

La excoriación psicógena: un trastorno del espectro obsesivo-compulsivo.

Psychogenic excoriation: a disorder of the obsessive-compulsive spectrum.

María Fernández Rodríguez ⁽¹⁾; Irene García Miranda ⁽²⁾ y Ana Villaverde González ⁽³⁾.

(1) Doctora en Psicología por la Universidad de Oviedo. Psicóloga Clínica. Centro de Salud Mental I “La Magdalena”. Área sanitaria III (Asturias, España).

(2) Máster en Psicología General Sanitaria, Facultad de Psicología (Universidad de Oviedo).

(3) Psicóloga Interna Residente. Hospital Universitario San Agustín de Avilés. Área sanitaria III (Asturias, España).

Resumen: En el presente artículo se hace un recorrido histórico del Trastorno de Excoriación. Se comienza por su aparición en la literatura médica hasta su inclusión en las clasificaciones diagnósticas internacionales. Se describe su paso por las taxonomías, donde era considerado un trastorno del control de los impulsos, hasta su consolidación como un trastorno dentro del espectro obsesivo compulsivo.

Palabras clave: excoriación; dermatilomanía; pellizcarse la piel; CIE; DSM.

Abstract: The present article makes a historical review of the Excoriation Disorder. It begins with its appearance in the medical literature until its inclusion in international diagnostic classifications. It describes its passage through taxonomies, where it was considered a disorder of impulse control, until its consolidation as a disorder within the obsessive-compulsive spectrum.

Key words: excoriation; dermatilomania; skin-picking; ICD; DSM.

Origen en la literatura médica

El Trastorno de Excoriación (TE), también denominado excoriación psicógena, dermatilomanía o síndrome de pellizcarse la piel, aparece por primera vez en la literatura médica en 1875. Fue el dermatólogo inglés Erasmus Wilson quien acuñó

el término “excoriación neurótica” para describir comportamientos en pacientes neuróticos que consistían en autoprovocarse repetidas y excesivas excoriaciones extremadamente difíciles de controlar¹. En 1898 el dermatólogo francés Louis Brocq, describe el caso de una paciente adolescente con rascado incontrolado de acné.



La paciente de 24 años padecía una dermatosis desde los 16 años. Casi desde el comienzo de su enfermedad llevaba a cabo conductas de rascado con una aguja o con las propias uñas, sin que ello fuera desencadenado por una sensación de picor. Así mismo, describe este autor el perfil de estos pacientes: la mayoría son mujeres de entre 16 y 30 años de edad, extremadamente neuropáticas o neuroartríticas, obsesionadas por su afección cutánea. Tan pronto como se levantan exploran sus caras con cuidado, y con distintos objetos, (aguja, alicates, tijeras o con las propias uñas), comienzan el rascado y no cesan hasta provocar en sus rostros sangre o llegar al agotamiento. Además, hace referencia a la dificultad para controlar este impulso, definiéndolo como un acto inconsciente que llevan a cabo, incluso tras la firme determinación de dejar de usar sus manos en la cara².

Antecedentes a las clasificaciones diagnósticas

La excoriación ya era considerada un trastorno del espectro obsesivo antes de ser incluida en las clasificaciones diagnósticas internacionales (CIE y DSM). El rascado cutáneo compulsivo al igual que la tricotilomanía, la hipocondría monosintomática, el trastorno dismórfico corporal (TDC), el globo histérico, las obsesiones intestinales o las obsesiones urinarias son síndromes cuyos síntomas mantienen similitud con el TOC³. Muchos de los pacientes con excoriación psicógena, al igual que los que sufren tricotilomanía, presentan comportamientos impulsivos y compulsivos. En la tricotilomanía suelen ser más frecuentes las conductas compulsivas⁴, mientras que la excoriación psicógena presenta un abanico de síntomas que van desde lo obsesivo compulsivo hasta la alteración en el control de impulsos⁵. Hay sujetos con TE que refieren síntomas propios del trastorno de control de impulsos, experimentando elevación de tensión antes de realizar el acto de excoriación y el consiguiente alivio posterior. Otros experimentan síntomas propios del TOC, donde el rascado puede seguir un ritual, un patrón que se repite y que lleva a la reducción de tensión, lo mismo que sucede con las compulsiones. Además, del mismo modo que en el TOC, los síntomas suelen ser egodistónicos, los pacientes suelen reconocer que la necesidad

de rascarse es irracional e intrusiva⁶. Cuando también presenta una preocupación excesiva por la apariencia física puede llegar a cumplir criterios para el diagnóstico de TDC. El TDC en el DSM-IV y su versión revisada estaba incluido en la sección correspondiente a los Trastorno somatomorfos^{7,8} y en el DSM-5 ha pasado a formar parte de los trastornos obsesivos compulsivos y trastornos relacionados⁹.

