

# Actualización en el Trastorno por Excoriación. Una revisión de la literatura

*Update in Pathological Skin Picking. A review of the literature*

Alfonso Carlos Abad González<sup>1</sup>, Eva Calvo Sánchez<sup>2</sup>, Rocío Macarena Martínez Arias<sup>2</sup>, Gemma Parramón Puig<sup>3</sup>, Miquel Casas Brugué<sup>4</sup>.

Recibido: 09/06/2015

Aceptado: 14/09/2015

## Resumen

*El Trastorno por Excoriación (TE) ha sido recientemente incluido en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). El TE aparece integrado dentro del espectro obsesivo-compulsivo debido al proceso de investigación fenomenológico de las últimas décadas, aunque las primeras referencias datan ya desde el siglo XIX. La prevalencia se sitúa entre el 1-5 %, siendo poco conocido por los facultativos. Recientes estudios de genética y neuroimagen pretenden integrar la causalidad en un modelo bio-psico-social. Se han desarrollado escalas específicas para diagnosticar, evaluar gravedad, respuesta al tratamiento e impacto funcional. Este trastorno genera un impacto emocional y secuelas físicas, haciéndose necesario un abordaje multidisciplinar. Los escasos estudios de tratamiento orientan como posible línea farmacológica la utilización de ISRSs y la Terapia Cognitivo-Conductual.*

**Palabras clave:** excoriación neurótica, dermatotilomanía, *skin picking*, excoriación psicógena.

---

<sup>1</sup>Psiquiatra Adjunto en el Centro de Atención y Seguimiento de Drogodependencias del Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España.

<sup>2</sup>Médico Interno Residente de Psiquiatría en el Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España.

<sup>3</sup>Psiquiatra Adjunto en el programa de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace del Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España.

<sup>4</sup>Jefe de Servicio de Psiquiatría en el Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España. Catedrático del Departamento de Medicina Legal y Psiquiatría de la Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España. Miembro del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).

**Correspondencia:** Dr. D. Alfonso Carlos Abad González  
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Servicio de Psiquiatría  
Paseo de la Vall d'Hebron 119-129  
08035 Barcelona, España.  
Correo electrónico: aabad@vhebron.net

*Los autores de este artículo declaran la inexistencia de conflicto de intereses.*

## Summary

*Pathologic Skin Picking (PSP) has recently been included in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). The PSP appears integrated into the obsessive-compulsive spectrum due to the process of phenomenological research in recent decades, and although the first references appeared in the nineteenth century. The prevalence is between 1-5 % still little known by doctors. Recent genetic and neuroimaging studies seek to integrate causality into a bio-psycho-social model. This condition creates an emotional impact and physical scars making necessary a multidisciplinary approach. Specific scales have been developed to diagnose, assess severity, response to treatment and functional impact. The few studies of treatment suggest as possible pharmacological line the use of SSRIs and Cognitive Behavioral Therapy.*

**Key words:** neurotic excoriation, dermatotillomania, pathological skin picking, psychogenic excoriation.

## INTRODUCCIÓN

La piel (y anejos) y el sistema nervioso (tanto central como periférico) derivan a nivel embrionario de una hoja blastodérmica común, el ectodermo, a diferencia de otras estructuras del cuerpo de los vertebrados. Esto demuestra la estrecha interrelación entre la piel y la mente, reflejándose este hecho en la aparición de fenómenos o trastornos psicodermatológicos, entre los cuales se encuentra el TE.

El TE ha recibido diferentes nombres a lo largo del tiempo: rascado o excoriación neurótica/psicogénica, dermatotilomanía o en inglés “Pathologic Skin-Picking”. Se trata de un trastorno que de manera progresiva ha adquirido una mayor importancia a nivel clínico y de investigación. Inicialmente clasificado dentro de los trastornos del control de impulsos, pero posteriormente ante evidencias fenomenológicas se ha incluido en los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo. Se define como la necesidad o urgencia por tocar, rascar, frotar, resregar, friccionar, apretar, morder o excavar la piel (Arnold, Auchenbach & McElroy 2001), a menudo en respuesta a mínimas irregularidades o defectos, o a la presencia de zonas afectadas por acné discreto. Para esto, frecuentemente se utilizan las uñas y/o herramientas accesorias como pinzas o agujas (Grant, Odlaug & Kim, 2007), siendo el daño tisular de moderado a severo. En esta revisión pretendemos hacer una actualización sobre las evidencias encontradas en la literatura, dado el creciente interés y su inclusión específica en el DSM-5.

Se ha realizado una revisión sistemática en PubMed incluyendo los términos “skin-picking”, “psychogenic excoriation”, “neurogenic excoriation”, “excoriation disorder”, “neurogenic scratching”, “psychogenic scratching” y “derma(to)tillomania”. Se incluyeron los artículos en inglés o español publicados desde el año 2000 (inclusive) hasta marzo de 2015 y se excluyeron revisiones sistemáticas y series de casos, así como estudios de laboratorio y en animales, artículos sobre Prader Willy (dado que actualmente este diagnóstico excluiría la posibilidad diagnóstica de un trastorno por excoriación) y así como otros artículos que, pese a cumplir los criterios anteriores, no se encontraban directamente relacionados con el tema a estudio. Tras el proceso de revisión obtuvimos un total de 90 artículos. Debido a la escasa literatura al respecto, para la revisión del apartado de tratamiento se incluyeron series de casos, y no hubo exclusión por fecha de publicación.

