psicodermatologica primaria | Lesiones cutáneas sin dermatosis primaria | Psicopatología, características psicológicas y/o un mecanismo neuropático.El estrés juega un papel clave. | Trastorno corporal dismórfico<br>Infestación delirante<br>Disestesias ( ej. Síndrome de la boca ardiente, vulvodinia)<br>Prurito psicógeno<br>Lesiones cutáneas autoinflingidas |
| C<br>Trastorno psicodermatológico secundario | Enfermedades de la piel, síntomas cutáneos o dolencia mental vinculadas a medicamentos psiquiátricos y dermatológicos | Reacción a medicamentos empleados en psiquiatría y dermatología | Enfermedad dermatológica secundaria relacionada a medicamentos psiquiátricos<br><br>Acné: litio<br>Alopecia: Carbamazepina; Fluoxetina; Litio; Ácido Valproico<br>Fotosensibilidad: antipsicóticos, antidepresivos tricíclicos<br>Pigmentación en piel: clozapina<br>Síndrome de Stevens-Johnson y necrolisis epidérmica: carbamazepina; lamotrigina<br>Dolencia psiquiátrica secundaria relacionada a medicamentos utilizados en dermatología<br>Despersonalización: minociclina<br>Trastornos del ánimo: isotretinoína; metotrexate, esteroides sistémicos<br>Psicosis: dapsona; hidroxicloroquina<br>Sedación y mareo: antihistamínicos |

**Fuente:** Adaptado de Ferreira BR, Jafferany M. Clasificación of psychodermatological disorders. J Cosmet Dermatol [Internet]. 2021 [citado el 15 de junio de 2023]; 20(6):1622-1624. doi:10.1111/jocd.14112. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33783948/

**Tabla 3.** Lista de algunos síntomas cutáneos somáticos

| |
|---|
| Prurito |
| Dolor |
| Sensación quemante |
| Entumecimiento |
| Sensibilidad |
| Manchas |
| Parestesias |
| Púrpura inexplicada |

**Fuente:** Tomado de Millington GWM, Shobajo MT, Wall J, Jafferany M. Somatization in dermatology. Skin Health Dis [Internet]. 2022 [citado el 15 de junio de 2023];2(4):e164. Published 2022 Sep 29. doi:10.1002/ski2.164. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9720197/

**Tabla 4** Enfermedades dermatológicas que pueden mostrar síntomas somáticos

| |
|---|
| Psoriasis y artritis psoriásica |
| Prurito |
| Prurigo nodular |
| Vulvodinia |
| Disestesia genital masculina |
| Síndrome de la boca ardiente |
| Urticaria y angioedema? |
| Dermatitis atópica |

**Fuente:** Tomado de Millington GWM, Shobajo MT, Wall J, Jafferany M. Somatization in dermatology. Skin Health Dis [Internet]. 2022 [citado el 15 de junio de 2023];2(4):e164. Published 2022 Sep 29. doi:10.1002/ski2.164. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9720197/

la falta de apoyo social y el no control del apego podrían explicar la somatización en los pacientes con psoriasis (6).

Entre mayor nivel de somatización, mayor compromiso de piel por psoriasis y un mayor aumento en los puntajes índices de gravedad (6). De hecho, cuando hay compromiso de la cara, mano o genitales y se trata particularmente de casos en mujeres, se puede tratar de una somatización por la incapacidad de expresar las propias emociones (alexitimia) (6).

Es importante mencionar que tampoco se puede tratar todo como un resultado de la somatización. Es el caso de la artritis psoriásica, cuyos pacientes al inicio de la enfermedad presentan síntomas inespecíficos junto con problemas psicosociales, que al suponer una somatización puede retrasar el diagnóstico y tratamiento oportuno, así como afectar psicológicamente a los pacientes (6).

Un tratamiento desde el punto de vista psicoterapéutico podría incluir psicoterapia, terapias coadyuvantes como la meditación, mindfulness, yoga, ejercicios aeróbicos, hipnosis y en algunos casos drogas psicotrópicas dependiendo de la condición tratada (7).

## Dermatitis atópica

También conocida como dermatitis eccematosa o eczema atópico. Es una enfermedad crónica inflamatoria de la piel, multimodal y compleja (7). En ella existe una disrupción de la barrera epidérmica secundaria a predisposición genética, alteración del microbiota y una alteración del sistema inmune (7). Esto último genera las manifestaciones clínicas características de la entidad como lo son el prurito, inflamación y xerosis, entre otras (7).

Existe una relación bidireccional con los trastornos del ánimo y la dermatitis atópica. La ansiedad y la depresión es común en los pacientes afectados por ésta patología (7) y estos estados de depresión y ansiedad pueden amplificar la percepción de prurito y provocar una conducta de rascado (7).

El tratamiento temprano de las lesiones clínicas podría reducir la probabilidad de aparición de lesiones psiquiátricas (6). La reducción del estrés puede disminuir el prurito y romper el ciclo de prurito-rascado (7). Dentro del tratamiento psicoterapéutico ***no*** farmacológico se encuentra la psicoterapia ya sea terapia cognitivo conductual o breve dinámica, terapias complementarias como el yoga, mindfulness, meditación, llevar un diario ( *journaling)*, técnicas de relajación, hipnosis y acupuntura (7). Se puede considerar también el uso de drogas psicotrópicas (7).

La educación del paciente y el entendimiento de la enfermedad por parte de la persona afectada es fundamental para tener unos mejores resultados terapéuticos (7). Se debe enfatizar en una adecuada hidratación de la piel y evitar el contacto con irritantes (7). Cuando existe un compromiso extenso de la piel se puede necesitar el uso de biológicos (7). En todo caso, el tratamiento farmacológico debe asociarse con terapias que ayuden a disminuir el estrés y una adecuada adherencia a emolientes tópicos (7).

## Vitiligo

El vitiligo es un trastorno dermatológico que se caracteriza clínicamente por parches difusos de piel sin pigmento (7). En cuanto a su etiología a menudo es idiopático, aunque se considera tanto un trastorno genético como autoinmune (7). Esta entidad es el resultado de una combinación de defectos en las células productoras de melanina junto con un microambiente alto en estrés oxidativo que produce una destrucción local de los melanocitos (7).

Las comorbilidades psiquiátricas que más comúnmente acompañan al vitiligo son los trastornos depresivos y ansiosos, de éstos últimos especialmente la fobia social y el trastorno de pánico (7).

El tratamiento no farmacológico puede incluir psicoterapia o terapias complementarias como el yoga, meditación, *mindfulness*, ejercicios aeróbicos, hipnosis, acupuntura, *journaling* y técnicas de relajación (7).

## Alopecia areata

La alopecia areata es una entidad autoinmune en donde el crecimiento de los folículos pilosos se inhibe por una respuesta inflamatoria, lo cual produce ataques de pérdida de cabello. Clínicamente se observan parches sin pelo bien definidos en las partes del cuerpo con pelo, principalmente el cuero cabelludo (7).

Dentro de las comorbilidades psiquiátricas que comúnmente se encuentran asociadas a este trastorno se encuentran los trastornos de ansiedad y depresión, trastornos de déficit de atención e hiperactividad, trastornos obsesivos compulsivos y el trastorno de adaptación (7).

El tratamiento incluye el manejo de cualquier comorbilidad psiquiátrica subyacente, así como de las patologías mentales que se puedan derivar de la misma alopecia areata (7). Se debe recuperar la propia imagen y confianza (7).

**Imagen 1.** Manifestaciones clínicas de la psoriasis**.** Las placas típicas eritematosas con escamas plateadas **(A)** pueden estar dispersadas (**B**, psoriasis anular) y cubrir grandes áreas de piel (C**,** psoriasis geográfica) o afectar a la totalidad de la superficie corporal (D**,** eritrodermia psoriásica). La afectación del cuero cabelludo puede estar acompañada de alopecia no cicatrizante **(E).** La artritis psoriásica afecta hasta el 30% de todos los pacientes (F**,** articulación interfalángica del pulgar). Los cambios ungueales son frecuentes y van desde un punteado hasta una decoloración amarillenta o marrón (G**)** o a una distrofia completa **(H).** La psoriasis inversa afecta a las regiones del intertrigo y está normalmente desprovista de escamas **(I).** La psoriasis pustulosa puede producirse como una forma generalizada (J y **K)** o localizada (L**,** tipo palmoplantar y **M,** tipo acrodermatitis continua supurativa). En niños, el inicio de la psoriasis en gotas puede ir precedido de una infección estreptocócica del tracto respiratorio superior **(N)** y afectar a cualquier parte del cuerpo **(O-Q).**
**Fuente:** (De Boehncke WH, Schön MP: Psoriasis. *Lancet* 386:983-992, 2015. Fig. 1, p. 984.)

**Fuente:** Tomado de Bender NR , Chiu YE. Enfermedades de la epidermis. En: Kliegman, RM, Blum NJ, Shah SS, et al, editor. Nelson. Tratado de pediatría. España:21 ed. Elsevier;2020 [ acceso 28 Julio 2023] . p. 3501-3503. Disponible en: https://www-clinicalkey-com.sibulgem.unilibre.edu.co/student/content/book/3-s2.0-B9788491136842006762#3-s2.0-B9788491136842006762-f676-93-9788491136842

Al igual que en las anteriores dermatosis, el tratamiento puede incluir la psicoterapia junto con las demás terapias complementarias mencionadas, de hecho, las terapias para reducir el estrés pueden ayudar al paciente mientras se implementan las terapias farmacológicas (7).

