

CASO CLÍNICO

La salud mental en pacientes con dermatitis atópica: Una necesidad subestimada – Reporte de un caso clínico

Kelly Zúñiga,^{1*} Mabely Meza,^{2*} Leslie Sellán,^{3*} Shirley Orellana^{4**}

* Médicos posgradistas en Dermatología de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo. Guayaquil, Ecuador.

** Médico Tratante del servicio de Dermatología del Hospital General Norte de Guayaquil Los Ceibos – Ecuador.

Correspondencia:
Dra. Kelly Zúñiga Bajaña
kellyzu20@hotmail.com
Celular: 0969447861

Palabras claves: Psicodermatosis, dermatitis atópica, salud mental

Cómo citar este artículo: Zúñiga K, Meza M, Sellán L, Orellana S. La salud mental en pacientes con dermatitis atópica: una necesidad subestimada – Reporte de un caso clínico. Rev Dermatol Cent Úraga. 2025;7(1).

Fecha de recepción: 27/11/2024
Fecha de aceptación: 19/02/2025

RESUMEN

En el tratamiento de las enfermedades de la piel se deben tener en cuenta los factores psicosociales implicados. En ciertas condiciones dermatológicas, se pueden identificar características demográficas y de personalidad que suelen relacionarse con el inicio o empeoramiento de la afección. Dada la compleja relación entre la piel y la mente, a menudo es complicado determinar si el problema principal radica en la piel o en la salud mental. En ocasiones, la manifestación clínica resulta de la interacción entre ambos aspectos y otros factores. Los trastornos dermatológicos pueden provocar diversos problemas psicopatológicos que impactan al paciente, a su familia y a la sociedad en general. Por esta razón, es esencial un enfoque interdisciplinario, multimodal, con una valoración exhaustiva que incluya a médicos de atención primaria, psicólogos, psiquiatras y dermatólogos, ya que esto podría ser muy útil y altamente beneficioso en la terapéutica, debido a que el abordaje integral es clave para mejorar la calidad de vida del paciente.

INTRODUCCIÓN

Es un proceso inflamatorio crónico y recidivante de la piel caracterizado por prurito intenso y sequedad cutánea, que cursa con periodos de remisión y exacerbación. Es la enfermedad cutánea crónica más común en los niños, con una prevalencia de hasta el 20%, condición que no solo afecta el bienestar físico, sino también puede tener un impacto significativo en la salud mental.¹

Las manifestaciones incluyen una variedad de lesiones, entre ellas máculas, pápulas, placas, liquenificación, entre otras. Adoptan una localización específica de acuerdo con la edad de presentación.²

Se requiere un manejo multidisciplinario enfocado en la gravedad de la enfermedad, incluyendo medidas higiénico-dietéticas y esquemas de tratamiento tópico como primera línea, e inclusive tratamientos de mayor complejidad que en muchos casos no son suficientes y no hay mejoría. Resultando frustrante tanto para el paciente, su familia y los profesionales de la salud.

El vínculo entre la piel y la mente es muy estrecho e integra un campo interdisciplinario que implica la dermatología, psicología y psiquiatría. En comparación con el resto de personas, las que presentan enfermedades

dermatológicas tienen un 30% más de alteraciones psíquicas y psiquiátricas.⁴

La piel es el límite entre el mundo interior y exterior, funcionando como un receptor y emisor del estado emocional de las personas.⁵ Si la alteración emocional de una persona no se resuelve satisfactoriamente, puede causar síntomas físicos. Este proceso se conoce como somatización, la cual se traduce involuntariamente en síntomas orgánicos. Se estima que el ectodermo de la piel y el sistema nervioso tienen un origen común, lo que podría explicar esta respuesta conjunta. De acuerdo a la clasificación de Koo et al. (2001), la dermatitis atópica se encuentra dentro de los trastornos psicofisiológicos.³

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 15 años, con antecedentes patológicos personales de dermatitis atópica desde los 5 años de edad. No refiere antecedentes patológicos familiares. Acude a consulta en compañía de su madre, quien refiere cuadro clínico que inició hace 4 años, caracterizado por múltiples pápulas eritematosas y pruriginosas que posteriormente confluyeron formando placas hiperqueratósicas con bordes bien definidos hiperpigmentados con centro descamativo, que oscilan entre 1cm y 8cm de diámetro. Ubicadas inicialmente en cara externa de ambos muslos y que posteriormente se localizaron a nivel de miembros superiores e inferiores, siendo de mayor tamaño las que se encontraban en codos, dorso de manos y pies (respetando palmas y plantas). Familiar menciona haber acudido durante el tiempo de evolución de la enfermedad a varios especialistas en varias ciudades del país, siendo polimedicada con antihistamínicos, corticoides tópicos, hidratantes y talidomida sin mejoría. (Figura 1).

