



PSICODERMATOSIS

I. INTRODUCCION

II. ENFERMEDAD PSICOFISIOLOGICA

III. PATOLOGIA PSICOSOMATICA EN DERMATOLOGIA

IV. PSICODERMATOSIS:

a-Acarofobia o Parasitofobia

b-Excoriaciones Neuróticas

c Tricotilomanía

d-Prurito Psicógeno

f-Neurodermatitis (Atópica)

g-Alopecia Areata

h-Dermatitis Seborreica

i-Urticaria Psicógena-Edema Angioneurótico

j-Psoriasis

k-Dermatitis Ficticia

l-Hiperhidrosis

V. PSICOSIS

NEUROSIS

ANGUSTIA

DEPRESION

NECESIDAD DE DEPENDENCIA

IRA

VI. CASOS CLINICOS

VII. CONCLUSIONES

VIII.BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

"La pena que no se desahoga en lágrimas puede hacer llorar a otros órganos"

Henry Maudsley

Las enfermedades Psicofisiológicas, entre ellas la Psicodermatosis, son frecuentes en la era actual, debido a las constantes presiones ambientales autoimpuestas o de otra índole en que vive el individuo. Las constantes angustias, depresiones, etc. a que está sujeto el individuo son causa de que éste sufra procesos patológicos manifiestos sin que él, ni los que lo rodean, puedan relacionar estas causas con las expresiones que su cuerpo como unidad realiza; de allí, la importancia que tiene prestarle atención a los problemas que en el interrogatorio parezcan sin importancia, tales como situaciones de trabajo, de hogar, económicos, sociales, morales, etc. porque nos pueden descubrir causas de procesos que pasan como desconocidos.

La piel, como órgano expuesto y de relación con el medio ambiente fácilmente se presta para servir de expresión a situaciones emocionales; por lo tanto, el individuo con problemas que le afectan psicológicamente la utiliza para darles escape; y como es vista por todos, en estas situaciones es adoc para requerir atención.

El paciente que vive en Stres, hay que brindarle apoyo y tratar de que los miembros de su medio ambiente le entiendan y ayuden a resolver sus problemas o estados emocionales y curar o aliviar los padecimientos patológicos secundarios, que a veces son tratados médicamente sin obtener buenos resultados.

El paciente con alteraciones crónicas de la piel, persistentes, de morfología y topografía especial y con personalidad diferente en su grupo, debe ser evaluado conjuntamente por el médico Dermatólogo y médico Psiquiatra para brindarle tratamiento adecuado y tener evolución satisfactoria.

nerales de la misma y por consiguiente, va creando estados emocionales especiales, que muchas veces no logrará satisfacer o resolver y utilizará su organismo para tal fin.

En el presente trabajo se analizaron casos en que fue necesaria la evaluación Dermatológica y Psiquiátrica de los pacientes para resolver sus padecimientos.

ENFERMEDAD PSICOFISIOLOGICA

Las reacciones psicofisiológicas viscerales y del sistema nervioso autónomo comprenden padecimientos llamados "Trastornos Psicósomáticos"; su efecto se expresa a través de las vísceras; la parte subjetiva se reprime y no se vuelve consciente, esta expresión no es voluntaria ni se percibe; cuando la expresión fisiológica es exagerada y de duración larga, conduce a cambios estructurales en las vísceras u órganos involuntarios. Ejemplo: la angustia; que produce trastornos fisiológicos —sudoración, taquicardia, temblor,— etc. o aquellas alteraciones que afectan a los órganos de la economía, la función instintiva y la imagen corporal porque los sistemas orgánicos internos, están controlados por interrelaciones del sistema nervioso central, mecanismos hormonales y metabólicos.

Cuando hay alteraciones en la imagen corporal, se afecta todo el organismo; la medicina psicósomática hace incapié en el factor humano de la enfermedad, en la relación entre la personalidad y la enfermedad se nota la influencia de los factores psicológicos en el origen de los síntomas y la enfermedad somática. La psiquiatría ha adoptado, un punto de vista global y se ha dado cuenta que la patología de la enfermedad es la del organismo vivo integrado y no la de las células y el tejido. Actualmente se reconoce que hay factores que no pueden estudiarse por los métodos habituales o describirse desde el punto de la fisiología y que sin embargo, alteran el funcionamiento del organismo tanto como los agentes patógenos. Estos factores pueden apreciarse a través de "Una comprensión íntima del paciente como hombre o mujer en su totalidad, con un hogar, con angustia, con problemas económicos, con un pasado y un futuro o con un trabajo que conservará o perderá".

Los estadios emocionales crónicos se asocian a defectos en las funciones orgánicas y se relacionan en forma estrecha con los problemas cotidianos de la vida; el médico general o el psiquiatra deben explorar cuidadosamente el desarrollo y experiencia del paciente (las condiciones de trabajo-la vida hogareña-relaciones sociales, etc.). La acumulación de problemas en las relaciones interpersonales, la falta de satisfacción emocional, produce una parte de las tensiones y angustias que acosan al ser humano y trastornan su fisiología y con frecuencia la enfermedad se ha desarrollado como esfuerzo para solucionar las dificultades en las relaciones humanas y en

algunos casos, la naturaleza de un trastorno corporal puede apreciarse cuando se investigan los acontecimientos psicológicos así como los trastornos físicos.

Los sentimientos del paciente, sus relaciones personales, la situación en que vive, las reacciones ante su medio ambiente, deben someterse al mismo escrutinio cuidadoso que su cuerpo y sus síntomas. Al obtener una historia de la vida del paciente, puede establecerse una relación entre la aparición del síntoma aparentemente físico y algún hecho emocionalmente inquietante; y es posible identificar las experiencias de los primeros años que parecen tener mayor importancia en relación con las actitudes y las enfermedades de la edad adulta.

Los trastornos psicósomáticos son más frecuentes en la clase media debido a competencias que el individuo se impone; hechos con los cuales tiene que conformarse y deseos que debe reprimir, además hay personas emocionalmente introvertidas que tienen mayor tendencia que las extrovertidas a padecer síntomas psicósomáticos. Los síntomas iniciales son de tipo físico y domina a tal grado el cuadro clínico que no es posible reconocer a primera vista su origen mental. "El paciente neurótico rara vez se queja de su angustia, depresión, resentimientos o tensión sexual y expresa sus trastornos en sus funciones corporales tales como anorexia, vómitos, dolor lumbar, cefalalgia, palpitaciones, etc." (7)

Las manifestaciones corporales de los trastornos psicofisiológicos se caracterizan por: 1) Ataque de órganos y vísceras inervadas por el sistema nervioso autónomo; en consecuencia, que no tienen control o percepción voluntarios. 2) Fracasos para aliviar la ansiedad. 3) Origen fisiológico y no simbólico de los síntomas y 4) Producción de cambios estructurales que pueden amenazar la vida. Para concluir los trastornos autonómicos y viscerales psicofisiológicos (Trastornos Psicósomáticos): Son reacciones que representan la expresión visceral de efecto al que impide en gran parte pasar el campo de la conciencia. Los síntomas provienen de un estado crónico y excesivo de la expresión fisiológica normal de las emociones, en que se reprime el elemento subjetivo. Estos estados viscerales, al continuar a largo plazo pueden por último causar cambios estructurales". (3)

La medicina Psicósomática se encarga de los siguientes grupos de enfermos: 1) En este grupo se encuentran los que sufren diversos síntomas físicos, pero no tienen una enfermedad corporal a la que puedan atribuirse dichos síntomas. Como no se logra reconocer que estos padecimientos son de origen emocional, con frecuencia reciben el nombre de "funcionales". 2) En otro grupo de enfermedades Psicósomáticas, existe un padecimiento físico, pero los factores originales que lo provocan, son de naturaleza emocional. La condición patológica que resulta de la acción de las causas emocionales llega a un punto en el que ya no es reversible. 3) En este tercer grupo el paciente sufre de un padecimiento orgánico real, pero algunos de sus síntomas no se originan en éste sino en factores mentales, tal vez debidos a la angustia que surge de alguna situación en relación con otras personas. En los trastornos de éste tipo la invalidez del enfermo no guarda proporción con su enfermedad física. (7)

PATOLOGIA PSICOSOMATICA EN DERMATOLOGIA

Patogenia de la influencia Psíquica en las dermatosis.