## *Dolencias* psicodermatológicas primarias

### Trastorno corporal dismórfico (TCD)

Se conoce también como dismorfofobia (7). El trastorno corporal dismórfico se encuentra clasificado en el DSM-5 bajo la clasificación de los trastornos obsesivos-compulsivos y relacionados (7). Se considera un trastorno psiquiátrico crónico (7). En este trastorno el paciente imagina o magnifica defectos que se consideran insignificantes o no son aparentes para otros (7). Lo anterior genera angustia y afecta el funcionamiento de la persona (7).

En cuanto a la fisiopatología se cree que déficits en el procesamiento facial relacionado a la activación excesiva de la corteza dorsal cingulada que se activa en respuesta al procesamiento de errores y la lateralización hemisférica izquierda transmiten información detallada y analítica en excesiva cantidad (7).

La atención centrada en el detalle excesivo y la incapacidad relativa para poder observar la formación configuracional del cuerpo o cara conlleva

**Imagen 2.** Aspecto clínico típico y ubicaciones de la dermatitis atópica a diferentes edades.
**Fila superior:** en los lactantes, la dermatitis atópica es generalmente aguda, con lesiones principalmente en la cara y las superficies de extensión de las extremidades. El tronco puede verse afectado, pero el área del pañal generalmente se salva
**. Fila central:** a partir de los 1-2 años, se observan manifestaciones polimorfas con diferentes tipos de lesiones cutáneas, particularmente en los pliegues de flexión.
**Fila inferior:** los adolescentes y los adultos a menudo presentan placas liquenificadas y excoriadas en las flexiones, muñecas, tobillos y párpados; en cabeza y cuello, están involucrados la parte superior del tronco, los hombros y el cuero cabelludo. Los adultos pueden tener solo eczema crónico de la mano o presentar lesiones similares al prurigo. (De Weidinger S, Novak N: Atopic dermatitis, *Lancet* 387:1111, 2016.)

**Fuente:** Tomado de Leung DYM, Sicherer SH . Enfermedades de la epidermis. En: Kliegman, RM, Blum NJ, Shah SS, et al, editor. Nelson. Tratado de pediatría. España:21 ed. Elsevier;2020 [ acceso 28 Julio 2023] . p. 1209-1217. Disponible en: https://www-clinicalkey-com.sibulgem.unilibre.edu.co/student/content/book/3-s2.0-B9788491136842006762#3-s2.0-B9788491136842006762-f676-93-9788491136842

a estar consciente, pero de una manera excesiva de las imperfecciones del cuerpo (7).

El dermatólogo debe construir una adecuada relación con su paciente antes de empezar a tratar al paciente con TCD (7) ya que los procedimientos médicos y quirúrgicos casi nunca son exitosos (7) y sugerir un tratamiento psiquiátrico antes de establecer una adecuada relación médico-paciente puede ser perjudicial en la atención médica (7).

Por lo tanto, si el dermatólogo se siente cómodo puede usar antidepresivos o remitir el paciente a un profesional de la salud mental que ofrezca un tratamiento más completo (7).

El TCD se puede encontrar junto con otras condiciones psiquiátricas como los trastornos depresivos y ansiosos, en particular la fobia social, trastornos psicóticos, trastornos obsesivos-compulsivos, trastornos de uso de sustancias, trastorno de personalidad evitativa y trastornos de déficit de atención/hiperactividad (7). Al ser trastornos frecuentemente asociados a TCD, también se deben tratar adecuadamente (7). Se pueden emplear drogas psicotrópicas (7). Además, la psicoterapia, como por ejemplo la terapia cognitiva conductual (TCC) puede ser de mucha ayuda (7).

### 5.2 Infestación delirante (ID)

Se conoce también como delirios de parasitosis, parasitofobia o morgellons (7). Se encuentra clasificada como un trastorno delirante en el DSM-5 (7).

La ID es un trastorno psiquiátrico delirante que se distingue por la ilusión de parásitos que se encuentran incrustados en la piel (7). Esta idea lleva al paciente a pellizcarse compulsivamente la piel para calmar el área o remover el parásito (7).

En la consulta se puede observar en el paciente lesiones autoinfligidas característicamente en áreas que son accesibles para el paciente, incluso pueden llegar con un raspado de la piel que creen que contiene el parásito (7).

La ID puede ser primaria o secundaria (7). Se considera primaria cuando el paciente tiene el delirio de estar infestado por parásitos y no presenta ningún otro trastorno orgánico o psiquiátrico. La ID secundaria puede tener como causa otras condiciones, ya sean psiquiátricas o enfermedades orgánicas (7).

Se considera un diagnóstico de exclusión (7). El

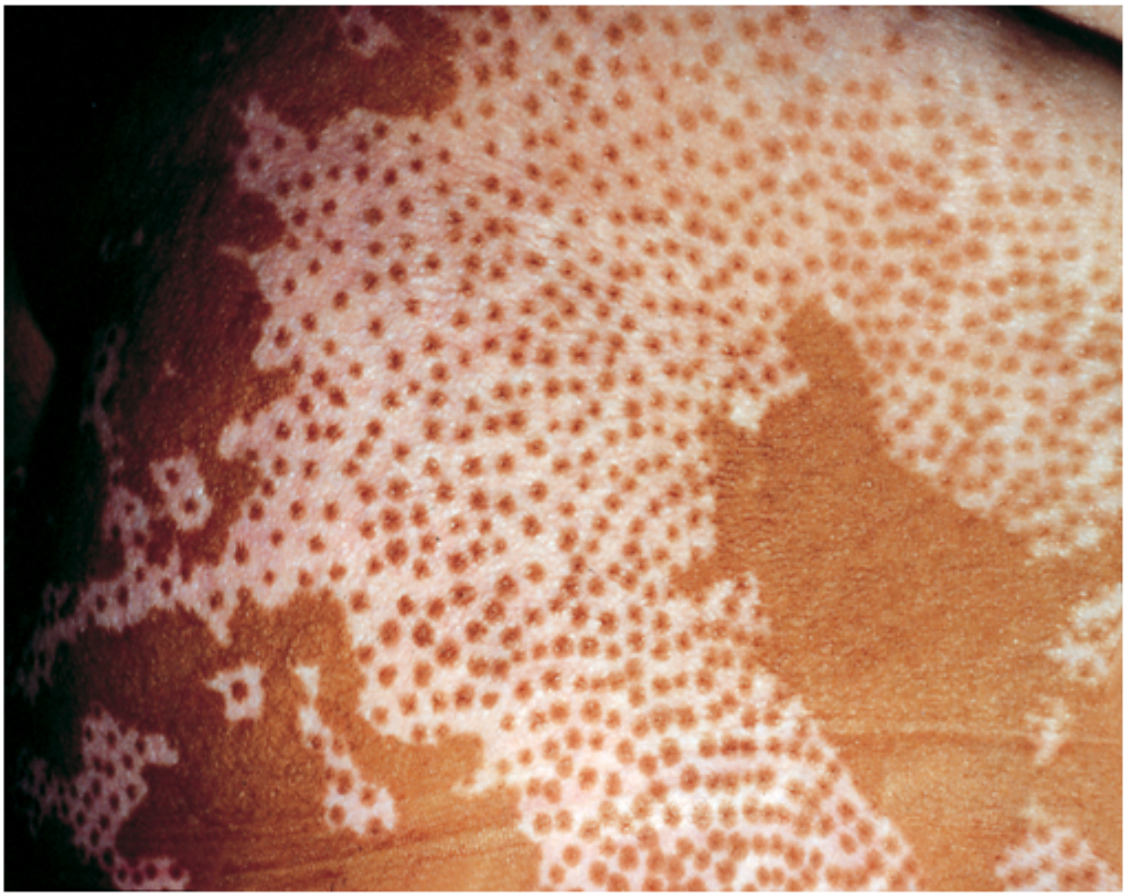
**Imagen 3.** Vitíligo

**Fuente:** Tomado de Ribera Pibernat M.Alteraciones de la pigmentación.En:Bielsa Marsol, I, directora. Ferrándiz. Dermatología clínica. España:5 ed. Elsevier;2019 [ acceso 28 Julio 2023 ] . p 222-232. Disponible en: https://www-clinicalkey-com.sibulgem.unilibre.edu.co/student/content/book/3-s2.0-B9788491132646000217

**Imagen 4.** Poliosis o blanqueamiento del pelo de la ceja y las pestañas secundaria a vitíligo.

F**uente:** Tomado de Ribera Pibernat M.*Alteraciones de la pigmentación.*En:Bielsa Marsol, I, directora. Ferrándiz. Dermatología clínica. España:5 ed. Elsevier;2019 [ acceso 28 Julio 2023] . p 222-232. Disponible en: https://www-clinicalkey-com.sibulgem.unilibre.edu.co/student/content/book/3-s2.0-B9788491132646000217

**Imagen 5.** Inicio de repigmentación en una placa de vitíligo tras tratamiento con PUVA



**Fuente:** Tomado de Ribera Pibernat M.*Alteraciones de la pigmentación.*En:Bielsa Marsol, I, directora. Ferrándiz. Dermatología clínica. España:5 ed. Elsevier;2019 [ acceso 28 Julio 2023] . p 222-232. Disponible en: https://www-clinicalkey-com.sibulgem.unilibre.edu.co/student/content/book/3-s2.0-B9788491132646000217

**Imagen 6. Alopecia *areata:* pérdida de pelo parcheada.** El área alopécica no tiene pelos y el cuero cabelludo no presenta cambios inflamatorios. Obsérvese el adelgazamiento difuso del cuero cabelludo alrededor del parche.

