Documento descargado de http://www.masdermatologia.com. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Psiquis, inmunidad y piel

Juan Honeyman
Director del Departamento de Dermatología.
Universidad de Chile.
Santiago de Chile.

La piel y el sistema nervioso tienen un origen común. Los nervios liberan sustancias químicas o neuromediadores, que también pueden ser secretados por las células de la epidermis.

Existen neuromediadores que dilatan los vasos sanguíneos y enrojecen la piel, como ocurre en el rubor de la vergüenza. Otros, como la adrenalina, originan vasoconstricción, que en la cara se manifiesta por palidez facial como ocurre con el susto.

Las fibras nerviosas y las células epidérmicas pueden secretar sustancias que afectan a la inmunidad y originan enfermedades alérgicas o bajada de las defensas, lo cual se asocia con un mayor riesgo de infecciones o de tumores.

Las alteraciones nerviosas, las cutáneas y las hormonales pueden asociarse originando enfermedades como el ovario poliquístico, enfermedad en la cual existe acné y aumento del vello corporal. Todo ello se relaciona con incremento de los andrógenos en una mujer en edad fértil agravado por el estrés.

Entre un 30 y un 70% de las enfermedades de la piel se asocian a alteraciones psicológicas. Estas psicodermatosis comprenden los trastornos psiquiátricos, los psicofisiológicos y las manifestaciones por exageración de la función normal.

Las manifestaciones cutáneas de las afecciones psiquiátricas más frecuentes se asocian a delirios, alucinaciones o alteraciones de la imagen corporal. Estas enfermedades se relacionan con depresiones graves, psicosis obsesivo-compulsiva o dismorfia corporal.

El delirio de parasitosis es una psicodermatosis psiquiátrica en la cual el paciente está convencido de que tiene parásitos en la piel, e incluso tiene alucinaciones mostrando costras que según él son los parásitos. En este mismo grupo se incluyen las alteraciones de la imagen corporal. Es frecuente observar casos que atribuyen sus fracasos sentimentales a una deformidad física inexistente. Hay pacientes con trastornos psiquiátricos graves, con psicosis monosintomáticas, que están convencidos de que padecen dermatosis, que en realidad son inexistentes.

Las dermatosis autoinducidas son otro grupo de manifestaciones cutáneas de enfermedades psiquiátricas. Entre ellas se incluyen la dermatitis artefacta, las excoriaciones neuróticas, el acné escoriado y la tricotilomanía. En este grupo se observa la existencia de lesiones en la piel provocadas por la propia persona, ya sea por rascado o por la utilización de los más diversos tipos de instrumentos cortopunzantes, en ocasiones con el objetivo de tener una ganancia secundaria, como lograr la atracción o la preocupación de la familia. En casos de enfermedad psiquiátrica grave no es posible detectar una causa justificada.

Documento descargado de http://www.masdermatologia.com. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

La tricotilomanía es el hábito de tirarse del pelo, originando alopecia por traumatismo. Puede corresponder a un tic nervioso similar al de comerse las uñas por nervios, o ser una reacción para lograr la atracción de otra persona. En casos graves puede representar una enfermedad psiquiátrica importante.

Un grupo misceláneo de psicodermatosis son la glosodinia y la glosopirosis. Se caracterizan por presentar una sensación de ardor o dolor en la lengua, en situaciones de estrés. Lo mismo ocurre en el caso del prurito psicogénico, en el cual la persona tiene picazón corporal cuando está nerviosa sin que exista ninguna causa que lo explique.

Corresponden a trastornos psicofisiológicos, enfermedades como la atopia o la alergia cutánea y respiratoria, la psoriasis, el acné, la alopecia areata o nerviosa y el vitíligo (pérdida de la pigmentación cutánea).

La dermatitis atópica se caracteriza por la aparición de un eccema grave con mucha picazón, asociada a infecciones de la piel o alergia respiratoria, que se agrava cuando la persona está tensa, con estrés, en un 70% de los casos. También puede aumentar con cuadros de ansiedad, depresión o neurosis.

La psoriasis es una enfermedad con manchas escamosas de la piel. Se produce en personas genéticamente predispuestas y es provocada por el estrés en un 39% de los casos, por depresión, obsesión o ansiedad. También se puede asociar a alcoholismo.

La urticaria nerviosa se asocia con estrés en un 51-77% de los casos. También puede representar una manifestación de hostilidad, rabia o depresión.

La alopecia areata se caracteriza por la pérdida de cabello en áreas del cuero cabelludo. Esta afección puede generalizarse, no quedando ningún pelo en el cuerpo (cejas, pestañas, axilas, etc.). El estrés es el causante de la caída del cabello en un 23% de los casos. En otros casos se asocia a cuadros de ansiedad, depresión o paranoia.

Entre las enfermedades de la piel por aumento de la actividad normal frente a un estímulo emocional se incluyen alteraciones del sistema nervioso autónomo parasimpático. Entre ellas destacan la sudoración excesiva o hiperhidrosis, el rubor, la palidez facial por estrés, la caída excesiva del pelo y la urticaria nerviosa o colinérgica, entre otras. Cuando estas alteraciones se hacen crónicas, el rubor persistente se convierte en eritrosis facial, la cual puede terminar en una rosácea. Otras enfermedades de este tipo son la seborrea o exceso de secreción sebácea y la dermatitis seborreica. Las reacciones del parasimpático o vagotonías generalmente se asocian a otras afecciones psicosomáticas, como la gastritis, la cefalea tipo migraña, el colon espástico, etc.

Un segundo grupo de psicodermatosis son las somatopsíquicas. Aparecen a raíz de enfermedades deformantes o socialmente rechazadas. Los enfermos con acné importante o infecciones contagiosas de la piel son algunos de los numerosos ejemplos. Estas enfermedades cutáneas originan cuadros de angustia que pueden terminar en depresión u otras enfermedades psiquiátricas.

Como conclusión, se puede afirmar que la piel es un espejo de la psiquis. La piel sana es indicadora de una psiquis sana, y cuando la psiquis se afecta, también lo hace la piel. El mayor conocimiento de esta interrelación de psiquis y piel abre al médico nuevas posibilidades de hacer un diagnóstico más certero y al mismo tiempo mejorar las posibilidades de realizar un tratamiento adecuado.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Ansel JC, Kaynard AH, Armstrong CA, Olerud J, Bunnett N, Payan D. Skin nervous system interactions. J Invest Dermatol. 1996;106(1):198-204.

Cardinali DP, Cutrera RA, Esquifino AI. Psychoimmune neuroendocrine integrative mechanisms revisited. Biol Signals Recept. 2000;9(5):215-30.

Kiecolt-Glaser JK, McGuire L, Robles TF, Glaser R. Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future. Psychosom Med. 2002;64(1):15-28.

Salzet M. Invertebrate molecular neuroimmune processes. Brain Res Brain Res Rev. 2000;34(1-2):69-79.

Tausk F, Elenkov I, Moynihan J. Psychoneuroimmunology. Dermatol Ther. 2008;21(1):22-31.

Vedhara K, Fox JD, Wang EC. The measurement of stress-related immune dysfunction in psychoneuroimmunology. Neurosci Biobehav Rev. 1999;23(5):699-715.