La Dermatología, es quizá la rama de la medicina más objetiva, ya que el diagnóstico se hace por lo que se ve; por lo tanto el dermatólogo comprende que las lesiones de la piel, incluyendo estudio histológico, está distante de suponer la aclaración sobre el significado de la enfermedad. Al observar un proceso dérmico desde su inicio, evolución e involución, está capacitado para comprobar la influencia psíquica en los cambios orgánicos, excluyendo los mecanismos fisicoquímicos e incluyendo estímulos psíquicos o emocionales.

Las lesiones cutáneas principalmente localizadas en partes descubiertas, influyen en la mente de quien las padece, o imaginarse que se le tiene conmiseración, repulso o rechazo cuando la piel está alterada, el paciente sabe que es vista y observada y a menudo sirve para llamar la atención de los demás, la utiliza el individuo como órgano de expresión tanto "refleja" como "demostrativa". Las expresiones cutáneas por emociones psíquicas modifican en calidad e intensidad las funciones normales de la piel; ejemplo: alteraciones en la secreción sudoral, sebácea, temperatura y riego sanguíneo demostrando la íntima relación entre fenómenos psíquicos y fisiológicos. Estas modificaciones si son persistentes o recidivantes, causan alteraciones somáticas en la piel (por acción de sustancias químicas estimulantes o reguladores de mecanismos fisiológicos) admitiéndose una base biológica para las lesiones psicósomáticas de la piel. Los estímulos emotivos, causan alteraciones en las funciones de la piel, pero frecuentemente los signos de afectación emocional son pasajeros y desaparecen en cuanto la respuesta ha sido adecuada al estímulo, ejemplo: la vasoconstricción periférica, aumento de la sudoración, taquicardia, taquipnea etc. como respuesta al miedo. Pero cuando hay estímulos emotivos persistentes y la respuesta es inadecuada o inhibida, condiciona la reiteración de los agentes estimulantes y por cronicidad de la situación, duración larga de la lesión bioquímica, puede ser base de alteración orgánica; ejemplo: Vasoconstricción periférica intensa que produce asfixia local y/o gangrena por anoxia en la extremidad distal fenómeno o síndrome de Raynaud-; o Urticaria por estímulos emocionales, con liberación de ace-

tilcolina por medio de las fibras parasimpáticas, que aumentan la permeabilidad capilar.

También, los estímulos psíquicos coadyuvan a que se produzca una alteración Dermatológica, y es la sudoración excesiva por influencia emocional, la cual facilita la acción de gérmenes patógenos que han permanecido latentes cuando la piel está en condiciones normales.

Hay que valorar el papel que juegan los factores emotivos en las lesiones dérmicas por su persistencia, presentación y resistencia a las terapias corrientemente empleadas; la desproporción de síntomas subjetivos y lesiones, sin olvidar la posición de la piel como factor estético y de relación con el mundo exterior, utilizada a veces para llamar la atención; si algo de lo anterior llama excesivamente la atención se debe profundizar su estudio buscando un componente psicológico y favorecer al paciente informándole que su dermatosis no tiene base orgánica. Es importante la relación entre el tipo de reacción de la piel (dermatosis) y la personalidad o conmociones psíquicas, por ejemplo: Dermatitis atópica en que los sujetos suelen ser hostiles, impulsivos, agresivos, egocéntricos, hiperactivos, inteligentes; en la rosácea puede haber cierto sentido de culpabilidad y, autoestimulación; los que presentan prurigo suelen ser obsesivos; los narcisistas suelen tener dermatitis exudativa y la alopecia areata puede surgir en individuos que viven una perturbación social (guerras, revoluciones, tensiones, conflictos, etc.).

En los pacientes con labilidad vasomotora a veces se producen lesiones o señales de dermatografismo, ya que la tensión, ansiedad o inquietud en que viven les produce prurito, diferencian de la reacción psicósomática o la mecánica por rascado o fricción en la piel,

La urticaria puede tener origen emocional, que reduce el umbral frente a un alérgeno específico de la reacción.

Los pacientes con Dermatitis seborréica, muestran inestabilidad emocional y pueden desencadenar sus lesiones coincidiendo con situaciones de ansiedad o de tensión Psíquica; lo mismo sucede en el linquen plano, en donde el comienzo agudo está vinculado a un choque emotivo o a un trauma psíquico. Es importante señalar

que muchos cuadros patológicos dermatológicos pueden desaparecer por influencia de factores emocionales, como las verrugas vulgares y verrugas planas juveniles.

La Alopecia Areata es un signo importante de inadaptación, relacionada incluso con alteraciones más profundas de la personalidad. (4)

Con el nombre de Psicodermatosis o Dermatitis Psicósomáticas se conocen un sinnúmero de enfermedades en las cuales la Psicología tiene gran influencia sobre la piel; podemos mencionar dos grupos:

- I Dermatitis puramente psíquicas, entre ellas:
ACAROFOBIA O PARASITOFOBIA
EXCORIACIONES NEUROTICAS
TRICOTILOMANIA
- II Dermatitis en las que los factores psíquicos como Ansiedad, Tensión, Frustración, Compulsión, Inestabilidad emocional, Depresión, Sentimientos, juegan un papel destacado, entre ellas podemos citar a:
PRURITO PSICOGENO
NEURODERMATITIS (ATOPICA)
ALOPECIA AREATA
DERMATITIS SEBORREICA
URTICARIA PSICOGENA-EDEMA ANGIONEUROTICO
DERMATITIS FICTICIA
PSORIASIS
HIPERHIDROSIS

ACAROFOBIA O PARASITOFOBIA

Los pacientes que la presentan creen y aseguran que la piel tiene o está contaminada por parásitos, llegando hasta recoger restos pequeños de epitelio para que los examinen en laboratorio, recalando siempre que la piel tiene parásitos, los cuales la irritan o lesionan; no consultan a médicos de la localidad en que viven, sino

buscan a los que estén en lugares lejos de su residencia para consultarlos debido a lo reservado que son respecto a su problema. (2)

EXCORIACIONES NEUROTICAS

Se observa en personas con tendencia inconsciente de pellizcarse y producirse excoriaciones en la piel; también son causadas por frotamientos, arrancamientos o rascado al alcance de las manos, el individuo cree inconscientemente que corrige una deformidad de la piel. (2)

Las lesiones pueden ser ovaladas, circulares, aisladas, agrupadas, ulceradas, lineares, paralelas, etc. también pueden ser causadas por un objeto punsante.

Las zonas más frecuentes de lesión son: brazos, cara, antebrazos, dorso de las manos, cuello, regiones laterales de las piernas. El paciente refiere prurito o que quiere quitar alteraciones de la piel tales como máculas, granos, lunares que él cree que le son dañinos; muchas toman el hábito a determinada hora y por lo regular antes de acostarse.