**Fuente:** Tomado de Tosti A. *Enfermedades del pelo y las uñas.* En: Goldman L, Schafer AI, directores. Goldman-Cecil. Tratado de medicina interna. España:26 ed. Elsevier;2021[ acceso 28 Julio 2023. ] p. 2657-2666. Disponible en: https://www-clinicalkey-com.sibulgem.unilibre.edu.co/student/content/book/3-s2.0-B9788491137658004136#3-s2.0-B9788491137658004136-f413-123-9788491137658

dermatólogo debe descartar la presencia real de parásitos en la piel (7). En caso de no encontrarse ninguno, se debe proceder a descartar alguna causa médica orgánica de su sintomatología (7).

Para lo anterior, se realizan paraclínicos en búsqueda de hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12, neuropatía, diabetes mellitus, infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), tuberculosis, lepra y sífilis (7). Se debe buscar además otras causas de ID como otros trastornos psiquiátricos, particularmente la esquizofrenia; causas neurológicas de ID como la esclerosis múltiple, ataque cerebrovascular, abuso de cocaína o anfetaminas, abstinencia de alcohol o en su defecto un efecto adverso de algún medicamento (7).

## Disestesias

### Síndrome de la boca ardiente

También conocida como glosodinia (7). Se caracteriza por una sensación quemante en la lengua sin trauma físico asociado, lesiones visibles u otra causa oral aparente que la genere (7). Se puede presentar junto con síntomas como boca seca, mal aliento o percepción alterada del gusto (7).

En cuanto a la fisiopatología se cree que este síndrome es secundario a una división hipoactiva de la cuerda del tímpano del nervio trigémino resultado de un trauma o un proceso degenerativo (7). Existe una sensibilización central secundaria a una conectividad cortical alterada que viene de las señales aferentes del nervio trigémino (7). Esta sensibilización es responsable de la sensación quemante que presentan los pacientes (7).

También pueden contribuir a este trastorno alteraciones en el balance hormonal, desregulación del eje hipotálamo- hipófisis y factores psicogénicos como la ansiedad generalizada crónica (7).

### Vulvodinia

La Vulvodinia tiene como característica el dolor crónico (3 meses) que se presenta en los genitales externos femeninos que no tiene una causa clara (7). Puede deberse a lesión nerviosa periférica no identificable o sensibilización central de la zona que hiperactivan las fibras nociceptivas y sensación de dolor (7). Ocurre frecuentemente en pacientes con historia de abuso sexual (7).

La Vulvodinia se encuentra altamente relacionada con enfermedades psiquiátricas y condiciones crónicas de dolor (7).

## Prurito psicógeno

El prurito se define como la sensación de picazón cutánea (7). Puede ser espontáneo, crónico o recidivante, sistémico o localizado, así como también tener causas primarias o secundarias (7).

El prurito puede ser de naturaleza neuropática, neurogénico, psicogénico, integumentario o mixto (7). La histamina, serotonina, liberación de quinina, endocannabinoides, las prostaglandinas y la activación de las fibras aferentes C son mediadores de la sensación de prurito (7).

## Tricotilomanía

De acuerdo al DSM-5 la tricotilomanía se define como el arranque continuo del cabello con pérdida del pelo, a pesar de un esfuerzo para disminuir o parar este comportamiento (10). Este comportamiento no se puede explicar por otro trastorno mental, uso de sustancias u otra condición médica (10). El paciente por lo general siente tensión antes de arrancarse el pelo, alivio o gratificación durante el acto, y arrepentimiento o autodesprecio luego del acto (10). La tricotilomanía se encuentra dentro de los trastornos de conducta repetitiva enfocados en el cuerpo (10). En este último, la persona no puede resistirse al deseo o necesidad que puede ser dañino para otras personas (10). Al examen físico se observa un paciente con pérdida del pelo en parches, pelos visiblemente rotos y áreas de recrecimiento simultáneamente (10).

## Trastorno de excoriación

De acuerdo al DSM-5, este trastorno se define como un rascado recurrente de la piel que generan lesiones a pesar de un esfuerzo para disminuir o parar este comportamiento (10). Este trastorno causa malestar o deterioro del funcionamiento y no se puede explicar por otro trastorno mental, uso de sustancias, u otra condición médica (10). Los pacientes usualmente tienen como objetivo lesiones benignas existentes como los folículos pilosos, comedones o queratosis seborreicas (10). El paciente siente alivio de la tensión o sensación de gratificación al apretar, rascar o pellizcar la piel con las manos o pinzas (10). Al examen físico, se paciente se puede presentar con múltiples lesiones, algunas de ellas pueden complicarse con celulitis, cicatrices o desfiguración permanente (10).

Este trastorno se incluye dentro de los trastornos repetitivos del comportamiento enfocados en el cuerpo (10).

## Onicofagia

La onicofagia se refiere al hábito de morderse las uñas crónicamente (10). Por otro lado, la onicotilomania se define como el deseo irresistible de pellizcar, halar o lastimar las uñas con un daño autoinflingido repetitivo a la uña o al lecho ungueal (5). Al igual que las últimas dos dolencias, la onicofagia y la onicotilomania se encuentran categorizadas como trastornos repetitivos del comportamiento enfocados en el cuerpo (10).

## Evaluación

El especialista en piel debe procurar cubrir al momento de la evaluación todos los aspectos relacionados con la historia psico cutánea y realizar un examen mental (17). Durante la evaluación del paciente en el consultorio, se puede hacer percibir al paciente que las enfermedades en piel tienen un impacto significativo en el bienestar psicosocial de la persona y así se puede lograr gentilmente una respuesta positiva para llevar a cabo una evaluación psiquiátrica más detallada y al final estructurar un plan de manejo (17).

En esta evaluación el dermatólogo debe estar alerta e incluir 3 tipos de riesgos: 1. riesgo de suicidio o autoagresión; 2. riesgo hacia otros, incluido personal clínico y familia; y 3. riesgo de abuso o negligencia a niño o adulto vulnerable (17).

## Tratamiento de las enfermedades psico dermatológicas primarias y dolencias psicodermatologicas primarias

El tratamiento ideal de las enfermedades y dolencias psico dermatológicas primarias debería incluir un manejo tanto farmacológico como psicoterapéutico (9). La mayoría de pacientes con enfermedades y dolencias psico cutáneas, se rehúsan a recibir manejo por parte de psiquiatría (9). Es por esto que los dermatólogos usualmente son los primeros y únicos especialistas en ver estos pacientes (10). Por lo expuesto previamente, construir una alianza terapéutica fuerte con el paciente es de vital importancia en el manejo de estas patologías (9).

El acercamiento del dermatólogo hacia el paciente debe ser empático y directo para obtener información psiquiátrica relevante, identificar factores psicosociales y comorbilidades psiquiátricas (9). El dermatólogo también debe exponer claramente la relación que existe entre la piel y la mente (9). Es en este contexto de un acercamiento con sensibilidad, que una remisión a psiquiatría puede ser exitosa (9). En la gran mayoría de casos, ya que el paciente no desea recibir intervención por la especialidad de psiquiatría, el dermatólogo debe apoyar al paciente sin juzgarlo y formular los medicamentos psicotrópicos indicados (9), además debe seguir alentado al paciente a recibir evaluación psiquiátrica como un manejo coadyuvante al tratamiento (9).

**Imagen 7.** Tricotilomanía: pérdida de cabello parcheada. Áreas irregulares de alopecia con cabellos rotos de distinta longitud.

**Fuente:** Tosti A. *Enfermedades del pelo y las uñas.* En:Goldman L, Schafer AI, directores.Goldman-Cecil. Tratado de medicina interna. España:26 ed.Elsevier;2021[ acceso 28 Julio 2023.] p. 2657-2666. Disponible en: https://www-clinicalkey-com.sibulgem.unilibre.edu.co/student/content/book/3-s2.0-B9788491137658004136#3-s2.0-B9788491137658004136-f413-125-9788491137658

De acuerdo con lo antes señalado, el dermatólogo debe conocer las indicaciones, posología y efectos adversos de los psicofármacos más utilizados.