## HISTORIA

El TE ha sido descrito en la literatura médica hace más de un siglo, siendo mencionado por primera vez por Erasmus Wilson en 1875 como “Excoriación neurótica”. Erasmus Wilson describe comportamientos consistentes en ocasionarse repetidas y excesivas excoriaciones en pacientes neuróticos que eran extremadamente difíciles de controlar (Grant *et al.*, 2012). Sin embargo, la primera mención en la impresión se puede encontrar en 1898 por el dermatólogo francés Brocq, quien describió

el caso de un paciente adolescente con rascado incontrolado de acné.

## HALLAZGOS NEUROBIOLÓGICOS

### Genética

Estudios de gemelos han demostrado una heredabilidad del trastorno en torno al 40 % (Monzani, Rijsdijk, Harris & Mataix-Cols, 2012). Un estudio posterior de gemelos sugiere un patrón de heredabilidad similar entre tricotilomanía y trastorno por excoriación con respecto a los otros trastornos incluidos en su grupo en el DSM-5 (Monzani *et al.*, 2014). Se ha propuesto la familia de genes de la densidad post-sináptica de las neuronas glutamatérgicas (SAPAP) como genes implicados en las conductas centradas en el cuerpo y en el trastorno obsesivo-compulsivo, principalmente el gen SAPAP3 (Bienvenu *et al.*, 2009).

### Neuroimagen

A nivel de neuroimagen se ha encontrado que los pacientes con trastorno por excoriación poseen una desorganización en la sustancia blanca que conecta el gyrus frontal anterior y el córtex cingulado anterior, encargados de respuestas de supresión motora, hallazgos ya encontrados en sujetos con tricotilomanía (Grant, Odlaug, Hampshire, Schreiber & Chamberlain, 2013). En un estudio posterior de resonancia magnética se observó que los pacientes con trastorno por excoriación tenían un mayor volumen del estriado ventral bilateral (relacionado con el circuito de recompensa) y una reducción en el grosor cortical en las áreas frontales del hemisferio derecho, así como un mayor espesor en el cuneus bilateral (Roos, Fouche, Stein & Lochner, 2015).

## EPIDEMIOLOGÍA Y COMORBILIDAD

### Epidemiología

La epidemiología del TE no ha sido bien establecida. Existen dos estudios de prevalencia de la comunidad que se han publicado, y en ambos se encuentran tasas notables del trastorno. El primero utilizó una muestra de 354 personas de la comunidad encontrando que el 5,4 % reportó excoriaciones significativas, cumpliendo los criterios DSM-5 (Hayes, Storch & Berlanga, 2009). El otro

estudio, basado en 2513 entrevistas telefónicas, encontró que el 1,4 % cumplía los criterios DSM-5 para TE (Keuthen, Koran, Aboujaoude, Large & Serpe, 2010).

En algunos pacientes, los primeros síntomas comienzan con la aparición de acné en la adolescencia (Keuthen *et al.*, 2010), pero la compulsión continúa incluso después de que el acné ha desaparecido. Enfermedades de la piel como la queratosis pilar, la psoriasis y el eccema también pueden inducir la conducta repetitiva.

Si no se produce durante la adolescencia, otra edad común de aparición es entre los 30 a 45 años. Así mismo, se han documentado numerosos casos en niños menores de 10 años, teniendo en cuenta que los eventos traumáticos de la infancia pueden desencadenar el inicio de la clínica (Keuthen *et al.*, 2010; Bohne, Wilhelm, Keuthen, Baer & Jenicke 2002).

### Comorbilidad

En los diversos estudios revisados se concluye que el TE se asocia de forma significativa a otros trastornos psiquiátricos, aunque las tasas de comorbilidad son variables según la muestra estudiada (Mutassim & Adams, 2009; Odlaug & Grant, 2008). Entre las comorbilidades más frecuentes se encuentran los trastornos depresivos (16-58 %), los trastornos de ansiedad (20-30 %), el trastorno obsesivo-compulsivo (15-68 %), el trastorno dismorfofóbico corporal (12-32 %) y otras conductas repetitivas centradas en el cuerpo como la tricotilomanía (5-37 %) o la onicofagia (26 %) (Mutassim *et al.* 2009; Odlaug *et al.* 2008; Çalikusu, Yücel, Polat & Baykal 2003).

## CLÍNICA

Las lesiones cutáneas causadas por este trastorno tienen bordes bien delimitados e incluyen áreas del cuerpo que son de fácil acceso en el paciente. La región más comúnmente elegida es el rostro, pero otras localizaciones frecuentes son los brazos, piernas, espalda, encías, labios, los hombros, el cuero cabelludo, el estómago, el pecho, y las cutículas y uñas de los pies (Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Baer L, Jenike MA, 2002).

La mayoría de los pacientes centran las lesiones a un área específica del cuerpo. (Bohne *et al.*, 2002).

Los episodios de rascado son a menudo precedidos o acompañados por tensión, ansiedad o estrés. En esos momentos, hay un impulso a rascar, apretar, o rasguñar en una superficie o región del cuerpo, a menudo en el lugar de un defecto de la piel percibido por el paciente.

El hábito diario de rascado varía; algunos lo hacen brevemente varias veces al día, mientras que otros pueden realizar “sesiones” de varias horas de duración (Tucker, Woods, Flessner, Franklin & Franklin, 2011).

Entre las complicaciones que pueden llegar a presentar, se citan las infecciones de diversa gravedad (llegando incluso a la celulitis o septicemia), cicatrices definitivas y deformantes con desfiguración física grave, y un significativo daño estético/emocional, sentimientos de culpa y vergüenza (Odlaug & Grant, 2008). Los estudios muestran que la ideación suicida está presente en el 12 % de las personas con esta condición, con intentos de suicidio en el 11,5 % y hospitalizaciones psiquiátricas en el 15 % (Odlaug & Grant, 2008).