TRICOTILOMANIA

Es un impulso neurótico de arrancarse el pelo; los lugares preferidos pueden ser: región frontal, cejas y barba. Se pueden llegar a producir zonas alopécicas grandes, persistentes; es más frecuente en niños. (2) y en el sexo femenino. Este impulso puede ser desencadenado por conflictos emocionales en los cuales hay necesidad de resolverlos por frustración, miedo o cólera ante los padres; mujeres que creen que lo relacionado al sexo es malo, repulsivo, sucio, se quitan el pelo para verse feas y perder así su atracción femenina; se observa también en la demencia precoz.

PRURITO

La piel ante un estado de tensión nerviosa, reacciona con prurito, el cual a causa del rascado intenso desarrollará liquenificación de la misma si no es tratado su origen; En la piel existen puntos de prurito sumamente sensibles, que cuentan con un agrado abundante

dante de terminaciones nerviosas subdérmicas, las cuales durante la noche tienen un umbral muy diminuto y disminuye aún más influencias psíquicas. El prurito es un síntoma más que una enfermedad, sin embargo, puede acompañar a varias de éstas; el término es mejor limitarlo a la presencia esencial de picazón sin dermatitis primaria; es puramente subjetivo, puede surgir a consecuencia de una causa interna o externa y ser localizado o generalizado y el hábito puede constituir una parte importante en éste estado. Hay dos clases de pacientes: 1) Unos se quejan de picazón intolerable durante años pero no se alivian o intentan aliviarse con el rascado. 2) Otros que no refieren prurito pero se rasan constantemente; en los dos casos la picazón puede ser una manifestación o expresión compulsiva de una necesidad emocional. La picazón puede comenzar a determinada hora con fácil alivio hasta llegar a ser tan intensa que se alivia con arañazos produciéndose excoriaciones sangrantes. (2)

DERMATITIS ATOPICA

Más frecuente en la niñez, es una inflamación superficial y persistente variable en duración y gravedad en cada paciente; suele comenzar en los primeros meses de la vida con tendencia a desaparecer espontáneamente a los dos años de edad, pero si a esta edad la piel no tiene lesiones, seguirá con remisiones y exacerbaciones hasta la edad adulta; al ceder la enfermedad la piel quedará normal y sin cicatrices. Se acompaña a veces de Asma y de fiebre del heno. La sucesión más corriente de acontecimientos es: Dermatitis Atópica en Lactancia. Asma en la niñez y Fiebre del Heno en el Adulto. En 1892, el francés Besnier la describió y le dió el nombre de Prurigo DIATHESIQUE, por la diátesis que tienen estos enfermos por el prurigo. Brocq ideó el nombre de Neurodermatitis disseminada, pensando en la participación de la inervación en sentido neurológico de la dermatitis y los pacientes eran nerviosos pensando en sentido psiquiátrico. Vise y Sulsberger propusieron llamar a la enfermedad Dermatitis Atópica, este nombre entrañaba carácter alérgico o de hipersensibilidad, pero no se ha comprobado la etiología alérgica. Ha sido llamada Eccema, prurito con liquenificación, etc.

La piel se irrita más fácilmente que lo normal, al irritarse se torna excesivamente prurítica durante largo tiempo; la lana, el su-

dor o factor emocional pueden causar prurito y éste una crisis de rascadura que lo agrava: "ciclo de prurito y rascadura". "Las exacerbaciones de la Dermatitis atópica guardan relación con la psique. Ello se advierte durante períodos de tensión al igual que de aburrimiento". Cursa por tres períodos: lactancia, niñez y adultos, difieren únicamente en distribución y morfología de las lesiones. No siempre comienza en la lactancia ni todos los pacientes presentan los tres períodos.

En Lactantes, las zonas de Dermatitis suelen ser húmedas y por lo regular se advierten en carrillos y superficies extensoras de las extremidades. En otros pacientes la enfermedad es recurrente con crisis que dura varios meses. Cuando persiste después de los dos años de edad hay tendencia de que persista hasta la etapa adulta.

En los niños, la piel se torna seca y engrosada, con aumento de las líneas normales; se le llama liquenificación. Hay escoriaciones perceptibles por rascarse, tiene tendencia a localizarse en los pliegues de flexión, (codo, hueco poplíteico, lado del cuello de las muñecas y superficies de las manos.).

En el adulto se localiza en manos, pies y genitales. El diagnóstico en ocasiones es difícil si hay participación limitada y no se investiga el antecedente de Dermatitis. Hay pacientes con caracteres de Dermatitis A. sin antecedentes de Dermatitis infantil.

El aspecto clínico es idéntico al de pacientes con antecedentes comprobados. En la edad adulta, la relación entre la enfermedad y las emociones suele ser muy fuerte, por lo cual el trastorno a menudo se ha llamado "Neurodermatitis diseminada". En adultos es semejante a la de la niñez. Afecta superficies flexoras de extremidades y cara, lados del cuello y nuca, suele haber localización especial en dorso de las manos, pies o región genital, poca tendencia a las lesiones húmedas predominando placas de Dermatitis seca con liquenificación. En casos crónicos la piel tiene aspecto oscuro, frecuentemente tinte azul, parece y se siente coriácea y puede estar atacada toda en casos graves, ausencia de cejas por frotamiento, zonas atacadas son señaladas y demostradas al médico por frotamiento enérgico. (6)

DERMATITIS SEBORREICA

Es una enfermedad crónica de la piel, se origina en el cuero cabelludo, donde se propaga a zonas supraorbitales, párpados, surco nasolabial, labios, orejas, área esternal, axilas, pliegues submarios, ingles y pliegue interglúteo.

Forma escamas secas, húmedas o grasosas y placas amarillentas o rosado-amarillentas, costrosas, de varias formas o tamaños, picor moderado. Se puede presentar en forma seca furfurácea y escamosa en el cuero cabelludo, iniciándose con pequeñas placas que invaden rápidamente toda la superficie. En el tipo oleoso, se presenta eritema y costras gruesas acumuladas. Hay tendencia a la caída del cabello en las zonas afectadas, iniciándose en el vértice y en las regiones frontales.

Otros cuadros más graves, se manifiestan por placas gruesas o erupciones psoriasiformes, exudación, costras gruesas, extendiéndose del cuero cabelludo a la frente, orejas, regiones pos-auriculares y cuello, teniendo bordes convexos amarillentos o amarillo rojizo, en casos más graves, toda la cabeza está cubierta de una costra gruesa, sucia y de mal olor. En las cejas se observa caspa, la piel es eritematosa y pruriginosa, los bordes de los párpados aparecen eritematosos y granuloso (Blefaritis Marginal), conjuntivas rojas y párpados con manchas escamosas de bordes irregulares rosado amarillentos. Pueden parecer grietas en surco nasolabial y alas de nariz con descamación amarillo rojiza, dejando a veces fisuras. Hay descamación en los conductos auditivos, y si el cuadro está muy avanzado, brotan lesiones escamosas pruriticosas alrededor del meato auditivo y en región pos-auricular o bajo el lóbulo auricular. Puede haber adenopatía regional.