## Tratamiento farmacológico - farmacoterapia

### Antidepresivos Generalidades

Se encuentran aprobados para el tratamiento de la depresión y variantes de ansiedad incluyendo, trastorno de pánico y trastorno de estrés postraumáticos (9). Al

**Tabla 5.** Examen de estado mental

| |
|---|
| Apariencia y comportamiento |
| Discurso |
| Ánimo; subjetivo y objetivo |
| Pensamiento: forma y contenido |
| Percepción ( p. ej alucinaciones visuales, auditivas, olfatoria) |
| Evaluación cognitiva, incluyendo orientación, atención y concentración, registro, memoria a corto plazo, memoria reciente, memoria remota, inteligencia, abstracción |
| Introspección |

**Fuente:** Marshall C, Taylor R, Bewley A. Psychodermatology in Clinical Practice: Main Principles. Acta Derm Venereol [Internet]. 2016 [citado el 15 de junio de 2023];96(217):30-34. doi:10.2340/00015555-2370. Disponible en: *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27283859/*

momento de formularlos, se debe iniciar con una dosis baja (la mitad de la mínima dosis efectiva e incrementar lentamente la dosis cada 14 días) (9). Iniciar con una dosis alta no acelera el efecto del medicamento, sino que por el contrario aumenta la probabilidad que el paciente experimente los efectos secundarios del mismo (9). Se debe tener presente que el efecto de todos los antidepresivos, independientemente de su clase, se ve aproximadamente a las 4 a 6 semanas de iniciado el medicamento a una dosis terapéutica (9). Se debe hacer una revaluación del paciente a las 6 semanas (9). Si en ese momento el paciente no presentó mejoría o el medicamento no fue tolerado, se debe suspender el medicamento e iniciar uno diferente (9). Si, por el contrario, hubo mejoría, pero ésta fue parcial, lo mejor es subir la dosis (9). Es importante saber que ningún antidepresivo tiene una indicación para una condición psicocutánea específica (9). El tratamiento se debe continuar por al menos seis meses después de haber alcanzado una dosis terapéutica (9). Los antidepresivos no se deben suspender abruptamente o disminuir la dosis demasiado rápido, ya que, aunque esta clase de medicamentos no generan dependencia, si en la práctica médica se realiza lo antes mencionado el paciente puede presentar síntomas de discontinuación que abarcan desde el insomnio hasta síntomas similares a un resfriado (9). Cuando se inicia un antidepresivo de cualquier clase en una persona menor de 25 años se debe hacer una vigilancia cuidadosa del paciente puesto que el uso de antidepresivos en este grupo de pacientes se encuentra relacionado con pensamiento suicidas e intentos de suicidio más no se completa el suicidio (9).

## Psicoterapia

## *Trastornos* psicodermatológicos secundarios

## Enfermedad dermatológica secundaria relacionada a medicamentos psiquiátricos

### Generalidades

Una droga psicotrópica es una sustancia química que produce cambios bioquímicos y fisiológicos a nivel cerebral, independientemente de su capacidad de inducir fenómenos de dependencia o su posible toxicidad (11).

Una reacción adversa cutánea a un medicamento se puede definir como "cualquier cambio no deseado en la estructura o función de la piel, sus apéndices, o membranas mucosas" (8). Las Reacciones Adversas Medicamentosas (RAM) son frecuentes y se pueden encontrar hasta en el 10% de los pacientes que toman un medicamento (12). Las reacciones medicamentosas ocurren más frecuentemente en la piel (8) y pueden ser potencialmente mortales. Casi cualquier medicamento puede producir lesiones en la piel (13). Los medicamentos psicotrópicos han mostrado ser una de las clases de drogas más frecuentemente reportadas en generar una reacción adversa, tanto en hombres como mujeres (12).

En un estudio algunos factores de riesgo importantes para presentar reacciones adversas medicamentosas en piel fueron el sexo femenino, principalmente en edad fértil y el uso de medicamentos como la maprotilina, carbamazepina, lamotrigina y el clometiazol (24).

Las RAM se pueden clasificar en tipo A y B de acuerdo a su mecanismo (8). Las tipo A se deben a los efectos farmacológicos del medicamento o a sus efectos tóxicos (8). Este tipo de reacciones son las más frecuentes, y se caracterizan por ser predecibles, dosis dependiente y reproducibles (8). Estas reacciones se pueden presentar en cualquier persona que tome el medicamento y son consistentes de persona a persona (8). Ejemplos de RAM tipo A incluyen reacciones de fototoxicidad, efectos anticolinérgicos y extrapiramidales (8).

Por otro lado, las RAM tipo B son menos comunes, se consideran idiosincráticas e impredecibles (8). Los pacientes pueden tener una predisposición genética o metabólica para presentar la reacción (8). Son reacciones mediadas inmunológicamente, frecuentemente secundarias a reacciones de hipersensibilidad tipo I y IV (8). Este tipo de reacciones no dependen de la dosis medicamentosa, puede afectar múltiples órganos y sistemas y su severidad varía entre pacientes (8).

La mayoría de reacciones en piel que se presumen secundarias a medicamentos psicotrópicos tienen características clínicas que corresponden con RAM del tipo B, sin embargo, clínicamente puede haber solapamiento con reacciones del tipo A.

Dentro de las RAM cutáneas más importantes se encuentran:

**A. Erupciones exantemáticas**: Representan el 51-95% de las reacciones medicamentosas (8). Se presentan como máculas y pápulas eritematosas difusas, sin ampollas o pústulas, frecuentemente pruriginosas que pueden involucrar membranas mucosas, palmas y plantas y acompañarse de fiebre (8). Generalmente inicia en el tronco superior y presenta distribución simétrica (8). Suele aparecer dentro de los diez primeros días de iniciado el medicamento, pero también puede aparecer cuando el medicamento se suspende (8).

**B. Urticaria**: Se caracteriza por reacciones tipo pápulas o placas pruriginosas y transitorias que se pueden localizar en cualquier parte del cuerpo (8). Se presentan minutos a horas posterior a inicio del medicamento y no duran más de 24 horas (8).

**Tabla 6.** Tratamiento de delirio de parasitosis: -, ninguno; +, leve; ++, moderado; +++, severo; ACV, accidente cerebro vascular; ASG, antipsicótico de segunda generación; SEP, síntomas extrapiramidales; ECG,electrocardiografía; QTC, intervalo QT corregido; APG, antipsicótico de primera generación.
* Las indicaciones para delirio de parasitosis son off-label; ninguno de estos medicamentos son APG aprobados para el diagnóstico.

| Nombre ( genérico/marca) | Dosis objetivo | Eficacia | SEP | Ganancia de peso | Sedación | Efectos anticolinérgicos | Otros efectos adversos | Monitoreo | Notas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Risperidona/ Risperdal | 1-3 mg a la hora de dormir | +++ | ++ | ++ | ++ | - | Hiperprolactinemia, riesgo metabólico modesto (hiperlipidemia, hiperglucemia) | Laboratorios iniciales,a los 3 meses y luego anual (hemoglobina A1C, perfil lipídico,peso, presión sanguínea, frecuencia cardíaca) | Antipsicótico anticolinérgico bajo, preferible en adultos mayores ;considerado medicamento de primera línea con la más fuerte base de evidencia. |
| Aripiprazol/Abilify | 2-10 mg diariamente | ++ | + | + | + | - | Acatisia, agitación, menor riesgo de síndrome metabólico y ACV en adultos mayores. | Laboratorios iniciales,a los 3 meses y luego anual (hemoglobina A1C, perfil lipídico,peso, presión sanguínea, frecuencia cardíaca) | El ASG menos anticolinérgico con en general la menor carga de efectos secundarios, preferible para adultos mayores; considerado medicamento de primera línea alternativo. |
| Olanzapina/ Zyprexa | 5-10 mg a la hora de dormir | +++ | + | +++ | +++ | + | Riesgo metabólico alto ( hiperlipidemia, hiperglicemia), astenia | Laboratorios iniciales,a los 3 meses y luego anual (hemoglobina A1C, perfil lipídico,peso, presión sanguínea, frecuencia cardíaca) | Buena base de evidencia, pero el perfil alto de efectos secundarios hace a este medicamento una opción de segunda línea. |
| Primozida/ Orap | 1-3 mg diariamente | +++ | +++ | + | + | ++ | Prolongación del intervalo QT corregido, problemas visuales, eventos comportamentales adversos | ECG inicial y periódico Mayor riesgo de síntomas extrapiramidales,más efectos secundarios anticolinérgicos. Debido al riesgo de prolongación QTC y riesgo de muerte cardíaca súbita, es menos usado en Europa | Opción de primera línea para muchos dermatólogos por la falta de indicación psiquiátrica, lo cual hace a los pacientes más susceptibles de usarla; para prescriptores cautelosos, opción de segunda línea debido al alto potencial de complicaciones cardíacas y efectos extrapiramidales ; único APG recomendado para tratamiento |

**Fuente:** Tomado de Ha EL, Magid M. Psychopharmacology in dermatology: Five common disorders. *Clin Dermatol* [Internet]. 2023 [citado el 15 de junio de 2023];41(1):112-120. doi: 10.1016/j.clindermatol.2023.03.010. Disponible en: Psychopharmacology in dermatology: Five common disorders - PubMed (nih.gov)

**Tabla 7.** Tratamiento de los trastornos repetitivos enfocados en el cuerpo y el trastorno dismórfico corporal: -, ninguno ; +, leve ; ++, moderado; +++, severo; ISRS, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; TDC, trastorno dismórfico corporal; TE, trastorno de excoriación; TTM, tricotilomanía; ECG, electrocardiografía;ISRSN, inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina ; OT, onicotilomanía ; OF, onicofagia ; ATC, antidepresivo triciclíco ; ASG, antipsicótico de segunda generación. *Las indicaciones son off-label; ninguno de estos medicamentos está aprobados por la Administración de alimentos y drogas de Estados Unidos para el diagnóstico.