### **EL TRASTORNO POR EXCORIACIÓN EN EL MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE TRASTORNOS MENTALES (DSM)**

El TE fue inicialmente clasificado dentro de los trastornos del control de impulsos. Ante progresivas evidencias fenomenológicas (desarrollo, epidemiología, comorbilidad, correlatos neurobiológicos...), actualmente se ha incluido en los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo (Tucker *et al.*, 2011; Neziroglu, Rabinowitz, Breytman, & Jacofsky, 2008).

Para la publicación del DSM-5, tanto la clasificación como los criterios diagnósticos del TOC fueron objeto de significativas revisiones. Uno de estos cambios fue la eliminación de TOC de los “Trastornos de ansiedad”, colocándolo como una categoría independiente titulada “TOC y Trastornos relacionados”. Al construir este capítulo, se agruparon trastornos que compartían aspectos a través de 11 diferentes validadores: similitud de los síntomas, comorbilidad, curso de la enfermedad, historia familiar, sustratos neurales, factores genéticos y ambientales de riesgo, biomarcadores, antecedentes temperamentales, procesamiento cognitivo y emocional,

respuesta al tratamiento, y la utilidad clínica. Este grupo incluye ahora el trastorno por excoriación. Todos los trastornos se caracterizan por comportamientos repetitivos, aunque algunos parecen tener un fuerte componente cognitivo, como el Trastorno obsesivo compulsivo, Trastorno dismórfico corporal y Trastorno por acumulación; mientras que otros se caracterizan más por comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo, como la Tricotilomanía y el Trastorno por excoriación (Toro-Martínez, 2014; Neziroglu *et al.*, 2008).

### **Criterios Diagnósticos DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).**

El trastorno por excoriación comúnmente era diagnosticado de manera errónea como TDC o TOC (Grant JE *et al.*, 2012). Actualmente, teniendo los criterios diagnósticos establecidos, será más difícil cometer un error diagnóstico. Estos criterios son (APA, DSM-V):

- A. Producción de lesiones por daño recurrente.
- B. Repetición de intentos para abandonar la conducta de rascado.
- C. El rascado produce malestar clínicamente significativo o deterioro socio-laboral o funcional.
- D. La conducta no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) u otra afección médica (p. ej., escabiosis).
- E. El rascado no es explicable por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., delirios, alucinaciones, intentos de mejorar un defecto o imperfección percibida en el aspecto como en el trastorno dismórfico corporal, estereotipias como en el trastorno de movimientos estereotipados o el intento de dañarse uno mismo en la autolesión no suicida).

### **INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN**

Existen diversos instrumentos de evaluación desarrollados específicamente para el Trastorno por excoriación (TE). A continuación describimos los más relevantes.

***Skin Picking Inventory.*** Se trata de un inventario autoadministrado que recoge gran cantidad de datos sobre el trastorno, tanto a nivel de fenomenología como de antecedentes, aspectos emocionales y repercusión de la conducta. Se compone de 64

ítems multirespuesta (y alguna pregunta abierta) y aporta gran cantidad de información, aunque solo permite un análisis cualitativo de los datos recogidos. Fue creada en el año 1996 por Keuthen *et al.*, no llegando a publicarse los datos relativos a su validación (Keuthen *et al.*, 2001a).

**Skin Picking Scale (SPS)** (Keuthen *et al.*, 2001a). Se trata de una escala autoadministrada que evalúa la severidad del trastorno en función de la frecuencia e intensidad de los impulsos, el tiempo dedicado a la conducta y sus consecuencias en los 7 días previos a la evaluación. Para la elaboración de esta escala se comparó a un grupo de pacientes con conductas de *skin-picking* autolesivas graves con un grupo de pacientes con conductas no autolesivas, quienes en ambos casos completaron una escala de severidad provisional diseñada a partir de la escala Y-BOCS (*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*), además de otros instrumentos de evaluación como el *Beck Depression Inventory* (BDI), el *Beck Anxiety Inventory* (BAI) y fragmentos del SPI. A partir del análisis comparativo de ambos grupos, se diseñó un test compuesto por 6 ítems, cada uno de los cuales es puntuado de 0 a 4 (de “nada” a “severo”), obteniéndose una puntuación total de entre 0 y 24 puntos. Se considera el 7 como punto de corte, por encima del cual se encuentran los pacientes con conducta autolesiva severa.

**Skin Picking Impact Scale (SPIS)** (Keuthen *et al.*, 2001b). Esta escala autoadministrada evalúa la severidad del trastorno en términos de impacto psicosocial. Para el planteamiento y posterior validación, se llevó a cabo un estudio en el que se comparó a un grupo de personas con conductas de excoriación graves con otro con conductas leves o no autolesivas. Ambos completaron un test inicial creado a partir de la TIS (*Trichotillomania Impact Scale*), además de otros instrumentos de evaluación como el BDI y el BAI. A través de esta comparación, se elaboró un test compuesto de 10 ítems relacionados con las dificultades a nivel de interacción social, la insatisfacción con la apariencia y la autoevaluación negativa resultantes del trastorno en la semana previa a la administración. Cada ítem es puntuado de 0 a 5 según severidad, obteniendo un total de entre 0 y 50 puntos, con el 7 como punto de corte, a partir del cual se considera un impacto psicosocial significativo. Resulta una herramienta rápida para la identificación de pacientes de gravedad.