Hay casos de erupción papulosa de las mejillas, nariz y frente, con escamas grasosas rojo amarillentas de más o menos 1 a 8 mm. de diámetro. La Queilitis exfoliativa aparece cuando los labios están tomados. En las axilas comienza en el ápice de los pliegues de la piel propagándose a piel vecina, pueden estar invadidos la aureola mamaria, región submamaria y ombligo, y es común en ingles y región interglútea con manchas finamente escamosas y bordes menos definidos, bilaterales y simétricas. Las palmas de manos y plan-

tas de pies presentan erupción vesiculosa y pueden estar tomadas las uñas, donde se ven estrías longitudinales y transversas, tornándose frágiles y grises. Puede estar generalizada pero es frecuente su localización en una zona. (2)

ALOPECIA AREATA

Con el nombre de Alopecia se conoce la falta total o parcial del pelo y según sus características clínicas, reciben el nombre de: Totales, Parciales, Difusas, Circunscritas, Temporales, Definitivas, etc.

La Alopecia Areata está representada por lesiones circunscritas en áreas bien delimitadas, redondeadas donde falta el pelo sin que se observe alteración alguna por parte del cuero cabelludo.

Es un cese de la actividad folicular y producción de pelo, por lo tanto, estando presente el folículo, hay posibilidades de que vuelva a producirse pelo. Las lesiones son placas en crecimiento centrifugo, desprendiéndose los pelos con gran facilidad.

Lo que diferencia una forma clínica de otra, es la evolución. Hay veces en que la lesión es una sola placa, no percibida por el enfermo, y si por los demás, que después de un crecimiento limitado, tiende a desaparecer, no apareciendo nunca más. En otros casos la primera lesión alopésica, es seguida por otras, diseminadas en cuero cabelludo, incluso en barba en el hombre en corto período de tiempo, presentando unas veces regresión o recidiva. Hay casos en que la aparición de placas se sucede en el tiempo, encontrándose muchas veces cada una de ellas en diferentes períodos: en actividad, en crecimiento, en regresión, de repoblación pilar. En estos casos más inestables de la alopecia areata múltiple es frecuente vincularlos a trastornos nerviosos o situaciones de stress-psíquico. Estos casos de recidivas constantes y de remisión total, se pueden prolongar durante años en algunos casos. Hay casos menos frecuentes en que las lesiones salpicadas de alopecia, son la primera fase de una alopecia total posterior, acompañándose a veces de afección de cejas y pestañas o placas alopécicas de vello de las extremidades o tronco llegando a veces a una alopecia Universal de difícil tratamiento y de difícil regresión espontánea. (4)

URTICARIA

Es una acumulación de serosidad por aumento de la permeabilidad capilar, dando lugar a la aparición de lesiones pápuloedematosas llamadas habones. Son de aparición brusca, inestables, que pueden persistir desde unos minutos hasta unas horas, de localización variable, a veces son limitadas a cierta zona de la piel y otras veces diseminadas.

Se inician con un eritema alcanzando distintos grados de intensidad, según que la hinchazón logre una mayor o menor presión, dando lugar a coloración eritematosa cuando hay baja presión y porcelánico cuando la hay alta. Se acompañan de prurito intenso o moderado. Desaparecidas las lesiones no dejan secuelas. En ciertos casos la presión del edema subepidérmico es alta que origina una ampolla. (4)

Hay urticaria ficticia determinada por el traumatismo de la piel y es condicionada por la liberación de sustancias de acción histaminica. No se sabe sobre su mecanismo de producción. No se llega a limitar como el dermatografismo, este es un eritema producido por el roce.

Las lesiones pueden tener formas ovaladas, circulares, circinadas, etc. Algunas veces no solo es atacada la dermis, característica de la urticaria, por la hinchazón, sino también la hipodermis, observándose este fenómeno en regiones de piel más laxa, más desplazable como lo son los genitales, párpados, labios, etc. llamándose entonces urticaria gigante o edema angioneurótico, teniendo la característica de reaparecer en la misma región y cuando aparecen en mucosas respiratorias, zona laríngea, pone en peligro la vida del paciente. (4).

PSORIASIS

Las lesiones se caracterizan por su eritema y descamación. Las escamas de aspecto nacarado, que al desprenderse pone en evidencia la membrana de Duncan y Buckley, de aspecto brillante y al desprenderse ésta, se evidencian pequeños vasos hemorrágicos-rojo hemorrágico. Puede variar su aspecto clínico según localización, agude-

za, cronicidad y por complicaciones.

La descamación es producida por la adherencia de escamas, formando una capa córnea anormal, persistiendo los núcleos (paraqueratosis), ausencia de capa granulosa, con gránulos de queratina, que favorece el apareamiento. Prolongación de papilas entre la capa de Malpigh hiperplásica que forma el rocio hemorrágico al romperse los pequeños vasos distales. (Signo de AUZPWITZ).

Las lesiones se presentan en varias formas: lesiones en gota de parafina por lo general diseminadas en el tronco y las extremidades, característica subaguda; formas numulares con bordes bien delimitados o en placas grandes o pequeñas que a veces regresan en su parte central dando figuras anulares serpiginosas, policíclicas, característica de las lesiones crónicas.

Su localización es muy variable: cuero cabelludo, cara de extensión de las extremidades, codos, rodillas, tronco, región lumbosacra, pudiendo ser útil en el Dx. Dif. con otras lesiones descamativas. Por lo general, no se acompañan de otras manifestaciones cutáneas y su morfología puede ser variable, a veces aparecen las escamas mezcladas con una secreción, más adheridas, no descamativas fácilmente, parecidas a escamacostras, precisando diferenciarlas de eccema seborréico, etc. llamada forma exudativa.

A veces las lesiones son pustulosas, frecuentemente en la palma y planta de los pies, a causa de la mayor resistencia y desarrollo de la capa córnea llamada forma pustulosa donde es más fácil observar los pequeños abscesos de Monro-Sabouraud.

Las formas infiltrativas presentan un espesamiento de la piel afectada por endema e infiltración y se observa espesamiento de la epidermis (acantosis) por intensificación del fenómeno escamativo.

Es una enfermedad crónica con fases de actividad y remisiones, en las de actividad hay apareamiento de lesiones y en las de remisión, éstas faltan, estas fases, la localización, extensión o intensidad varían según el enfermo. En personas enfermas en fase de actividad puede ponerse de manifiesto el fenómeno de Koebner, que no es más que la aparición de lesiones psoriásicas en una zona de trauma-

matismo lo que demuestra una situación de latencia de la perturbación que condiciona su aparición. (4)

DERMATITIS FICTICIA

Se conoce con el nombre de Dermatitis Artefacta, Simulación de enfermedad, Erupciones fingidas, Gangrena Histérica, Gangrena Neurótica. Son lesiones autoinfligidas conscientemente para despertar simpatía, obtener seguridad, eludir un deber; son personas neuróticas. Las lesiones pueden ser provocadas por medios mecánicos o por irritantes químicos y caústicos que pueden imitar otras dermatitis, aunque suelen tener un aspecto raro, característico, evidente y junto con la especial forma y disposición, es difícil pensar en otra afección. Son lesiones distribuidas simétricamente y en partes asequibles a las manos, lineales, regulares; (observar si el paciente es diestro). Pueden ser eritematosas, vesiculosas, flictenulares, ulcerosas o gangrenosas dependiendo de la forma o sustancia empleada para su producción. Los medios más usados son: uñas, puntas de aguja, metales calientes, ácido fénico, ácido acético, ácido clorhídrico, sosa o potasa cáustica, trementina, etc. A veces la enfermedad se manifiesta por la prolongación acentuada de una cicatrización de una herida la cual el paciente intencionalmente mantiene abierta. Se puede establecer el Dx. únicamente con papel tornasol aplicado a la lesión el cual lógicamente virará de acuerdo al ácido o alcalí. El Tx. es dermatológico-Psiquiátrico siendo muy importante no manifestar ninguna sospecha al paciente y establecer el Dx. sin conocimiento del mismo. (2)