| Nombre ( genérico/ marca) | Indicación* | Dosis objetivo | Eficacia | Efectos sexuales secundarios | Ganancia de peso | Otros efectos adversos | Monitoreo | Notas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Escitalopram/Lexapro (ISRS) | TDC, TE, TTM | 10-20 mg diariamente | + | ++ | - | Náuseas, vómitos, diarrea, dolor de cabeza, somnolencia | Considerar ECG para dosis altas o pacientes psiquiátricos | Bueno para pacientes con ansiedad; el de menor carga de efectos secundarios entre los ISRS y los ISRSN; baja interacción farmacológica; puede ser sedante |
| Citalopram/Celexa (ISRS) | TDC, TE, TTM | 20-40 mg diariamente | + | ++ | - | Náuseas, vómitos, diarrea, dolor de cabeza, somnolencia | Considerar ECG para dosis altas o pacientes psiquiátricos | Baja interacción farmacológica; puede ser sedante |
| Sertralina/Zoloft (ISRS) | TDC, TE, TTM | 100-200 mg diariamente | + | ++ | - | Náuseas, vómitos, diarrea, dolor de cabeza, somnolencia | No monitoreo de rutina | Efectiva en ansiedad crónica o humor irritable; puede ser sedante |
| Fluoxetina/Prozac (ISRS) | TDC, TE, TTM | 40-60 mg diariamente | + | ++ | - | Náuseas, vómitos, diarrea, dolor de cabeza, somnolencia | No monitoreo de rutina | El ISRS de mayor vida media; buena para pacientes con pobre adherencia; potencial de interacciones farmacológicas; bajo riesgo de síndrome de discontinuación ;puede tener perfil activador |
| Venlafaxina/Effexor (ISRSN) | TDC, TE, TTM | 150- 225 mg diariamente | + | ++ | - | Náuseas, vómitos, diarrea, dolor de cabeza, somnolencia | Considerar monitoreo de presión arterial y frecuencia cardìaca | Buena para pacientes con dolor, fatiga o pobre energía; un poco activante |
| Duloxetina/Cymbalta (ISRSN) | TDC, TE, TTM | 60-90 mg diariamente | + | ++ | + | Náuseas, vómitos, diarrea, dolor de cabeza, somnolencia | Considerar monitoreo de presión arterial y frecuencia cardìaca | Buena para pacientes con dolor, fatiga o pobre energía |
| N - acetilcisteína/ Mucomyst | TE,OT, OF, TTM | 1200-2400 MG dividido en dos tomas al día | + | - | - | Náuseas, vómitos, somnolencia, úlceras bucales | No monitoreo de rutina | En general muy seguro, pero riesgo remoto de alergia medicamentosa ( urticaria, sibilancias,opresión torácica) |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Clomipramina/ Anafranil (ATC) | TDC,OT, OF, TTM | 150-250 mg diariamente | ++ | ++ | + | Náuseas, vómitos, diarrea, cefalea | ECG en mujeres > 40 años y hombres > 30 años, o aquellos con enfermedad cardíaca pre-existente | El ATC más serotoninérgico ; alto riesgo de fatalidad, arritmia, o convulsiones en sobredosis; sedante; posible uso como agente coadyuvante en TDC y segunda línea para OF/OT |
| Olanzapina/Zyprexa (ASG) | TDC, TTM | 5-10 mg diariamente | ++ | - | +++ | Riesgos metabólicos altos ( hiperlipidemia, hiperglucemia), astenia | Laboratorios iniciales,a los 3 meses y luego anual (hemoglobina A1C, perfil lipídico,peso, presión sanguínea, frecuencia cardíaca) | Uso de tercera línea para TTM y coadyuvante de tercera línea para TDC dado su perfil de efectos secundarios |

**Fuente:** Tomado de Ha EL, Magid M. Psychopharmacology in dermatology: Five common disorders. Clin Dermatol [Internet]. 2023 [citado el 15 de junio de 2023];41(1):112-120. doi: 10.1016/j.clindermatol.2023.03.010. Disponible en: Psychopharmacology in dermatology: Five common disorders - PubMed (nih.gov)

**Tabla 8.** Psicoterapias disponibles para el manejo de las enfermedades crónicas de la piel

| Categoría de la terapia | Psicoterapia | Descripción |
|---|---|---|
| Terapias de charla "talk therapies" | Terapia cognitivo conductual<br><br>Terapia psicodinámica | Reconocimiento y replanteamiento de pensamientos o comportamientos poco útiles<br><br>Exploración del efecto de conflictos inconscientes y procesos en el comportamiento. |
| Terapias reductoras de la excitación | Meditación<br><br>Relajación guiada por bioretroalimentación | Práctica de contemplación o reflexión selectiva.<br>Relajación con propósito mientras se recibe información sobre cambios en el cuerpo a través de sensores de retroalimentación eléctrica. |
| Terapias comportamentales | Terapia de reversión de hábitos<br><br>Revelación emocional escrita | Desarrollo de conciencia de los hábitos y respuestas de hábitos sostenibles.<br><br>Expresión de emociones y malestar psicológico a través de la escritura. |

**Fuente:** Tomado de Christensen RE, Jafferany M. Psychiatric and psychologic aspects of chronic skin diseases. *Clin Dermatol* [Internet]. 2023 [citado el 15 de junio de 2023];41(1):75-81. doi:10.1016/j.clindermatol.2023.03.006. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36878453/

**C. Erupciones medicamentosas fijas:** Se observan como lesiones de color rojo a púrpura, claramente demarcadas, solitarias, con o sin bulla o erosión (8). Se pueden encontrar a nivel mucocutáneo o superficies flexoras (8). Suelen ser asintomáticas y resuelven por lo general con hiperpigmentación post-inflamatoria en la distribución de la lesión inicial (8). Se les conoce con el término "fijas" ya que cuando vuelve a haber una nueva exposición al medicamento aparecen siempre en el mismo sitio, por lo general acompañadas de lesiones adicionales (8). Típicamente aparecen 30 minutos a 8 horas después de la ingestión del medicamento (8). Este tipo de reacciones se presenta principalmente con barbitúricos (8).

**D. Reacción medicamentosa con eosinofilia y síntomas sistémicos *Drug Reaction with Eeosinophilia and Systemic Symptoms* (DRESS):** Se caracteriza por una erupción exantemática macular, fiebre, linfadenopatía y compromiso multiorgánico, principalmente el hígado (8). Los síntomas se presentan entre dos a seis semanas posterior a la ingesta del medicamento (8). El DRESS usualmente inicial con síntomas prodrómicos de prurito, dolor quemante, síntomas similares a un resfriado, linfadenopatía, disfagia y fiebre alta que va desde 38 °C a 40 °C (13). La fiebre precede la erupción (13).

Existe eosinofilia en el 30% de los casos (8). Se reporta frecuentemente con el uso de carbamazepina y anticonvulsivantes aromáticos como fenitoína y fenobarbital (8). El riñón suele verse afectado con la carbamazepina (8). En caso de sospecha de DRESS, se debe pedir un hemograma completo y pruebas de función hepática. Esta entidad tiene una mortalidad del 10%, principalmente derivada de hepatitis fulminante y necrosis hepática (8).

**E. Necrólisis epidérmica:** Es un espectro de erupciones que incluye el síndrome de Stevens-Johnson (SJS, por sus siglas en inglés *Stevens-Johnson syndrome*) y la necrólisis epidérmica tóxica (TEN, por sus siglas en inglés *toxic epidermal necrolysis*). Ambas entidades tienen la misma patogénesis, su diferencia radica en el compromiso de superficie corporal afectada (8). Cuando existe un compromiso de superficie corporal menor al 10% se denomina SJS y cuando es mayor al 30% se clasifica como TEN; el compromiso entre el 10%-30% se categoriza como SJS/TEN (8). A nivel cutáneo, aparecen máculas rojo oscuras que se vuelven bullas flácidas con necrosis extensa con separación de la epidermis y membranas mucosas, terminando en erosiones (8). La mortalidad se da principalmente secundaria a infecciones y va desde un 5-30% dependiendo del compromiso cutáneo (8). Los medicamentos psicotrópicos con un alto riesgo de necrólisis epidérmica son la lamotrigina, carbamazepina, fenobarbital y fenitoína (8). El tratamiento requiere manejo intrahospitalario, similar al que reciben los pacientes quemados, adicionando manejo con corticoides e inmunoglobulina intravenosa (8).

**F. Reacciones de fotosensibilidad:** Se distinguen dos tipos de reacciones de fotosensibilidad: reacciones fototóxicas y reacciones fotoalérgicas (11). Las lesiones por daño fototóxico directo a la piel son más frecuentes (11). Pueden presentar cualquier morfología y son dosis dependientes, clásicamente se presentan como una quemadura (8). Se ven como una erupción eritemato-edematosa, que evoluciona hacia la hiperpigmentación y descamación (8).

Las reacciones fotoalérgicas son menos frecuentes y se presentan como una respuesta inmunológica (11). Las que tienen un curso agudo se presentan como vesículas pruriginosas y las crónicas como placas liquenificadas (8). Las benzodiazepinas, barbitúricos y clorpromazina pueden generar problemas de fotosensibilidad (8). Dentro de los principales medicamentos que pueden inducir reacciones de fotosensibilidad, se encuentra la clorpromazina que cuenta con una incidencia estimada de este tipo de reacciones hasta de un 3% (11). Por lo anterior, es muy importante el adecuado uso de fotoprotección en los pacientes recibiendo clorpromazina (11).

**G. Pigmentación:** Las reacciones de pigmentación pueden estar causadas por una producción alterada de melanina o por el medicamento mismo(8). Suele involucrar la cara y cuello (8). Se ha visto que el fenobarbital y la carbamazepina pueden causar un parche café similar al melasma (8). La clorpromazina puede causar una pigmentación azul-grisácea (8).