**Skin Picking Impact Scale - Short version (SPIS-S)** (Snorrason *et al.*, 2013). Se trata de una versión abreviada de la SPIS. El número de ítems se reduce a 4, que se puntúan de la misma forma. Además de ser más fácil de administrar por su brevedad, se considera que podría evitar la sobrestimación de la severidad en pacientes con conductas centradas en el área facial, al eliminar ciertos ítems que podrían resultar reiterativos. No obstante, ambas escalas son válidas a la hora de determinar la repercusión funcional y severidad del trastorno.

La valoración del impacto psicosocial resulta importante, ya que puede influir en la evolución del trastorno y su respuesta al tratamiento. La identificación de factores que moderen este impacto podría ser crucial a la hora de plantear el enfoque terapéutico (Snorrason *et al.*, 2013).

**Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS)** (Walther, Flessner, Conelea & Woods, 2008). Los autores se basaron en el planteamiento de la existencia de diferentes dimensiones o subtipos de TE. El subtipo compulsivo, en el que la conducta de excoriación es consciente y secundaria a estrés emocional o pensamientos obsesivos. El subtipo impulsivo, en el que la conducta es automática y poco consciente. Y por último, un subtipo mixto que reuniría características de los dos previos (Arnold *et al.*, 2001). El test se compone de 12 ítems, 6 que valoran la dimensión compulsiva y otros 6 para la impulsiva. La diferencia principal de este instrumento es que no valora severidad del trastorno como los anteriores, sino en qué medida el paciente se sitúa en una u otra de las dimensiones descritas, lo que podría ser de utilidad para plantear el abordaje terapéutico de forma más individualizada (Walther *et al.*, 2008).

Otras escalas utilizadas para la evaluación del TE son la **NE-YBOCS** (versión para TE de la *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*), la **SPTS** (*Skin Picking Treatment Scale*), la **SPSAS** (*Skin Picking Self-Assessment Scale*) y la **MGH-SPS** (*Massachusetts General Hospital – Skin Picking Scale*) (Grant *et al.*, 2007).

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Existen diversas patologías que pueden producir conductas de manipulación cutánea o rascado

como síntoma nuclear y que deberían considerarse dentro del diagnóstico diferencial del TE. Entre ellas se encuentran algunas enfermedades o condiciones sistémicas que pueden cursar con prurito crónico en ausencia de patología dermatológica primaria. Algunos ejemplos son el hipertiroidismo, la uremia, la colestasis, la ferropenia, la policitemia vera, los linfomas y otras enfermedades neoplásicas, y enfermedades infecciosas como el VIH o la infección por VEB, etc. Otro grupo importante dentro del diagnóstico diferencial son las dermatosis primarias pruriginosas, como la dermatitis atópica, la psoriasis o el penfigoide bulloso, entre otras. Este tipo de patologías, y en general todas las dermatosis crónicas, pueden condicionar pérdida de autoestima, sentimientos de vergüenza y culpa, y dificultades en las relaciones interpersonales que limitan la calidad de vida del paciente (Keuthen *et al.* 2000). En estos pacientes pueden aparecer trastornos psiquiátricos secundarios, principalmente depresión o ansiedad, y también se puede producir exacerbación de la dermatosis en respuesta a situaciones que condicionen estrés psicológico (Mutassim & Adams, 2009).

También existen trastornos neuropsiquiátricos que pueden cursar con conductas repetitivas de rascado. En algunos casos, estas constituyen un síntoma periférico de la patología, como ocurre en trastornos de ansiedad, depresión, intoxicación por drogas (cocaína, alucinógenos), trastornos de personalidad y patologías que cursan con retraso mental (con especial mención al síndrome de Prader Willi). En otros trastornos, al igual que en el TE, el rascado puede aparecer como síntoma nuclear, como en el delirio de parasitosis, el trastorno dismorfofóbico corporal (TDC), la dermatitis artefacta o el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). En el TDC, la conducta de rascado está destinada a corregir o minimizar defectos físicos percibidos de forma exagerada o incluso inexistentes. En la dermatitis artefacta el paciente se autoinflige lesiones cutáneas con el objetivo de asumir el rol de enfermo.

### Diferencias entre TE y TOC

A pesar de compartir ciertas similitudes, existen diferencias significativas entre el TOC y el TE. En primer lugar, el TE es más frecuente en

mujeres, mientras que en el TOC no se han encontrado diferencias de género. Los pacientes con TOC ocupan mayor cantidad de tiempo en sus obsesiones y compulsiones que los pacientes con TE en sus conductas de rascado o manipulación de la piel (Grant, Odlaug & Kim, 2010). La gravedad y la probabilidad de tratamiento farmacológico parece ser mayor en el TOC (Arzeno, Paiva, Richter, Rosa & D'Arrigo, 2006).

En los pacientes con TE la conducta parece ser más rápida, impulsiva, mientras que en el TOC es más consciente y planificada. Al parecer los sujetos con TOC pasan más tiempo decidiendo si deben actuar, dejando mayor espacio entre el proceso cognitivo y el acto motor (Arzeno *et al.*, 2006). Estudios recientes apuntan a que en el TE, por el contrario, existe una disminución de la capacidad de control inhibitorio y una mayor impulsividad motora, que se correlaciona con las formas más severas del trastorno (Oliveira, Leppink, Derbyshire & Grant, 2015; Odlaug, Chamberlain & Grant, 2010).

En pacientes con TOC la conducta es más ritual y detrás de ella hay normalmente un pensamiento obsesivo (temor a consecuencias negativas si no la ejecuta). Normalmente tienen mayor sentimiento de culpa asociado a la conducta y tienden a oponer más resistencia ante ella; mientras que en el TE el paciente ofrece menor resistencia, la conducta es más automática y muestran menor sentimiento de culpa (Arzeno *et al.*, 2006).