Durante la anamnesis existió poca colaboración e irritabilidad por parte de la paciente, por lo que se sugirió realizar un abordaje multidisciplinario junto a Psiquiatría Pediátrica, Psicología y Alergología. En un inicio, familiar rehúsa valoración por el equipo de salud mental, aludiendo que su hija no presentaba afección psicológica. Cuenta con exámenes de laboratorio donde



Figura 1: Imagen clínica de piernas y pies con pápulas que confluyen formando placas hiperqueratósicas hiperpigmentadas con centro descamativo.

se muestra en biometría hemática eosinofilia 22% e IgE 5000 UI/ml. Función renal, hepática, tiroidea y tiempos de coagulación dentro de parámetros normales.

Se abordó a la paciente en primera instancia con medidas higiénico-dietéticas, tratamiento tópico a base de emolientes y corticoides, antihistamínicos orales, además de la realización de fototerapia UVB de banda estrecha de manera trisemanal.

Por el tiempo de evolución de la enfermedad y refractariedad al tratamiento, se realizó una biopsia incisional de una lesión, encontrando hiperplasia pseudoepiteliomatosa e hiperqueratosis con zonas compactas con pérdida parcial de la capa granulosa.

Se revalora paciente a los 2 meses con discreta mejoría; durante la exploración física, llamaba la atención cuadro de nerviosismo y manipulación constante de las lesiones de forma no intencional, por lo que se insiste en la necesidad de valoración por área de salud mental. (Figura 2)



Figura 2: Imagen clínica de brazo izquierdo con pápulas hiperqueratósicas y pruriginosas a los 2 meses de tratamiento.



Figura 3: Imagen clínica de brazo derecho con resolución total de lesiones iniciales.



Figura 4: Imagen clínica de pierna y pie izquierdo con parches hiper e hipopigmentados postinflamatorios.

En la evaluación por parte del equipo de salud mental se demostró labilidad emocional, ansiedad, irritabilidad y episodios depresivos que repercutían sobre el cuadro clínico inicial. Con cada nuevo episodio aumentaban las lesiones, intensificándose el prurito y la manipulación de manera no intencional. Se realizó terapia destinada a la contención de emociones y sentimientos, psicoeducación a paciente y familiar.

Después de 8 meses de tratamiento psicológico y clínico, se evidenció una remisión del 90% de las lesiones. (Figuras 3 y 4).

DISCUSIÓN

El análisis de este caso clínico resalta la importancia de la salud mental como causa de manifestaciones cutáneas inespecíficas en pacientes con dermatitis atópica, que podrían simular otros trastornos de la piel.

Las lesiones que presenta la paciente no forman parte de las manifestaciones típicas de la dermatitis atópica, ni se encuentran en áreas específicas para la edad de la paciente. Debido al cuadro clínico inespecífico, se realizaron numerosos tratamientos sin mejoría adecuada.

Lo que provocó poca satisfacción tanto para la paciente como para su familia. La irritabilidad y apatía mostradas, pueden sugerir una posible carga emocional asociada a su condición cutánea, razón por la cual se insistió en la necesidad del abordaje por el equipo de salud mental.

La ansiedad, labilidad emocional y episodios depresivos observados durante la evaluación psiquiátrica subrayan la conexión entre el prurito crónico y el deterioro del estado de ánimo.² El prurito constante puede reducir la calidad de vida, afectando las actividades diarias, el rendimiento escolar y las relaciones sociales.

El manejo de esta paciente requirió una intervención no solo por el área de dermatología, sino también por psiquiatría y psicología. La negativa inicial de la familia a buscar atención psicológica resalta un estigma potencial asociado a los problemas de salud mental, lo que puede ser un obstáculo en el tratamiento efectivo. La inclusión de un equipo multidisciplinario permitió abordar las necesidades clínicas y psicológicas de manera integral.

El tratamiento inicial se centró en medidas higiénico-dietéticas y terapia médica. Sin embargo, debido a la evolución de la enfermedad, justifica un enfoque más exhaustivo. La combinación de terapia médica con intervenciones psicológicas, como la psicoeducación y la contención emocional, resultó en un cambio significativo. Después de ocho meses de tratamiento, la paciente experimentó una mejoría del 90%, lo que subraya la importancia de abordar simultáneamente los aspectos físicos y psicológicos de su condición.