HIPERHIDROSIS

Es la secreción anormal de grandes cantidades de sudor; puede ser originada por factores ambientales (clima), físicos (ejercicio), patológicos (fiebre), emocionales o psicógenos; tiene formas generalizadas o localizadas a diferentes regiones del cuerpo. En la hiperhidrosis psicógena no hay alteración anatómica ni patológica de las glándulas sudoríparas, sino que es funcional consistiendo en la producción y excreción excesiva de sudor, desencadenada por estados de ansiedad, temor, miedo, vergüenza, etc.; las zonas afectadas son: palmas de las manos, planta de los pies, frente, cara, cuello, axilas, pubis, etc. puede llegar a causar agotamiento físico general. El en-

fermo nota que las manos siempre las mantiene frías y húmedas, se seca constantemente con trapos o se las lava a cada rato; es fácil su Dx. porque el paciente siempre tendrá las manos húmedas; puede manifestarse en forma leve y grave siendo su Tx. Dermatológico, Psiquiátrico, Quirúrgico.

V PSICOSIS, NEUROSIS, ANGUSTIA, DEPRESION, NECESIDAD DE DEPENDENCIA, IRA.

PSICOSIS

Es un trastorno serio de la mente el cual impide las relaciones del paciente con otras personas o grupos sociales. Los ajustes vocacionales, sociales y sexuales sufren deterioración y pueden estar bloqueados. (5)

“La función mental está lo bastante trastornada para alterar notablemente la capacidad del sujeto para satisfacer necesidades corrientes de la vida. El trastorno puede abarcar deformación notable de las interpretaciones de la realidad socialmente aceptadas. Suele acompañarse de distorciones graves en percepción, intelecto, efectividad, motivación y conducta. Hay descompensación y regresión de la personalidad” (3)

NEUROSIS

Es un trastorno menos grave de la mente. Los ajustes sufren deterioración, pero como regla general no son bloqueados. (5)

“El caracter principal es la ansiedad (angustia) que puede ser experimentada en modo inconsciente o consciente, y domina por diversos mecanismos psicológicos de defensa. No hay deformación de la realidad ni desorganización de la personalidad”. (3)

ANGUSTIA

“la angustia es una sensación persistente de terror, aprensión y desastre inminente; constituye una respuesta a la amenaza que surge de profundos y peligrosos impulsos reprimidos dentro de la personalidad, o bien a los sentimientos reprimidos que luchan por hacerse conscientes; es una advertencia de peligro que se origina en la presión que ejercen las actitudes internas inaceptables. Difiere del miedo en que no puede referirse a objetos o incidentes específicos. El paciente ignora la fuente de su angustia”.

“La angustia a menudo es desplazada de su fuente original, no reconocida, hacia otra situación que el paciente considera como una causa razonable de aprensión, que despierta esa inquietud difusa e imprecisa, y esa tensión molesta. En ocasiones la angustia no está ligada a un contenido ideativo, sino que se experimenta como un miedo morboso, sin causa aparente. Este tipo de angustia, que se siente y expresa directamente, se conoce como angustia libremente flotante. Por otra parte la angustia en esta forma escondida, no existe tensión aparente, ni aprensión molesta, ni manifestaciones físicas. Los diversos rasgos de la personalidad del individuo, junto con los mecanismos mentales que se han desarrollado para disfrazar o desplazar su angustia, pueden ser suficientes como defensas para prevenir su expresión franca. Sin embargo, dicha angustia puede ser a pesar de todo, la base fundamental para el desarrollo de trastornos o desviaciones graves de la personalidad. Este estado es el síntoma principal en las llamadas neurosis de angustia y a menudo se manifiesta frecuentemente en otras neurosis. Por lo tanto, la angustia y los diversos mecanismos defensivos como la represión, la conversación y el desplazamiento, que se desarrollan para evitarla, constituyen factores importantes en la psicopatología de las personalidades anormales, de la psiconeurosis, de la psicosis y de las enfermedades psicosomáticas”.

Por efecto sobre el sistema nervioso autónomo, la angustia tiene facilidad para trastornar las funciones fisiológicas y encontrar expresión en síntomas psicofisiológicos. En las formas agudas, a través de estimulación del sistema nervioso autónomo, puede producir tensión visceral generalizada e hiperventilación; espasmo de las porciones cardíaca y pilórica del estómago, irritabilidad intestinal, hiperclorhidria, diarrea o constipación, palpitaciones, taquicardia, bochornos (trastornos vasomotores y dificultad respiratoria)”.(7)

DEPRESION

“La depresión es un tono afectivo basado en un sentimiento de tristeza y es la afección de que más se quejan los pacientes psiquiátricos. La depresión varía desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia, hasta desesperación en grado extremo. En el síndrome depresivo ligero, el paciente está inmóvil, inhibido, cohibido, infeliz, pesimista; se desprecia a si mismo y experimenta

una sensación de lacidud, indiferencia, falta de ánimo y desesperanza. Es incapaz de tomar decisiones y le cuesta trabajo ejecutar actividades mentales que habitualmente no le dificultan. Se preocupa exageradamente por problemas personales. Algunos individuos deprimidos son petulantes, quejumbrosos y desconfiados. En la depresión un poco más profunda existe tensión desagradable constante; toda experiencia se acompaña de dolor mental; el paciente está impenetrable absorto en unos cuantos tópicos de naturaleza melancólica. La conversación puede hacerse penosamente difícil. Su actitud y sus modales reflejan aflicción y desesperación. La actitud afectiva desalentada del paciente se proyecta en su ambiente, el cual refleja su triste perspectiva de vida. Se siente rechazado y sin que nadie lo quiera. Puede llegar a preocuparse a tal grado por sus reflexiones depresivas, que se alteran la atención, la concentración y la memoria.

Algunos pacientes, están angustiados, perplejos y se quejan de una sensación de irrealidad o de incapacidad para pensar. Son frecuentes síntomas como cefalalgias, tensión dentro de la cabeza, fatiga, pérdida del apetito y constipación, que aparecen en más de la mitad de los casos de depresión”.

La expresión facial es de abandono, perplejidad y desesperanza y tal vez de miedo; los párpados inferiores le cuelgan y la piel de la frente se pliega, caen las comisuras de la boca y con frecuencia los ojos miran hacia abajo. Los grupos musculares antagonistas muestran un ligero desequilibrio, los flexores y los aductores están moderadamente contraídos, de los que resulta que el cuello, el tronco y las extremidades presentan la actitud de “Flexión de la depresión”. (7)

NECESIDAD DE DEPENDENCIA

“Desde el punto de vista clínico, el término “necesidad de dependencia”, se refiere a un conjunto de anhelos profundamente arraigados, que corresponden a la necesidad de recibir cuidados, de ser provistos de alimentos y de ser ayudados, como sucede en el caso de un niño pequeño.