En el TE se observa mayor comorbilidad con otras conductas repetitivas centradas en el cuerpo, como la tricotilomanía o la onicofagia, mientras que en el TOC es más frecuente la coexistencia de TDC. Otra diferencia, observada en estudios recientes, es que los pacientes con TE presentan con mayor frecuencia familiares de primer grado afectados por el mismo trastorno en comparación con el TOC, lo que podría indicar una mayor carga genética (Grant *et al.*, 2010; Lovato *et al.*, 2012).

### TE y Tricotilomanía (TTM)

Se trata de dos trastornos semejantes a nivel clínico y fenomenológico, que comparten características como la edad de inicio, distribución por género, comorbilidades, cronicidad, severidad clínica y repercusión funcional (Odlaug, Grant & Grant

2008; Lochner, Simeon, Niehaus & Stein 2002). No obstante, se han identificado algunas diferencias entre ellos más allá del tipo de conducta. Los pacientes con TE invierten más tiempo en el rasgado que los pacientes con TTM en el arrancamiento del cabello, y además reciben tratamiento con menor frecuencia. Esto podría ser debido al tiempo invertido en la conducta o a que muchos no son conscientes de que se trata de un problema de salud tratable. En el TE también se observa con más frecuencia antecedente de historia familiar del trastorno (Odlaug *et al.* 2008).

Los pacientes que presentan TE y TTM comórbidos dedican más tiempo en total a sus conductas patológicas, por lo que se esperaría mayor gravedad y deterioro funcional, aunque no se han observado diferencias significativas. Esto podría explicarse por la mayor probabilidad de haber recibido tratamiento cuando coexisten ambos trastornos (Odlaug *et al.* 2008).

## TRATAMIENTO

Para asegurar un correcto manejo del trastorno se hace necesario un abordaje multidisciplinar por parte de profesionales de la salud mental, así como

por dermatólogos (detección, derivación; así como tratamiento de las posibles complicaciones y secuelas físicas, tales como infecciones, cicatrices y deformidades). Hay que tener en cuenta que frecuentemente se trata de pacientes que no buscan tratamiento, ya sea por vergüenza, alienación o desesperanza. En un artículo se observa que un 45 % de los pacientes de la muestra nunca había solicitado ayuda (Arnold *et al.*, 1998).

## ABORDAJE FARMACOLÓGICO

Escasa literatura existe al respecto del tratamiento específico del Trastorno por Excoriación. Otro problema con el que nos encontramos es el ajuste de los estudios previos a los actuales criterios diagnósticos (p.ej.: estudios con topiramato en Trastorno Generalizado del Desarrollo o en Prader Willy). Dada la relación descrita con el espectro obsesivo-compulsivo gran parte de los fármacos propuestos son de tipo antidepressivo, principalmente ISRS.

### Estudios con ISRSs

Se describen los estudios y resultados en la siguiente tabla:

**Tabla 1**  
**Estudios con ISRS para el tratamiento del Trastorno por Excoriación**

<b>Autores</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Tamaño muestral</b>	<b>Fármaco</b>	<b>Resultados</b>
(Simeon <i>et al.</i> , 1997)	Estudio doble ciego controlado con placebo.	N=17	Fluoxetina 20 a 80mg	Se observa efectividad pero no diferencias estadísticamente significativas con respecto a placebo.
(Arnold <i>et al.</i> , 1999)	Estudio abierto.	N=14	Fluvoxamina 25 a 300mg	Fluvoxamina demuestra respuesta. La mejoría en el trastorno por excoriación no correlacionaba con la mejoría de la clínica depresiva.
(Bloch, Elliott, Thompson & Koran, 2001)	Estudio abierto + doble ciego controlado con	N=15	Fluoxetina 20 a 60mg	53 % Respondedores 60 % de mejoría en escala Y-BOCS-SP.

	placebo en respondedores.			Mantenimiento del efecto a la semana 12. En el grupo de placebo se observó en la semana 8 un empeoramiento parcial de la clínica y en la semana 12 puntuaciones similares a la situación basal.
(Keuthen, Jameson, Loh, Deckersbach & Dougherty, 2007)	Estudio abierto.	N=29	Escitalopram 10 a 30mg	44,8 % Respondedores completos. 27,6 % Respondedores parciales. 27,6 % No respondedores.
(Arbabi, Farnia, Balighi, Mohammadi & Nejati-Safa, 2008)	Estudio doble ciego controlado con placebo.	N=45	Citalopram 20mg	Mejoría significativa en ambos grupos, pero sin diferencias al compararlos. Se atribuye al escaso tiempo de estudio (4 semanas) y/o a la dosis fija de 20mg.

Además de estos estudios, se han reportado casos de remisión completa de la sintomatología con Paroxetina 40mg/día (Ravindran, Lapiere & Anisam, 1999), Fluoxetina 40mg/día (Sharma & Sharma, 2005) y Escitalopram 10mg asociado a Terapia de Reversión de Hábitos (Nirmal, Sheno, Rai, Sreejany & Savitha, 2013).

### Estudios con Anticonvulsivantes

Dos estudios proponen el uso de Lamotrigina como tratamiento para el Trastorno por Excoriación. El primero de ellos (Grant *et al*, 2007) se trata de un estudio abierto de 10 semanas de duración con una muestra inicial de 24 pacientes, utilizando dosis progresivas desde 25mg/día pudiendo llegar a 300mg/día, observándose una reducción significativa en el tiempo diario de rascado (de 118,1 minutos a 59,9 minutos) y un 67 % de pacientes respondedores. En un segundo estudio (Grant, Oclaug, Chamberlain & Kim, 2010) se realiza un ensayo doble ciego comparado con placebo en una muestra de 32 pacientes, no observándose diferencias significativas.