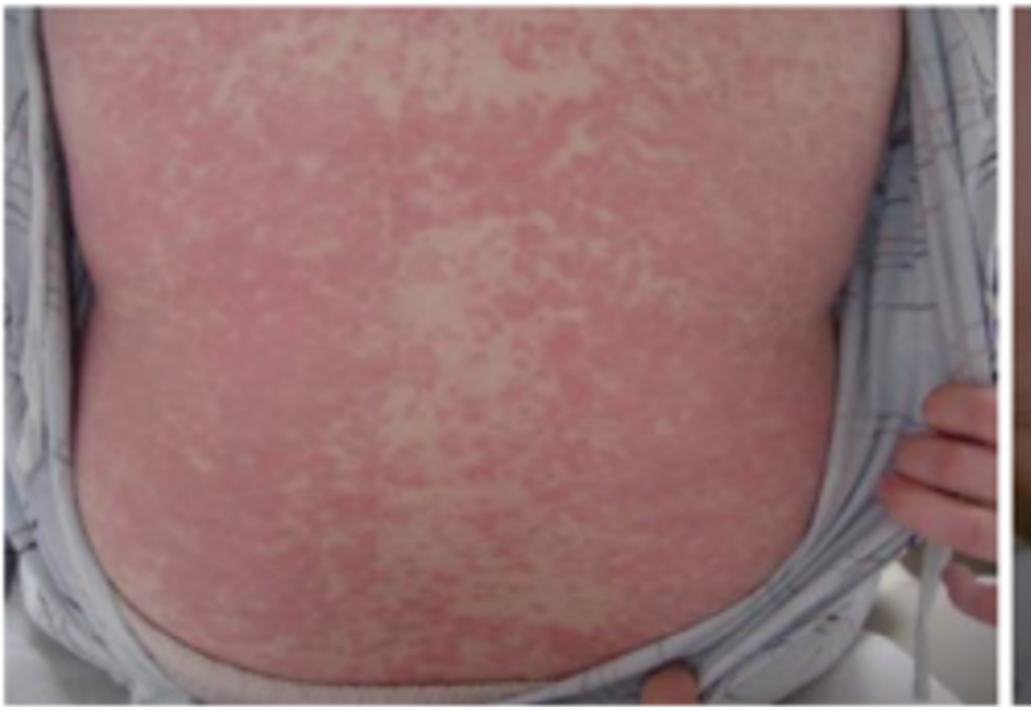
**H. Erupciones acneiformes:** Se presentan como pápulas y pústulas eritematosas que se ubican en los folículos pilosos, son monomorfas y no tienen comedones asociados (8). Se ve frecuentemente con litio.

**I. Reacciones liquenoides**: Se refieren a pápulas, planas con descamación que se presentan principalmente en el tronco y se distribuye hacia las extremidades; puede comprometer palmas y plantas (8). Las reacciones crónicas suelen tener pigmentación permanente (8). Se desconoce su mecanismo (8). Suceden meses después de iniciado el medicamento (8). La carbamazepina y las fenotiazinas se han visto involucradas en este tipo de reacciones (8).

**J. Alopecia**: Pérdida del cabello, no cicatricial y reversible, afecta principalmente el cuero cabelludo. Los fármacos principalmente involucrados son el litio, los antidepresivos tricíclicos y los anticonvulsivantes (8).

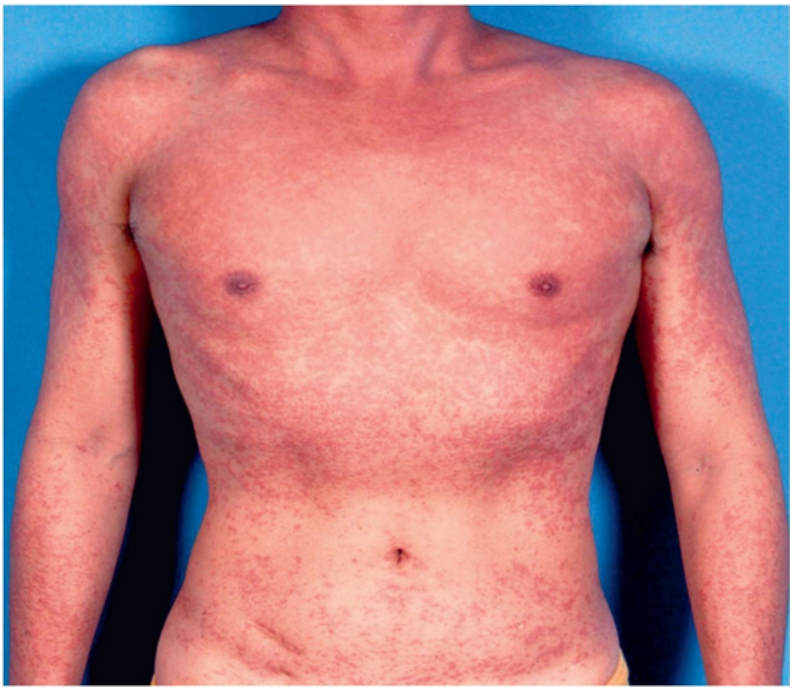
**K. Eritema multiforme**: Se presenta con máculas o pápulas eritematosas bien definidas, que poseen dos o tres zonas de color diferentes y pueden tener bullas centrales o costras (8). Se les conoce como lesiones en

**Imagen 8.** Máculas y pápulas exantemáticas



**Fuente**: Mitkov MV, Trowbridge RM, Lockshin BN, Caplan JP. Dermatologic side effects of psychotropic medications. *Psychosomatics* [Internet]. 2014 [citado el 15 de junio de 2023] ;55(1):1-20. doi:10.1016/j.psym.2013.07.003. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033318213001382

**Imagen 9.** Erupción morbiriforme por trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMZ). Este joven infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) sufrió una erupción generalizada con máculas y pápulas eritematosas blanqueables 8 días después de empezar con TMP-SMZ. Obsérvese la coalescencia en la parte superior del tronco. (Tomado de Bolognia. *Dermatology*, 4th ed.)



**Fuente:** Duvic M. *Urticaria, reacciones cutáneas por hipersensibilidad a fármacos, nódulos y tumores, y enfermedades atróficas.* En:Goldman L, Schafer AI, directores.Goldman-Cecil. Tratado de medicina interna. España:26 ed. Elsevier;2021[ acceso 28 Julio 2023.] p. 2635-2649. Disponible en: https://www-clinicalkey-com.sibulgem.unilibre.edu.co/student/content/book/3-s2.0-B9788491137658004112#hl0000673

**Imagen 10.** Exantema maculopapular de origen medicamentoso en un paciente ingresado por una neumonía.

**Fuente:** Tomado de Puig Sanz L*Toxicodermias, dermatosis facticias y úlceras de diversas etiologías.*En:Bielsa Marsol, I, directora. Ferrándiz. Dermatología clínica. España:5 ed. Elsevier;2019 [ acceso 28 Julio 2023] . p 139-155. Disponible en: https://www-clinicalkey-com.sibulgem.unilibre.edu.co/student/content/book/3-s2.0-B978849113264600014X#hl0000709

**Imagen 11.** Urticaria.

**Fuente:** Tomado de DermNet. Urticaria; 2014. http://www.dermnetnz.org/reactions/urticaria.html . Acceso 23 de octubre, 2014 Duvic M. *Urticaria, reacciones cutáneas por hipersensibilidad a fármacos, nódulos y tumores, y enfermedades atróficas.* En:-Goldman L, Schafer AI, directores.Goldman-Cecil. Tratado de medicina interna. España:26 ed.Elsevier;2021[ acceso 28 Julio 2023.] p. 2635-2649. Disponible en: https://www-clinicalkey-com.sibulgem.unilibre.edu.co/student/content/book/3-s2.0-B9788491137658004112#hl0000673

**Imagen 12.** Erupción fija por fármacos múltiples.

**Fuente:** Tomado de Bender NR, Chiu Ye . Evaluación dermatológica del paciente. En: Kliegman, RM, Blum NJ, Shah SS, et al, editor. Nelson. Tratado de pediatría. España:21 ed. Elsevier;2020 [ acceso 28 Julio 2023] . p. 3441-3451. Disponible en: https://www-clinicalkey-com.sibulgem.unilibre.edu.co/student/content/book/3-s2.0-B9788491136842006646#3-s2.0-B9788491136842006646-f664-14-9788491136842

**Imagen 13** Erupción fija medicamentosa**.**

**Fuente:** Tomado de Puig Sanz L*Toxicodermias, dermatosis facticias y úlceras de diversas etiologías.*En:Bielsa Marsol, I, directora. Ferrándiz. Dermatología clínica. España:5 ed. Elsevier;2019 [ acceso 28 Julio 2023] . p 139-155. Disponible en: https://www-clinicalkey-com.sibulgem.unilibre.edu.co/student/content/book/3-s2.0-B978849113264600014X#hl0000709

"diana". Esta reacción puede involucrar las membranas mucosas y típicamente tiene compromiso de extremidades y superficies palmoplantares (8). Tiene un curso benigno (8). Se presenta usualmente asociado a la infección el virus herpes simplex o *Micoplasma pneumoniae* (8).

Sólo el 10 % de los casos se encuentra relacionado con medicamentos, principalmente por uso de anticonvulsivantes (8).