Estos anhelos son naturales y tiene como base la impotencia

del niño; como en el caso de los impulsos destructivos, persistentes se hacen más fuertes como resultado de algunas frustraciones de las necesidades nutritivas y eróticas de la infancia. Como los impulsos destructivos, las necesidades de dependencia son capaces de sublimación". (5)

IRA

"La ira normal entraña el bloqueo o imposibilidad de alcanzar una meta propuesta (frustración), con el enfoque, ataque o intentos ulteriores de destruir la obstrucción". (3)

VI CASOS CLINICOS

1. Paciente de 25 años, sexo masculino, casado, piloto automovilista, consultó porque desde hace más o menos 4 meses comenzó a notar caída del cabello, a sentirse muy nervioso y a padecer de insomnio. Refiere que no tiene problemas en su trabajo, pero frecuentemente vive peleando con su esposa por tener ella muy mal carácter, no lo deja comer tranquilo, es celosa y no comprende que en algunas ocasiones tenga que trabajar fuera de horas acostumbradas.

La lesión en cabeza comenzó con una pápula pruriginosa, la cual desapareció y después notó caída del cabello en la misma región. También comenzaron a salirle pústulas dolorosas en diferentes partes del cuerpo; expresa que la pérdida del cabello y los furúnculos coinciden con el tiempo de estar intranquilo, nervioso a causa de la vida hogareña que lleva.

El examen físico fue Nl. excepto alopecia en parte posterior del cuello en área de $\pm 2 \text{ cm.}^2$ de diámetro, furúnculos en cara interna y externa 1/3 superior de muslo derecho.

El paciente durante el interrogatorio, no da información espontánea, si responde adecuadamente cuando se le pregunta, sus oraciones son muy cortas, va al grano, es poco descriptivo.

I.C. Reacción Psicofisiológica Dermatológica (Alopecia Areata-Furunculosis).

La evolución con Tx. Dermatológico, Psicofármacos y Psicoterapia fue satisfactoria, saliéndole pelo en región alopécica rápidamente y logrando una estabilidad emocional. (1)

2. Paciente de 35 años, sexo masculino, casado, consulta por tener desde hace tres meses cuadro de depresión y angustia, dolor precordial, asociado a cefaleas y vómitos poco frecuentes, Examen físico y de laboratorios Nls. excepto cuadro compatible con Alopecia Areata que se inició cuando comenzó a sentirse deprimido, intranquilo, con insomnio, irritable; se le dió tratamiento dermatoló-

gico y psiquiátrico ambulatoriamente pero a los dos años de llevarlo sintió excitación y en la misma ocasión, intentó matar a su esposa, sufrió amnesia pasajera pero al volver "en Sí", se dió cuenta de lo que estaba haciendo, se puso a correr y a llorar como un niño; tuvo exacerbación de Alopecia Areata y secundariamente se le encontró al examen físico Pitiriasis Versicolor en espalda y miembros inferiores.

I.C. 1-Alopecia Areata.

2-Psiconeurosis.

Se le aplicó tratamiento Psiquiátrico (Psicofármacos, Psicoterapia) y dermatológico evolucionando satisfactoriamente. (1)

3. Paciente de 56 años, sexo masculino, casado, originario y residente en esta capital con cuadro persistente de Psoriasis de 4 años de evolución con predominio en cuero cabelludo y lesiones en tronco y miembros inferiores que han tenido remisiones con tratamiento indicado pero que tienen exacerbación marcada cuando se sienten preocupado, fuertemente deprimido, irritable, deseoso de llorar, situaciones que las viene padeciendo desde hace 4 años.

I.C. -Psoriasis

Evolución satisfactoria cuando se le dió Psicoterapia y Psicofármacos complementarios a tratamiento Dermatológico. (1)

4. Paciente de 52 años, sexo masculino, casado, católico. A la exploración física se encuentra consciente, orientado en tres esferas, órganos y sistemas nls. presenta en piel áreas máculo-escamosas, cubiertas de escamas secas, plateadas, diseminadas en el cuerpo. de forma irregular, gruesas debido a la acumulación de escamas sueltas hacia la periferia de la placa. Al interrogarlo refirió que las lesiones le aparecieron cuando asumió trabajos de mucha responsabilidad y ha notado que se le alivian cuando está tranquilo pero vuelven a aparecer cuando siente sensación de tristeza, depresión por problemas que se le presentan en el trabajo. Estas remisiones y recidivas

las viene padeciendo desde hace 12 años.

I.C. - Psoriasis.

Se le aplicó tratamiento Dermatológico acompañado de Psicoterapia evolucionando en forma adecuada. (1)

5. Paciente de sexo masculino, 19 años de edad, originario de Escuintla y residente en el Puerto de San José; soltero, ocupa el 5o. lugar de 10 hermanos. Consulta por presentar granos que le producen manchas en la cara, pruriginosas de 4 meses de evolución.

Al examen físico se encuentran lesiones de Dermatitis seborréica en cuero cabelludo, múltiples áreas rosadas e hipopigmentadas de 0.5 cm^2 en cara, zonas despigmentadas en áreas expuestas de brazos; se investigó al paciente y refirió éste que las lesiones presentes aparecían y se exacerbaban cuando se sentía decaído, deprimido, aburrido. En el transcurso de su hospitalización sufrió varias veces de prurito en cara y cuero cabelludo; se producía lesiones de rascado con aspecto de excoriaciones neuróticas; se le aplicó tratamiento Dermatológico, Psicofármacos y Psicoterapia, evolucionando bien. (1)

6. Paciente de sexo femenino, soltera, oficios domésticos, originaria de Chimaltenango y residente en Puerto Barrios.

Consultó por cefaleas intensas frecuentes y visión borrosa de varios años de evolución, flatulencia, pirosis, intolerancia a comidas irritantes de 6 meses de evolución. Al examen físico lo único anormal fue leve dolor en epigastro a la palpación profunda y Dermatitis seborréica localizada en cuero cabelludo. Refirió la paciente que la Patología arriba indicada le aparece y se agudiza más cuando se encuentra deprimida y ansiosa; fue evaluada psiquiátricamente encontrándosele problemas de tipo emotivo-familiar (relación familiar Socio-económica).

I.C. -Neurosis Depresiva-Ansiedad situacional. Dermatitis Seborréica. Enfermedad Péptica.

La evolución hospitalaria y ambulatoria fue satisfactoria con tratamiento médico, Dermatológico, Psicofármacos y Psicoterapia.

(1)

7. Paciente de 19 años, sexo masculino, soltero, agricultor, originario de Sacatepéquez y residente en esta capital.

Consulta por alergia de tres años de evolución la cual aparece cuando se encuentra ansioso. Al interrogatorio se encuentra a paciente con factores determinantes de Angustia, poca comunicación del mismo, insatisfacción con el trabajo que desempeña. Examen físico normal excepto placas de urticaria, extensas, diseminadas en tronco y miembros.

I.C. -Urticaria.

-Síndrome de Angustia.

Se le aplicó tratamiento Dermatológico y Psicoterapia, con evolución satisfactoria. (1)

8. Paciente de 30 años, de sexo masculino, originario de El Progreso y residente en el Quiché, agricultor, unido. Consulta por alergia en todo el cuerpo, de 6 meses de evolución. Refiere que le comenzaron a salir ronchitas como piquetes de zancudo, con prurito en todo el cuerpo las cuales se exacerban cuando padece de insomnio, intranquilidad por su familia; se le encuentra al examen físico pápulas eritematosas en piel de brazos y fenómeno de Dermografía, ligera depresión y sintomatología de ansiedad.