### Casos descritos con otros fármacos

Existen algunas series de casos en la literatura en los cuales los facultativos explican su mejoría sintomática con fármacos antipsicóticos a dosis bajas (aripirazol, haloperidol, paliperidona y olanzapina) asociados a tratamiento antidepresivo cuya respuesta previa era parcial (Turner, Sutton & Sharma, 2014; Luca, Vecchio, Luca & Calandra, 2012; Spiegel & Finklea, 2009; Christensen, 2004). Justifican su uso como anti-impulsivos, así como además el efecto antihistamínico de la Olanzapina. Encontramos otro caso descrito de mejoría con Litio como estabilizador (Gupta MA, 2013), con Inositol como ansiolítico (Seedat, Stein & Harvey, 2012) e incluso N-Acetilcisteína como regulador glutamatérgico (Silva-Netto, Jesus, Nogueira & Tavares, 2014). Así mismo, se reportan 3 casos de mejoría con antidepresivos tricíclicos como la Doxepina y la Dotiepina (Nirmal *et al* 2013).

### ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO

A nivel de tratamiento psicoterapéutico exis-

ten dos artículos que comparan la efectividad de la psicoterapia con respecto a un grupo control (lista de espera). El primero (Schuck, Keijsers & Rinck, 2011) utiliza Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) Breve en 4 sesiones (psicoeducativa, cognitiva, conductual y de prevención de recaídas), obteniendo diferencias significativas en respuesta y mantenimiento de la misma respecto de los controles. En el segundo (Teng, Woods & Twohig, 2006) encuentran una mejoría significativa al utilizar la Terapia de Reversión de Hábitos (ej.: cerrar los puños durante un minuto para evitar el rascado), propuesto ya por Azrin en 1973. Otros autores han señalado como eficaz la TCC para el abordaje de este trastorno en series de casos (Yeh, Taylor, Thordarson & Corcoran, 2003; Deckersbach, Wilhelm, Keuthen, Baer & Jenike, 2002), así como en pacientes vía internet (Flessner, Mouton-Odum, Stocker & Keuthen, 2007). La TCC en el caso del Trastorno por Excoriación se centra en identificar automatismos cognitivos (ej.: “no me puedo relajar si no me rasco”, “he de hacerlo”, “me he ganado el poder rascarme”...) y remplazarlos por cogniciones más racionales. Así mismo, resulta importante registrar conductas (tomar conciencia) y ofrecer alternativas conductuales (ej.: uso de guantes en situaciones críticas, no rascarse con la mano, sustituir por conducta en crisis como llamar a un amigo, correr, limpiar...). Por el contrario, otra forma de psicoterapia es la Terapia de Aceptación, la cual utiliza componentes del *mindfulness* en un intento por disminuir la conciencia del acto para así disminuir el estrés, por lo que disminuye el rascado (Flessner, Busch, Heide-man & Woods, 2008; Twohig, Hayes & Masuda, 2005).

## CONCLUSIONES

A pesar de que el TE ha sido descrito hace más de un siglo, hoy en día aún existen pocos estudios acerca de dicho diagnóstico. Gracias a los estudios existentes, se ha podido determinar que la prevalencia del trastorno por excoriación varía entre un 1,4 a 5,4 % según los estudios, siendo más frecuente su aparición en mujeres durante la adolescencia tardía. En algunos casos, el inicio de dicho trastorno tiene su origen con la aparición del acné, siendo el rostro la zona más frecuentemente afectada, así como otras áreas de fácil acceso para el pa-

ciente. El tiempo empleado para causar las lesiones (desde minutos a horas) es directamente proporcional a la gravedad del cuadro. Las complicaciones físicas, así como las emocionales, pueden llegar a afectar en gran manera la calidad de vida del individuo. Resulta imprescindible descartar para su diagnóstico la presencia de dermatosis, prurito por enfermedad sistémica, así como otros trastornos psiquiátricos primarios, por lo que un abordaje multidisciplinar se hace necesario. El tratamiento con ISRS así como la Terapia Cognitivo-Conductual, parecen (por el momento) los tratamientos con mayor evidencia. Dada la actual inclusión del TE en el DSM-5 y estableciéndose unos criterios acordados, consideramos que se debería realizar una validación de las escalas previas, así como estudios de tratamiento u otros en base a estos criterios para no incurrir en fallos a nivel metodológico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **American Psychiatric Association (APA).** (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. Barcelona: Masson.
2. **Arbabi, M., Farnia, V., Balighi, K., Mohammadi, M. y Nejati-Safa, A.** (2008). Eficacy of citalopram in treatment of pathological skin picking: a double blind placebo-controlled trial. *Acta Médica Iránica*, 46(5): 367-372.
3. **Arnold, L., Auchenbach, M. y McElroy, S.** (2001). Psychogenic Excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *Central Nervous System Drugs*, 15(5): 351-359.
4. **Arnold, L., Mutasim, D., Dwight, M., Lamerson, C., Morris, E. y McElroy, S.** (1999). An open clinical trial of Fluvoxamine treatment of Psychogenic Excoriation. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 19(1): 15-18.
5. **Arnold, L., McElroy, S., Mutasim, D., Dwight, M., Lamerson, C., Morris, E.** (1998). Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59: 509-514.
6. **Arzeno, Y., Paiva, V., Richter, N., Rosa, R. y D'Arrigo, E.** (2006). Impulsivity and compulsivity in patients with trichotillomania or skin picking compared with patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47(4): 282-288.
7. **Bienvenu, O., Wang, Y., Shugart, Y., Welch, J., Grados, M., Fyer, A., Rauch, S., McCracken, J., Rasmussen, S., Murphy, D., Cullen,**