CONCLUSIÓN

Este caso clínico busca relevar la importancia de la salud mental, debido a que el 20% de los pacientes con enfermedades dermatológicas desarrollan trastornos psiquiátricos.¹ Durante la adolescencia se producen cambios físicos, psicológicos y conductuales, lo que hace de esta una etapa frágil y especialmente vulnerable a padecer algún tipo de afección psicológica repercutiendo sobre la piel.

La acción integrada de varias especialidades, entre las que se incluyen dermatología, alergología y salud mental, no siempre resulta en la curación de la enfermedad. Sino más bien permite a los pacientes lidiar con los problemas psicológicos y las dermatosis de una manera balanceada y autónoma, como se muestra reflejado en nuestra paciente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente incluido en este estudio y su representante han firmado el consentimiento informado, aprobando el uso de sus imágenes y datos clínicos exclusivamente con fines de investigación y publicación científica. Se garantiza que no se han proporcionado datos personales ni se han utilizado fotografías que permitan su identificación.

ORCID

Kelly Zúñiga  <https://orcid.org/0000-0002-1155-6800>

REFERENCIAS

1. Azambuja RD. The need of dermatologists, psychiatrists and psychologists joint care in psychodermatology. An Bras Dermatol [Internet]. 2017;92(1):63–71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20175493>
2. Torres M. Psicodermatología. La necesidad de comprender la mente y el cuerpo como una unidad indivisible. Rev Chil Psiquiatr [Internet]. 2019 [citado el 23 de septiembre de 2024];30(2):1–9. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/10/1398215/revis-ta-sopnia_2019-2-40-48
3. Gupta MA, Gupta AK. Current concepts in psychodermatology. Curr Psychiatry Rep [Internet]. 2014;16(6):449. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-014-0449-9>
4. Ortega R, Rodríguez R, García L. Psychodermatology: association between skin and mind. Derm re mex [Internet]. 2019 [citado el 20 de septiembre de 2024]; 68(4): 31–41. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68i1.9473>
5. Romaní de Gabriel J, Chesa Vela D. Psicodermatología en atención primaria. Piel (Barc, Internet) [Internet]. 2005;20(6):282–9. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0213-9251\(05\)72281-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0213-9251(05)72281-4)

6. Gordon-Elliott JS, Muskin PR. Managing the patient with psychiatric issues in dermatologic practice. Clin Dermatol [Internet]. 2013;31(1):3–10. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738081X11003270>
7. Kuhn H, Mennella C, Magid M, Stamu-O'Brien C, Kroumpouzos G. Psychocutaneous disease. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2017;76(5):795–808. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190962216311082>
8. Madhulika A. Emotional regulation, dissociation, and the self-induced dermatoses: Clinical features and implications for treatment with mood stabilizers. Clin Dermatol [Internet]. 2013;31(1):110–7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738081X11003415>
9. Tey HL, Wallengren J, Yosipovitch G. Psychosomatic factors in pruritus. Clin Dermatol [Internet]. 2013;31(1):31–40. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738081X11003300>
10. Yosipovitch G, Ishiuiji Y, Patel TS, Hicks MI, Oshiro Y, Kraft RA, et al. The brain processing of scratching. J Invest Dermatol [Internet]. 2008;128(7):1806–11. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022202X1533949X>
11. Dosantos AG, Torales PCC, De Oliveira Medeiros H. Caracterización de las psicodermatosis por trastornos psicofisiológicos y psiquiátricos secundarios, Hospital Regional de Encarnación, 2023. Discov med [Internet]. 2024 [citado el 8 de febrero de 2025];8(1):47–54. Disponible en: <https://revistascientificas.una.py/index.php/DM/article/view/4055>
12. D. TS, Calderón H. P. Actualización en psicodermatología. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile [Internet]. 2015 [citado el 9 de febrero de 2025]; Disponible en: https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/actualizacion_en_psicodermatologia
13. Escalas J, Guerra A, Rodríguez-Cerdeira MC. Tratamiento con psicofármacos de los trastornos psicodermatológicos. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2010;101(6):485–94. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001731010002267>
14. Rivera E, Arenas R. Excoriation (skin picking) disorder. A review. 2016 [citado el 10 de febrero de 2025];14:216–21. Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2016/dcm163h>
15. Fernández Armenteros JM, Molinero Ponce I, Castan Campanera E, Casanova Seuma JM. Perfiles psicológicos de los pacientes con psicodermatosis. Piel (Barc, Internet) [Internet]. 2016;31(1):15–23. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213925115002361>