I.C. -Urticaria, evolución satisfactoria a base de tx. Dermatológico y Psicoterapia. (1)

9. Paciente de 58 años de edad, sexo masculino, casado, originario y residente de esta capital, alfabeto. Consultó por presentar prurito intenso, desde los pies a las rodillas de 15 días de evolución el cual se calma al lavarse con jabón detergente; a los 8 días principió a presentar lesiones eritematosas, pruriginosas, que se diseminaron

por región glútea, escroto, muslos, brazos y cara. Antecedentes: 8 meses antes presentó crisis "alérgicas a repetición", agudas que lo obligaban a tirarse al suelo, desesperado sin causa alguna, para aliviar la picazón; en esta oportunidad se encontró en su sintomatología fuerte componente emocional, se alivia el cuadro únicamente con antihistamínicos y tranquilizantes. Lo anormal en la exploración física de ingreso fue: Párpados enrojecidos con lesiones descamáticas pruriginosas; lesiones descamativas diseminadas en piel anterior y posterior de tórax y áreas eritematosas, descamativas, pruriginosas, escamas en piel de abdomen y genitales; en piel de extremidades áreas descamativas, pruriginosas, eritematosas, diseminadas con signos de infección, localizadas de preferencia en huecos poplíteos y tobillos. En ocasiones también presentó prurito anal y ardores al defecar. En los interrogatorios siguientes se pudo comprobar qué cuadro clínico anterior se agudizaba y recidivaba cuando el paciente se encontraba deprimido, indispuesto y se curaba con tratamiento antihistamínico, esteroides, tranquilizantes y psicoterapia; su evolución fue satisfactoria y posteriormente fue seguido por Dept. de Psiquiatría por Etilismo Crónico. (1)

I.C. -Neurodermatitis.

10. Paciente de 21 años, sexo masculino, soltero, agricultor; refiere que desde hace 18 meses le salió una mancha en región posterior de rodilla izquierda, pruriginosa, con sensación de ardor en el mismo sitio el que le impide la marcha. A la exploración física se observa lesión pápulo-escamosa $\pm$ 12 cm. de diámetro en región poplíteica; se le dió tratamiento Dermatológico teniendo mejoría notable; a los 20 días presentó cuadro distrófico neurovegetativo consistente en Ansiedad, dolor cervical, parálisis del cuello, dolor epigástrico, manifestaciones exageradas de dolor, desviación de comisura labial hacia el lado derecho, aparente trismo, taquicardia y recidiva marcada de la lesión dermatológica en el hueco poplíteico; fue clasificada como Neurodermatitis circunscrita. Con tratamiento Dermatológico y Psicoterapia, evolucionó satisfactoriamente. (1)

11. Paciente de 22 años de edad, sexo masculino, soltero, refiere que hace 4 meses le brotaron granitos pruriginosos en el ombligo

diseminándose a testículos y extremidades. Las alteraciones encontradas fueron lesiones de piel, simétricas, escamosas, distribuidas indistintamente, de tamaño y forma irregular, límites definidos, secretoras de líquido claro especialmente cuando se rascan, localizadas en miembros superiores, tórax posterior, abdomen, pene, escroto, muslos y piernas y lesiones de rascado en dedos de miembros inferiores, cuadro con características de una evolución insidiosa y acción progresiva con aumento de lesiones y prurito frecuente; expresó posteriormente el paciente que siente nostalgia por muerte de madre desde hace 10 años, ausencia de familiares y deseo de estar junto a ellos; inconformidad con ocupación que desempeña y situación económica mala. Las lesiones tienen remisión cuando se encuentra tranquilo y no piensa en sus problemas, pero se exacerban cuando entra en situaciones de depresión y angustia.

I.C. -Neurodermatitis. Evolucionó satisfactoriamente con tratamiento Dermatológico y Psicoterapia. (1)

12. Paciente de 11 años, sexo masculino, escolar, originario de Mazatenango y residente en esta capital.

La madre consulta por tener el niño lesiones en la piel, diseminadas, de 15 días de evolución.

La madre refiere que al niño hace quince días le salieron lesiones eritematosas, pequeñas, abultadas, sumamente pruriginosas en la piel de región parotídea derecha, no le dió importancia a esto y sólo le rascó para calmarle el prurito; al día siguiente las lesiones le salieron en el lado opuesto, siendo más pruriginosas y rápidamente se diseminaron al resto de la cara, notó que tenía los labios y las orejas ligeramente hinchadas y en los días siguientes se generalizó dicha situación, presentándose en el resto del cuerpo. Le prescribieron antihistamínicos sin tener alivio y el cuadro empeoró, descamando las lesiones y brotando líquido amarillo de su interior. Al examen físico los datos positivos fueron: Soplo sistólico G 1; conjuntivas congestionadas, bordes palpebrales con costras, piel de la cara con lesiones costrosas fácilmente desprendibles, emanan de su interior líquido plasmático; piel de pabellones auriculares con sus pliegues sumamente engrosadas con áreas de infección localizada,

labios secos y agrietados; la elasticidad de la piel está considerablemente disminuida, las lesiones están localizadas en cara, cuello, tronco y miembros superiores, el resto de la piel es normal. Antecedentes de importancia: Enuresis, alergia a carne de cerdo. La evolución fue satisfactoria con Tratamiento Dermatológico. A los 4 años empezó a sentir insomnio y complejo de inferioridad con respecto a sus compañeros durante más o menos 3 meses y se hospitalizó nuevamente por referir vómitos sanguinolentos, hiperacidez, inestabilidad en el hogar, complejo de inferioridad y manchas blanquecinas en región posterior del cuello. A los 2 años del cuadro anterior presentó nuevamente áreas pruriginosas, enrojecidas, inflamadas con engrosamiento de la piel, pequeñas vesículas llenas de líquido claro, descamativas, en piel de cuello, pabellones auriculares, cara externa de brazos y dorso, y lesiones de rascado en cuello.

El cuadro dermatológico tenía remisiones cuando se encontraba sin problemas o conflictos emocionales y exacerbaciones cuando sentía inferioridad de su personalidad con respecto al grupo que pertenecía; fue clasificado el cuadro como Neurodermatitis y Reacción Neurótica por conflictos de la edad; evolucionó satisfactoriamente con Tratamiento Dermatológico y Psicoterapia; quedó únicamente con sensibilidad a la luz solar, brote de pápulas descamativas y prurito desencadenado por sudoración, en la región cervical posterior resistente a tratamiento por cronicidad del cuadro. (1)

13. Paciente de 12 años, sexo femenino, estudiante, soltera, padres y 4 hermanos aparentemente sanos. La paciente desde la edad de 9 años padece de ronchitas en la piel, pruriginosas, localizadas en tórax, abdomen y extremidades, con evolución de remisiones y exacerbaciones, es una paciente con marcados trastornos de la personalidad, tensa, tímida, deprimida y cuando sufre alteraciones más intensas de su personalidad es cuando se exacerban las lesiones de la piel; se le aplicó tratamiento dermatológico y psicoterapia personal y familiar teniendo evolución satisfactoria. Se le clasificó como Neurodermatitis y Síndrome Depresivo. (1)

14. Paciente de 23 años, masculino, originario de Baja Verapaz y residente en El Petén; padre de tres niñas. Notó hace 9 meses el apareamiento de manchas pruriginosas con escama blanquecina, que

al rascado deja erosiones costrosas en todo el cuero cabelludo; datos positivos del examen físico; lesión localizada en cuero cabelludo, ocupando más de la mitad del mismo, predominando en la región frontal y placa solitaria en región interescapular, la lesión de la cabeza mide aproximadamente 12 x 16 cm. papulosa, con bordes irregulares, multiforme, con escamas plateadas, eritematosas y pruriginosas de evolución crónica cuadro desencadenado por problemática conflictiva anterior del paciente; actualmente luce sintomatología de ansiedad con componente depresivo. Se le aplica tx. dermatológico, Antidepresivos y Psicoterapia, evolucionando bien.