- B., Valle, D., Hoehn-Saric, R., Greenberg, B., Pinto, A., Knowles, J., Piacentini, J., Pauls, D., Liang, K., Willour, V., Riddle, M., Samuels, J., Feng, G. y Nestadt G.** (2009). Sapap3 and Pathological Grooming in Humans: Results From the OCD Collaborative Genetics Study. *American Journal of Medical Genetics, Part B* 150B, 710–720.
8. **Bloch, M., Elliott, M., Thompson, H. y Koran, L.** (2001). Fluoxetine in pathologic skin-picking: open-label and double-blind results. *Psychosomatics*, 42(4): 314-319.
  9. **Bohne, A. Wilhelm, S., Keuthen, N., Baer, L. y Jenike, M.** (2002). Skin picking in German students: prevalence, phenomenology, and associated characteristics. *Behavior Modification*, 26: 320-339.
  10. **Çalikusu, C., Yücel, B., Polat, A. y Baykal, C.** (2003). The Relation of Psychogenic Excoriation With Psychiatric Disorders: A Comparative Study. *Comprehensive Psychiatry*, 44(3): 256-261.
  11. **Christensen, R.** (2004). Olanzapine augmentation of fluoxetine in the treatment of pathological skin picking. *Canadian Journal of Psychiatry*. 49(11): 788-789.
  12. **Deckersbach, T., Wilhelm, S., Keuthen, N., Baer, L. y Jenike, M.** (2002). Cognitive-behavior therapy for self-injurious skin picking. A case series. *Behavior Modification*, 26(3): 361-377.
  13. **Flessner, C., Busch, A., Heideman, P. y Woods, D.** (2008). Acceptance-enhanced behavior therapy (AEBT) for trichotillomania and chronic skin picking: exploring the effects of component sequencing. *Behavior Modification*, 32(5): 579-594.
  14. **Flessner, C., Mouton-Odum, S., Stocker, A. y Keuthen, N.** (2007). StopPicking.com: Internet-based treatment for self-injurious skin picking. *Dermatology Online Journal*, 13(4): 3.
  15. **Grant, J., Odlaug, B., Hampshire, A., Schreiber, L. y Chamberlain, S.** (2013). White matter abnormalities in skin picking disorder: a diffusion tensor imaging study. *Neuropsychopharmacology*, 38(5): 763-769.
  16. **Grant, J., Odlaug, B., Chamberlain, S., Keuthen, N., Lochner, C. y Stein, D.** (2012). Skin picking disorder. *American Journal of Psychiatry*. 169(11): 1143-1149.
  17. **Grant, J., Odlaug, B., Chamberlain, S. y Kim, S.** (2010). A double-blind, placebo-controlled trial of lamotrigine for pathological skin picking: treatment efficacy and neurocognitive predictors of response. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 30(4): 396-403.
  18. **Grant, J., Odlaug, B. y Kim, S.** (2010). A clinical comparison of pathologic skin picking and obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51(4): 347-352.
  19. **Grant, J., Odlaug, B. y Kim, S.** (2007). Lamotrigine treatment of pathologic skin picking: an open-label study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(9): 1384-1391.
  20. **Gupta, M.** (2013). Emotional regulation, dissociation, and the self-induced dermatoses: clinical features and implications for treatment with mood stabilizers. *Clinical Dermatology*, 31(1): 110-117.
  21. **Hayes, S., Storch, E. y Berlanga, L.** (2009). Skin picking behaviors: an examination of the prevalence and severity in a community sample. *Journal of Anxiety Disorders*. (23): 314–319.
  22. **Keuthen, N., Koran, L., Aboujaoude, E., Large, M. y Serpe, R.** (2010). The prevalence of pathologic skin picking in US adults. *Comprehensive Psychiatry*, 51(2): 183-186.
  23. **Keuthen, N., Jameson, M., Loh, R., Deckersbach, T. y Dougherty, D.** (2007). Open-label escitalopram treatment for pathological skin picking. *International Clinical Psychopharmacology*, 22(5): 268-274.
  24. **Keuthen, N., Wilhelm, S., Deckersbach, T., Engelhard, I., Forker, A., Baer, L. y Jenike, M.** (2001). The Skin Picking Scale. Scale construction and psychometric analyses. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(6): 337-341.
  25. **Keuthen, N., Deckersbach, T., Wilhelm, S., Engelhard, I., Forker, A., O'Sullivan, R., Jenike, M. y Baer, L.** (2001). The Skin Picking Impact Scale (SPIS). Scale Development and Psychometric Analyses. *Psychosomatics*, 42(5): 397-403.
  26. **Keuthen, N., Deckersbach, T., Wilhelm, S., Hale, E., Fraim, C., Baer, L., O'Sullivan, R. y Jenike, M.** (2000). Repetitive skin-picking in a student population and comparison with a sample of self-injurious skin-pickers. *Psychosomatics*, 41(3): 210-215.
  27. **Lochner, C., Simeon, D., Niehaus, D., y Stein, D.** (2002). Trichotillomania and Skin Picking: A phenomenological comparison. *Depression and Anxiety*, 15(2): 83-36.
  28. **Lovato, L., Ferrão, Y., Stein, D., Shavitt, R., Fontenelle, L., Vivan, A., Miguel, E. y Cordioli, A.** (2012). Skin picking and trichotillomania in adults with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5): 562-568.