## Estabilizadores del ánimo

La incidencia de reacciones cutáneas medicamentosas con este tipo de medicamento es relativamente baja pero las reacciones presentadas tienen el potencial de ser más serias (8). La carbamazepina y la lamotrigina tienen la tasa más alta de reacciones cutáneas (8).

En cuanto a la carbamazepina la reacción cutánea más común es un exantema maculo-papular eritematoso, pero Síndrome de Stevens-Johnson (SJS) y la Necrólisis Epidérmica Tóxica (NET) son las reacciones más temidas y se pueden presentar hasta en el 0,23% de los pacientes (8). La tasa de erupción cutánea con Carbamazepina ocurre de manera dosis dependiente (8) y sus efectos adversos

## Antidepresivos

Los antidepresivos son unos de los medicamentos más formulados (8). En un estudio que monitorizó 109.000 pacientes, la incidencia de reacciones cutáneas medicamentosas con uso de antidepresivos fue de 0.054% (8). Las reacciones cutáneas adversas más comunes son las erupciones exantemáticas y la urticaria con o sin angioedema (8). Se ha reportado también erupciones medicamentos fijas con el uso de antidepresivos (8).

## Neurolépticos

Las reacciones cutáneas más comunes reportadas con el uso de neurolépticos son los cambios en la pigmentación y fotosensibilidad (8).

**Imagen 14.** Síndrome *Drug Reaction with Eeosinophilia and Systemic Symptoms(DRESS)*

**Fuente:** Tomado de Puig Sanz L*Toxicodermias, dermatosis facticias y úlceras de diversas etiologías.*En:Bielsa Marsol, I, directora. Ferrándiz. Dermatología clínica. España:5 ed. Elsevier;2019 [ acceso 28 Julio 2023] . p 139-155. Disponible en: https://www-clinicalkey-com.sibulgem.unilibre.edu.co/student/content/book/3-s2.0-B978849113264600014X#hl0000709

**Imagen 15.** Necrólisis epidérmica tóxica. Fase avanzada con un aspecto semejante al de una quemadura**.**

**Fuente:** Ferrándiz Pulido L*Dermatosis reactivas.* En Bielsa Marsol, I, directora. Ferrándiz. Dermatología clínica. España:5 ed. Elsevier;2019 [ acceso 28 Julio 2023] . p 177-186. Disponible en: https://www-clinicalkey-com.sibulgem.unilibre.edu.co/student/content/book/3-s2.0-B9788491132646000175#3-s2.0-B9788491132646000175-f17-16-9788491132646

**Imagen 16.** Necrólisis epidérmica tóxica: esta paciente presentó el cuadro tras estar tomando carbamazepina varias semanas.

**Fuente:** Mascaró Galy JM.*Procesos dermatológicos frecuentes y reacciones cutáneas graves por medicamentos.* En: Rozman C, Cardellach López F, directores. Farreras Rozman. Medicina Interna. España:20 Ed. Elsevier; 2023.[ acceso 28 Julio 2023] p. 1339-1348. Disponible en :https://www-clinicalkey-com.sibulgem.unilibre.edu.co/student/content/book/3-s2.0-B9788413824864001645#3-s2.0-B9788413824864001645-f164-08-9788413824864

**Imagen 17.** Síndrome de Stevens-Johnson en un paciente tras la toma de celecoxib. Las lesiones erosivas y las costras hemorrágicas en los labios son características.

**Fuente:** Mascaró Galy JM.*Procesos dermatológicos frecuentes y reacciones cutáneas graves por medicamentos.* En: Rozman C, Cardellach López F, directores. Farreras Rozman. Medicina Interna. España:20 ed.Elsevier; 2023.[ acceso 28 Julio 2023] p. 1339-1348. Disponible en :https://www-clinicalkey-com.sibulgem.unilibre.edu.co/student/content/book/3-s2.0-B9788413824864001645#3-s2.0-B9788413824864001645-f164-08-9788413824864

La Clorpromazina es el medicamento que más frecuentemente causa estas reacciones (8). Los neurolépticos del grupo de las fenotiazinas parecen ser los psicotrópicos que más comúnmente producen erupciones exantemáticas (8).

## Hipnóticos sedantes

La erupción exantemática es el tipo de reacción más frecuentemente asociada con los hipnóticos sedantes (8).

## Reacciones cruzadas

Las reacciones cruzadas se refieren a las reacciones cutáneas que se presentan entre dos medicamentos de la misma clase por anticuerpos y linfocitos que reaccionan a fracciones moleculares similares entre estos medicamentos (8). Tiene su principio en que un proproción importante de las reacciones cutáneas adversas son inmunomediadas (8).

## Tratamiento

Interrumpir el fármaco causante de la reacción adversa cutánea por lo general resuelve los efectos adversos cutáneos (8).

## Dolencias psiquiátricas secundarias a medicamentos utilizados en dermatología

## Antihistamínicos

Pueden causar depresión, síntomas extrapiramidales y confusión (17)

## Antimaláricos como la hidroxicloroquina

Pueden causar trastornos afectivos y psicosis (17).

## Dapsona

Puede causar trastornos psicóticos (17)

## Isotretinoína

Puede causar trastornos afectivos incluyendo depresión e ideación suicida (17)

## Conclusiones:

Dada la clara y estrecha relación entre la piel y la patología mental, tanto en enfermedades que se relacionan o exacerban con estrés, así como enfermedades psiquiátricas que debutan en piel es vital importancia que el personal en salud de cuidado primario y psicólogos estén familiarizados con su abordaje.

Dermatólogos, psiquiatras y médicos generales deben conocer los efectos secundarios de los

**Imagen 18.** Fotosensibilidad

**Fuente:** El Kissouni A, Hali F, Chiheb S, Meftahb A, Filali H. Adverse cutaneous reactions to psychotropic drugs. Rev Fr Allergol [Internet]. 2023 [citado el 15 de junio de 2023];63(5):103668-72. doi:10.1016/j.reval.2023.103668. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877032023003925

**Imagen 19. Eritema multiforme.** Las lesiones anulares en diana u «ojo de buey» con vesículas centrales y ampollas son características del eritema multiforme. (Por cortesía de Neil J. Korman, MD.)

**Fuente:** Kroshinsky D. *Enfermedades maculares, papulares, purpúricas, vesiculoampollosas y pustulosas* .En:Goldman L, Schafer AI, directores.Goldman-Cecil. Tratado de medicina interna. España:26 ed.Elsevier;2021[ acceso 28 Julio 2023.] p. 2623-2626. Disponible en: https://www-clinicalkey-com.sibulgem.unilibre.edu.co/student/content/book/3-s2.0-B9788491137658004100#3-s2.0-B9788491137658004100-f410-64-9788491137658

principales fármacos que pueden tener efectos en piel y/o cambios comportamentales, para así brindar un adecuado enfoque al paciente y no retrasar su tratamiento con consultas y exámenes innecesarios.

## Responsabilidades morales, éticas y bioéticas

## Protección de personas y animales

Los autores declaramos que, para este estudio, no se realizó experimentación en seres humanos ni en animales. Este trabajo de investigación no implica riesgos ni dilemas éticos, por cuanto su desarrollo se hizo con temporalidad retrospectiva. El proyecto fue revisado y aprobado por el comité de investigación del centro hospitalario. En todo momento se cuidó el anonimato y confidencialidad de los datos, así. como la integridad de los pacientes.

## Confidencialidad de datos

Los autores declaramos que se han seguido los protocolos de los centros de trabajo en salud, sobre la publicación de los datos presentados de los pacientes.

## Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Los autores declaramos que en este escrito académico no aparecen datos privados, personales o de juicio de recato propio de los pacientes.

## Financiación

No existió financiación para el desarrollo, sustentación académica y difusión pedagógica.

## Potencial Conflicto de Interés (es)

Los autores manifiestan que no existe ningún(os) conflicto(s) de interés(es), en lo expuesto en este escrito estrictamente académico.