I.C. -Psoriasis. (1)

15. Paciente de 19 años, soltero, originario de Jutiapa y residente en Zacapa. Refiere que desde hace 4 años tiene sudoración excesiva de manos y pies, aún sin hacer ejercicio, hipotermia, coloración morada de las yemas de los dedos de ambas manos y temblor fino de las mismas; cuando hace ejercicio siente prurito en las manos y desaparece a los 3 o 4 minutos de iniciado; también cianosis de los dedos que desaparece a los 20 minutos de iniciada. Datos positivos del examen físico: sudoración de manos y pies; expresa inconformidad de estar trabajando en clima cálido y su deseo es estar en clima templado. Se le aplicó tratamiento dermatológico y la sudoración tenía remisión pero exacerbaba después, entonces se le aplicó psicoterapia y se le efectuó simpatectomía con resección del ganglio estelar y 2o., 3o. de la cadena simpática. egresó curado.

I.C. -Hiperhidrosis. (1)

16. Paciente de 19 años, masculino, soltero, originario de Huehuetenango y residente en esta capital. Desde hace 5 meses comenzó a sentir prurito intenso en dorso de las manos y coloración rojiza de las mismas, después se le fueron poniendo grises y engrosamiento de la piel de la misma región. Al examen físico se ve placa generalizada en ambas manos con predominio en el dorso, con aspecto de piel macerada, de consistencia firme con liquenificación; con tratamiento a base de queratolíticos tenía remisiones y sufría exacerbaciones cuando tenía depresión; se le trató con Psicoterapia, Antidepresivos y quimioterapia.

I.C. -Neurodermatitis. (1)

VII CONCLUSIONES

1. Todo paciente que presente lesiones de psicodermatosis debe ser evaluado como un todo, considerando que es una integración indivisible de sistemas u órganos en continuo equilibrio.
2. Muy importante es valorar una enfermedad dermatológica que puede afectar la homeostasis de un individuo y las consecuencias perjudiciales hacia el medio que lo rodea.
3. La evaluación psiquiátrica adecuada, determina y resuelve los problemas o problema que utilizan a la piel como medio de expresión, evitando las lesiones dermatológicas irreversibles que las psicodermatosis ocasionan.
4. Hay que relacionar datos en la historia clínica del padecimiento cutáneo con el análisis de la personalidad del paciente, hábitos, ocupaciones, estados socioeconómicos, hogar, lugar de trabajo, etc. para establecer un Diagnóstico y tratamiento adecuado.
5. La persistencia, remisiones y exacerbaciones a pesar del tratamiento de una lesión dermatológica, hace considerar la existencia de un componente psicológico por el apareamiento y evolución de la enfermedad.
6. La piel que recubre nuestro medio interno, es vista y tocada por nuestro medio ambiente. fácilmente y con frecuencia se convierte en medio de expresión de estados emotivos (Ansiedad, Depresión, Sentimientos, etc.) los cuales a veces se pueden exteriorizar con lesiones dermatológicas.
7. La psicoterapia y el tratamiento dermatológico pueden resolver las psicodermatosis, para beneficio del individuo como unidad integrante de una sociedad.
8. Se analiza y expone textualmente la historia clínica de 16 casos seleccionados al azar, en consulta externa psiquiátrica y dermatológica-Casos Conjuntos- del Hospital Militar.
9. De estos 16 casos 15 corresponden al sexo masculino y 1 al sexo femenino.

10. Sin precisar grupos etarios ni datos estadísticos, esta muestra comprendía edades de 11 a 56 años.
11. De la muestra escogida al azar se encontró:
6 casos de Neurodermatitis Circunscrita; 3 casos de Psoriasis Guttata; 2 casos de Alopecia Areata; 2 casos de Dermatitis Seborréica, 2 casos de Urticaria, 1 caso de Hiperhidrosis.
12. De todos los casos anteriores se había relacionado perfectamente la influencia psíquica en la persistencia de las lesiones dermatológicas.
13. La consulta psiquiátrica fue necesaria al no poder controlar los síntomas físicos iniciales que acompañan a las lesiones dermatológicas ni tratamientos efectuados a éstas.
14. En el grupo revisado se encuentran diversos síntomas físicos que no corresponden sus manifestaciones a las respuestas orgánicas esperadas.
15. Generalmente se había comprometido la integridad de la piel como consecuencia de Neurosis, Angustias, etc.
16. El trastorno Neurovegetativo desplazó el síntoma principal y/o la lesión dermatológica o viceversa.
17. Los componentes psicofisiológicos más importantes en esta revisión son Depresión y Síndrome de Angustia.
18. Las expresiones cutáneas por emociones psíquicas, pueden modificar las funciones de la piel y alterar su integridad.
19. La afectación emocional y el padecimiento dermatológico pueden ser resueltos en cierto tiempo o producir persistencia, cronicidad y repetición de las lesiones, pudiendo llegar a afectar cardinalmente la personalidad del individuo.
20. En las Psicodermatosis se enmarca claramente el círculo vicioso: Tensión-Ansiedad-Lesión Dermatológica; el padecimiento emocional produce su mayor expresión en la piel -la alteración dermatológica como respuesta- ésta a su vez, en su mayor o menor dimensión, alterará nuevamente al individuo emocionalmente, reiniciándose el círculo vicioso.

21. La expresión física en la piel puede ser desencadenada por alteraciones psíquicas puras -Excoriaciones Neuróticas-Tricotilomanía o por mezcla de factores como Ansiedad, Tensión, Depresión, etc.
22. En los niños, las psicodermatosis se han relacionado por dependencia, sobreprotección, abandono y trastornos en la personalidad materna, fraterna o ambas.
23. NO FUERON TOMADAS EN CUENTA todas las psicodermatosis y otras en que por no conocerse su etiología o estar en estudio se toman como tales.

VIII
BIBLIOGRAFIA

1. ARCHIVO MEDICO-ESTADISTICO, Hospital Militar Central, Guatemala, C. A. 1970-1975.
2. ANDREWS, GEORGE C.; FRANCISCO KERDEL-VEGAS; ANTHONY DOMONKOS, Tratado de Dermatología, España. Salvat editores 1965. pp61 - 165.
3. GREGORY, IAN. Psiquiatría Clínica. Traductor José Rafael Blengio. 2a. Ed. México. Interamericana. 1970. pp 36 - 366.
4. GOMEZ ORBANEJA, JOSE. Dermatología. España, Edit. Aguilar. 1972. pp236 - 567.
5. HOFLING, CHARLES K. Tratado de Psiquiatría. Trad. Luis Augusto Méndez. México Edit. Interamericana. 1967. pp 52 - 223.
6. NORINS, ARTHUR L. Dermatitis Atopica. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Trad. Homero Vela Treviño. México Edit. Interamericana. Agosto 1971. pp 801 - 816.
7. NOYES, ARTHUR P.; LAWRENCE C. KOLB. Psiquiatría clínica Moderna. Trad. Leopoldo Chagoya Beltrán, 3a. Ed. México Edit. La Prensa Médica Mexicana. 1970. pp 97 - 453.

Prof. Carlos Alfredo Laylle Romero

Dr. Neftalí Villanueva
Asesor

Dr. Edgar Godoy
Revisor

Dr. Julio de León
Director de la Fase III

Dr. Mariano Guerrero Rojas
Secretario

Dr. Carlos Armando Soto
Decano