29. **Luca, M., Vecchio, C., Luca, A. y Calandra, C.** (2012). Haloperidol augmentation of fluvoxamine in skin picking disorder: a case report. *Journal of Medical Case Reports*, 26(6): 219.
30. **Monzani, B., Rijsdijk, F., Harris, J. y Mataix-Cols, D.** (2014). The structure of genetic and environmental risk factors for dimensional representations of DSM-5 obsessive-compulsive spectrum disorders. *JAMA Psychiatry*; 71(2): 182-189.
31. **Monzani, B., Rijsdijk, F., Cherkas, L., Harris, J., Keuthen, N. y Mataix-Cols D.** (2012). Prevalence and Heritability of Skin Picking in an Adult Community Sample: A Twin Study. *American Journal of Medical Genetics, Part B* 159B, 605-610.
32. **Mutassim, D. y Adams, B.** (2009). The psychiatric profile of patients with psychogenic excoriation. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 61(4): 611-613.
33. **Neziroglu, F., Rabinowitz, D., Breytman, A. y Jacofsky, M.** (2008). Skin picking phenomenology and severity comparison. *Journal of Clinical Psychiatry*. 10(4): 306-312.
34. **Nirmal, B., Shenoi, S., Rai, S., Sreejayan, K. y Savitha, S.** (2013). 'Look beyond skin': psychogenic excoriation - a series of five cases. *Indian Journal of Dermatology*, 58(3): 246.
35. **Odlaug, B. y Grant, J.** (2010). "Pathologic Skin Picking". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5): 296-303.
36. **Odlaug, B., Chamberlain, S. y Grant, J.** (2010). Motor inhibition and cognitive flexibility in pathologic skin picking. (2010). *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 34(1): 208-211.
37. **Odlaug, B. y Grant, J.** (2008). Clinical characteristics and medical complications of pathological skin picking. *General Hospital Psychiatry*, 30: 61-66.
38. **Odlaug, B., Grant, B., y Grant, J.** (2008). Trichotillomania and Pathologic Skin Picking: Clinical Comparison with an Examination of Comorbidity. *Annals of Clinical Psychiatry*, 20(2): 57-63.
39. **Oliveira, E., Leppink, E., Derbyshire, K. y Grant, J.** (2015). Excoriation disorder: Impulsivity and its clinical associations. *Journal of Anxiety Disorders*, 30: 19-22.
40. **Ravindran, A., Lapierre, Y. y Anisman, H.** (1999). Obsessive-compulsive spectrum disorders: effective treatment with paroxetine. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44(8): 805-807.
41. **Roos, A., Grant, J., Fouche, J., Stein, D. y Lochner, C.** (2015). A comparison of brain volume and cortical thickness in excoriation (skin picking) disorder and trichotillomania (hair pulling disorder) in women. *Behavioural Brain Research*, 279(15): 255-258.
42. **Schuck, K., Keijsers, G. y Rinck, M.** (2011). The effects of brief cognitive-behaviour therapy for pathological skin-picking: A randomized comparison to wait-list control. *Behavior Research Therapy*, 49(1): 11-17.
43. **Seedat, S., Stein, D. y Harvey, B.** (2001). Inositol in the treatment of trichotillomania and compulsive skin picking. *Journal of Clinical Psychiatry*. 62(1): 60-61.
44. **Sharma, R. y Sharma, N.** (2005). Effectiveness of fluoxetine in the treatment of skin-picking. *Indian Journal of Psychiatry*, 47(4): 241-242.
45. **Silva-Netto, R., Jesus, G., Nogueira, M. y Tavares, H.** (2014). N-acetylcysteine in the treatment of skin-picking disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(1): 101.
46. **Simeon, D., Stein, D., Gross, S., Islam, N., Schmeidler, J. y Hollander, E.** (1997). A double-blind trial of Fluoxetine in pathological Skin Picking. *Journal of Clinical Psychiatry*. 58: 8.
47. **Snorrason, I., Olafsson, R., Flessner, C., Keuthen, N., Franklin, M. y Woods, D.** (2013). The Skin Picking Impact Scale: Factor Structure, Validity and Development of a short version. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54(4): 344-348.
48. **Spiegel, D. y Finklea, L.** (2009). The recognition and treatment of pathological skin picking: a potential neurobiological underpinning of the efficacy of pharmacotherapy in impulse control disorders. *Psychiatry (Edgmont)*, 6(2): 38-42.
49. **Teng, E., Woods, D. y Twohig, M.** (2006). Habit reversal as a treatment for chronic skin-picking: a pilot investigation. *Behavior Modification*, 30(4): 411-422.
50. **Toro-Martínez, E.** DSM-5: OCD and related disorders. (2014). *Vertex*, 25(113): 63-67.
51. **Tucker, B., Woods, D., Flessner, C., Franklin, S. y Franklin, M.** (2011). The Skin Picking Impact Project: phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population based sample. *Journal of Anxiety Disorders*, (25): 88-95.
52. **Turner, G., Sutton, S. y Sharma, A.** (2014). Augmentation of Venlafaxine with Aripiprazole in a Case of Treatment-resistant Excoriation Disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 11(1-2): 29-31.

- 
53. **Twohig, M., Hayes, S. y Masuda, A.** (2006). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for chronic skin picking. *Behavior Research Therapy*, 44(10): 1513-1522.
54. **Walther, M., Flessner, C., Conelea, C. y Woods D.** (2008). The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MI-DAS): Initial development and psychometric properties. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(1): 137-145.
55. **Yeh, A., Taylor, S., Thordarson, D. y Corcoran, K.** (2003). Efficacy of telephone-administered cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive spectrum disorders: case studies. *Cognitive Behavioral Therapy*, 32(2): 75-81.