## Referencias


1. Mostaghimi L. Psychocutaneous Medicine Clinic: Wisconsin Experience. J Acad Consult Liaison Psychiatry [Internet]. 2021 [citado el 15 de junio de 2023];62(5):522-7. doi:10.1016/j.jaclp.2021.04.008. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33975073/.
2. Mavrogiorgou P, Mersmann C, Gerlach G, Herpertz S, Juckel G. Skin diseases in patients with primary psychiatric disorders. Psychiatric Investig [Internet]. 2020 [citado el 15 de junio de 2023];17(2):157-62. doi:10.30773/pi.2019.0193. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7046994/
3. Chateau Y, Misery L. Connections between nerve endings and epidermal cells: are they synapses?. Exp Dermatol [Internet]. 2004 [citado el 15 de junio de 2023];13(1):2-4. doi:10.1111/j.0906-6705.2004.00158.x. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15009109/
4. Chastaing M, Misery L. Psiquiatría y Dermatología. Dermatol [Internet]. 2020 [citado el 15 de junio de 2023];54(2):1-20. Disponible en: https://www-clinicalkey-es.sibulgem.unilibre.edu.co/service/content/pdf/watermarked/51-s2.0-S1761289620437562.pdf?locale=es_ES&searchIndex=
5. Ferreira BR, Jafferany M. Classification of psychodermatological disorders. J Cosmet Dermatol [Internet]. 2021 [citado el 15 de junio de 2023];20(6):1622-4. doi:10.1111/jocd.14112. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33783948/
6. Millington GWM, Shobajo MT, Wall J, Jafferany M. Somatization in dermatology. Skin Health Dis [Internet]. 2022 [citado el 15 de junio de 2023];2(4):e164. doi:10.1002/ski2.164. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9720197/
7. Zagami M, Klepper E, Wienecke E, et al. A review of psychocutaneous disorders from a psychotherapeutic perspective-Toolkit for the dermatologist. Skin Health Dis [Internet]. 2023 [citado el 15 de junio de 2023];3(4):e211. doi:10.1002/ski2.211. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10395638/
8. Mitkov MV, Trowbridge RM, Lockshin BN, Caplan JP. Dermatologic side effects of psychotropic medications. Psychosomatics [Internet]. 2014 [citado el 15 de junio de 2023];55(1):1-20. doi:10.1016/j.psym.2013.07.003. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033318213001382
9. Kuhn H, Mennella C, Magid M, Stamu-O'Brien C, Kroumpouzos G. Psychocutaneous disease: Pharmacotherapy and psychotherapy. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2017 [citado el 15 de junio de 2023];76(5):795-808. doi:10.1016/j.jaad.2016.11.021. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28372813/
10. Ha EL, Magid M. Psychopharmacology in dermatology: Five common disorders. Clin Dermatol [Internet]. 2023 [citado el 15 de junio de 2023];41(1):112-20. doi:10.1016/j.clindermatol.2023.03.010. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37261600/
11. El Kissouni A, Hali F, Chiheb S, Meftahb A, Filali H. Adverse cutaneous reactions to psychotropic drugs. Rev Fr Allergol [Internet]. 2023 [citado el 15 de junio de 2023];63(5):103668-72. doi:10.1016/j.reval.2023.103668. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877032023003925
12. D'Incau P, Lapeyre-Mestre M, Carvajal A, et al. No differences between men and women in adverse drug reactions related to psychotropic drugs: a survey from France, Italy and Spain. Fundam Clin Pharmacol [Internet]. 2014 [citado el 15 de junio de 2023];28(3):342-8. doi:10.1111/fcp.12032. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23617454/
13. Marzano AV, Borghi A, Cugno M. Adverse drug reactions and organ damage: The skin. Eur J Intern Med [Internet]. 2016 [citado el 15 de junio de 2023];28:17-24. doi:10.1016/j.ejim.2015.11.017. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26674736/
14. Bender NR, Chiu YE. Enfermedades de la epidermis. En: Kliegman RM, Blum NJ, Shah SS, et al, editores. Nelson. Tratado de pediatría. 21 ed. España: Elsevier; 2020 [acceso 28 de julio de 2023]. p. 3501-3. Disponible en: https://www-clinicalkey-com.sibulgem.unilibre.edu.co/student/content/book/3-s2.0-B9788491136842006762#3-s2.0-B9788491136842006762-f676-93-9788491136842
15. Ribera Pibernat M. Alteraciones de la pigmentación. En: Bielsa Marsol I, directora. Ferrándiz. Dermatología clínica. 5 ed. España: Elsevier; 2019 [acceso 28 de julio de 2023]. p. 222-32. Disponible en: https://www-clinicalkey-com.

sibulgem.unilibre.edu.co/student/content/book/3-s2.0-B9788491132646000217
16. Millington GWM, Palmer HE. Proopiomelanocortin (POMC) and Psychodermatology. Skin Health Dis [Internet]. 2023 [citado el 15 de junio de 2023];3(3):e201. doi:10.1002/ski2.201. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37275429/
17. Marshall C, Taylor R, Bewley A. Psychodermatology in clinical practice: main principles. Acta Derm Venereol [Internet]. 2016 [citado el 15 de junio de 2023];96(217):30-4. doi:10.2340/00015555-2370. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27283859/
18. Hernández San Martín MJ, Cortés González A, Saavedra Portales S, Higueras Lara F, Saavedra Portales W. Enfermedades cutáneas en pacientes con trastornos mentales hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Piel. Formación continuada en dermatología [Internet]. 2023 [citado el 15 de junio de 2023];39(2):71-8. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-piel-formacion-continuada-dermatologia-21-avance-resumen-enfermedades-cutaneas-pacientes-con-trastornos-S0213925123002642
19. Duvic M. Urticaria, reacciones cutáneas por hipersensibilidad a fármacos, nódulos y tumores, y enfermedades atróficas. En: Goldman L, Schafer AI, directores. Goldman-Cecil. Tratado de medicina interna. 26 ed. España: Elsevier; 2021 [acceso 28 de julio de 2023]. p. 2635-49. Disponible en: https://www-clinicalkey-com.sibulgem.unilibre.edu.co/student/content/book/3-s2.0-B9788491137658004112#hl0000673.
20. Bender NR, Chiu YE. Evaluación dermatológica del paciente. En: Kliegman RM, Blum NJ, Shah SS, et al, editores. Nelson. Tratado de pediatría. 21 ed. España: Elsevier; 2020 [acceso 28 de julio de 2023]. p. 3441-51. Disponible en: https://www-clinicalkey-com.sibulgem.unilibre.edu.co/student/content/book/3-s2.0-B9788491136842006646#3-s2.0-B9788491136842006646-f664-14-9788491136842
21. Puig Sanz L. Toxicodermias, dermatosis facticias y úlceras de diversas etiologías. En: Bielsa Marsol I, directora. Ferrándiz. Dermatología clínica. 5 ed. España: Elsevier; 2019 [acceso 28 de julio de 2023]. p. 139-55. Disponible en: https://www-clinicalkey-com.sibulgem.unilibre.edu.co/student/content/book/3-s2.0-B978849113264600014X#hl0000709
22. Mascaró Galy JM. Procesos dermatológicos frecuentes y reacciones cutáneas graves por medicamentos. En: Rozman C, Cardellach López F, directores. Farreras Rozman. Medicina Interna. 20 ed. España: Elsevier; 2023 [acceso 28 de julio de 2023]. p. 1339-48. Disponible en: https://www-clinicalkey-com.sibulgem.unilibre.edu.co/student/content/book/3-s2.0-B9788413824864001645#3-s2.0-B9788413824864001645-f164-08-9788413824864.
23. Kroshinsky D. Enfermedades maculares, papulares, purpúricas, vesiculoampollosas y pustulosas. En: Goldman L, Schafer AI, directores. Goldman-Cecil. Tratado de medicina interna. 26 ed. España: Elsevier; 2021 [acceso 28 de julio de 2023]. p. 2623-6. Disponible en: https://www-clinicalkey-com.sibulgem.unilibre.edu.co/student/content/book/3-s2.0-B9788491137658004100#3-s2.0-B9788491137658004100-f410-64-9788491137658.
24. Greil W, Zhang X, Stassen H, et al. Cutaneous adverse drug reactions to psychotropic drugs and their risk factors - a case-control study. Eur Neuropsychopharmacol [Internet]. 2019 [citado el 15 de junio de 2023];29(1):111-21. doi:10.1016/j.euroneuro.2018.10.010. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30424913/.
25. Christensen RE, Jafferany M. Psychiatric and psychologic aspects of chronic skin diseases. *Clin Dermatol* [Internet]. 2023 [citado el 15 de junio de 2023];41(1):75-81. doi:10.1016/j.clindermatol.2023.03.006. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36878453/.
26. Öksüz Ö, Günver G, Oba MÇ, Arıkan K. Psychiatry to dermatology; panic disorder. *J Clin Neurosci* [Internet] . 2020 [citado el 15 de junio de 2023] ;81:316-320. doi:10.1016/j.jocn.2020.09.071. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33222937/
27. Mavrogiorgou P, Mersmann C, Gerlach G, Herpertz S, Juckel G. Skin Diseases in Patients with Primary Psychiatric Disorders. *Psychiatry Investig* [Internet] . 2020 [citado el 15 de junio de 2023] ;17(2):157-162. doi:10.30773/pi.2019.0193. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32093459/.
28. Ajani AA, Olanrewaju FO, Oninla OA, et al. Psychodermatological Disorders in Patients With Primary Psychiatric Conditions: Cross-Sectional Study. *JMIR Dermatol* [Internet] . 2023 [citado el 15 de junio de 2023];6:e47769. Published 2023 Oct 2. doi:10.2196/47769. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37782534/
29. Sambhi R, Lepping P. Psychiatric treatments in dermatology: an update. *Clin Exp Dermatol* [Internet]. 2010 [citado el 15 de junio de 2023] ;35(2):120-125. doi:10.1111/j.1365-2230.2009.03497.x. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19874324/
30. Tomas-Aragonés L, Consoli SM, Consoli SG, et al. Self-Inflicted Lesions in Dermatology: A Management and Therapeutic Approach - A Position Paper From the European Society for Derma-tology and Psychiatry. *Acta Derm Venereol* [Internet] . 2017 [citado el 15 de junio de 2023] ;97(2):159-172. doi:10.2340/00015555-2522. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27563702/
31. Prasad KM, Desai G, Chaturvedi SK. Somatization in the dermatology patient: Some sociocultural perspectives. *Clin Dermatol* [Internet] . 2017 [citado el 15 de junio de 2023] ;35(3):252-259. doi:10.1016/j.clindermatol.2017.01.013. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28511821/.
32. Jafferany M, Franca K. Psychodermatology: Basics Concepts. *Acta Derm Venereol* [Internet] . 2016 [citado el 15 de junio de 2023] ;96(217):35-37. doi:10.2340/00015555-2378. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27282585/