Antes de la aparición del TE en las clasificaciones diagnósticas internacionales, profesionales de la salud mental de Estados Unidos¹⁰ proponen tres subtipos de este trastorno en un espectro de compulsividad-impulsividad: tipo compulsivo, tipo impulsivo y tipo mixto. En el tipo compulsivo, la excoriación de la piel se realiza para evitar el aumento de la ansiedad o para prevenir un evento o situación temida como, por ejemplo, obsesión por la contaminación de la piel. El acto se realiza con plena conciencia y se asocia con cierta resistencia a realizar el comportamiento. En el tipo impulsivo, la excoriación de la piel está asociada con la excitación, el placer o la reducción de la tensión. Se realiza a veces con una conciencia mínima; se asocia con poca resistencia a la realización del comportamiento. Y, por último, el tipo mixto, donde la excoriación de la piel tiene características compulsivas e impulsivas. Estos autores, también proponen tres criterios diagnósticos:

- A. Excoriación de la piel no adaptativa (p. ej., rascar, escarbar, raspar, presionar/pinchar, cavar, frotar o apretar la piel) o preocupación desadaptativa con la excoriación de la piel según lo indicado por al menos una de las siguientes características:
 - Preocupación por la excoriación de la piel y/o los impulsos recurrentes para excoriar la piel, que se experimenta como irresistible, intrusivo y/o sin sentido.
 - Excoriación recurrente de la piel que produce un daño notable en la piel.
- B. La preocupación, los impulsos o los comportamientos asociados con la excoriación de la piel causan una angustia marcada, consumen mucho tiempo, interfieren significativamente en las actividades sociales u ocupacionales, o dan como resultado problemas médicos.

C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental y no se debe a una condición médica general.

El trastorno de excoriación en las clasificaciones diagnósticas

Los comportamientos relacionados con los TE se incluían dentro de los trastornos del control de impulsos. La CIE 10, el DSM IV y el DSM IV -TR no incluyen este trastorno propiamente dicho. En la CIE 10¹¹, el TE no aparece explícitamente en las categorías de trastornos mentales, si bien el clínico podría filiarlo en la sección de los “Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos”, concretamente en “Otros trastornos de los hábitos y del control de los impulsos” (F63.8). La excoriación neurótica está contemplada en la CIE 10 en el apartado “Otros procesos del CIE 10 frecuentemente asociados con alteraciones mentales y del comportamiento”, en el capítulo XII dedicado a las “Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo” donde se incluye la excoriación neurótica (L98.1). En el DSM IV⁷ y DSM IV-TR⁸, el TE estaría dentro de los trastornos del control de los impulsos, concretamente en la sección de los “Trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados” donde se menciona como ejemplo de “Trastornos del control de los impulsos no especificado”, el pellizcarse la piel (F63.9).

Este trastorno aparece por primera vez, con esta terminología, en la quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-5)⁹. Además, es en esta última versión del manual, donde ya se incluye en los “Trastornos obsesivos compulsivos y trastornos relacionados”. Concretamente este apartado incluye el TE al mismo nivel que el TOC y que otros trastornos del espectro como el TDC, la tricotilomanía, etc. (Tabla 1)

El TE se caracteriza por rascado recurrente de la piel, conllevando lesiones en la piel y repetidos intentos de reducir o parar este rascado. Los comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo que caracterizan este trastorno no son desencadenados por obsesiones o preocupaciones; aunque, ellos pueden ir precedidos o acompañados de varios estados emocionales, como sentimientos de ansiedad o aburrimiento.

También pueden ir precedidos por un incremento de sensación de tensión o pueden conducir a la gratificación, placer o un sentido de alivio cuando la piel es arrancada. Los individuos con este trastorno pueden tener grados de variación en el nivel de consciencia acerca del comportamiento mientras están involucrados en él, con algunos individuos centrando su atención en el comportamiento (precedido de tensión y con el consecuente alivio) y otros individuos realizan el comportamiento de forma más automática (con los comportamientos que parecen ocurrir sin plena consciencia)¹².

El DSM-5⁹ establece como necesarios para su diagnóstico, los siguientes criterios:

- A. Dañarse la piel de forma recurrente hasta producirse lesiones cutáneas.
- B. Intentos repetidos de disminuir o dejar de rasarse la piel.
- C. Rascarse la piel causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. El daño de la piel no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) u otra afección médica (p. ej., sarna).
- E. El hecho de rasarse la piel no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., delirios o alucinaciones táctiles en un trastorno psicótico, intentos de mejorar un defecto o imperfección percibida en el aspecto como en el TDC, estereotipias como en el trastorno de movimientos estereotipados o el intento de dañarse uno mismo en la autolesión no suicida).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye por primera vez el TE en sus manuales en la CIE 11¹², dentro del capítulo “Trastornos obsesivos-compulsivos o relacionados”. A diferencia del DSM-5, no está al mismo nivel que el TOC sino que es un subtipo de un apartado más amplio denominado “Trastornos de comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo” (ver tabla 1).

Los trastornos conductuales repetitivos centrados en el cuerpo (6B25) se caracterizan por acciones recurrentes y habituales dirigidas a la



piel (p. ej. arrancar el pelo, arrancarse la piel, morderse los labios), generalmente acompañadas de intentos fallidos de disminuir o detener esta conducta, y que conducen a secuelas dermatológicas (p. ej., pérdida de cabello, lesiones cutáneas, abrasiones de labios). El comportamiento puede ocurrir en episodios breves dispersos a lo largo del día o en períodos menos frecuentes pero más sostenidos. Los síntomas dan como resultado una angustia significativa o un deterioro significativo en las áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento.

Concretamente, el TE se caracteriza por el rasco recurrente de la propia piel provocando lesiones. Las partes del cuerpo que rascan con mayor frecuencia son la cara, los brazos y las manos, aunque hay personas que se rascan varias partes del cuerpo.

La CIE 11 establece como criterios de exclusión para el diagnóstico de TE el trastorno del movimiento estereotipado (6A06), la excoriación aguda de la piel (ME62.9) y la excoriación crónica de la piel (ME63.7). El trastorno del movimiento estereotipado (6A06) se caracteriza por movimientos voluntarios, repetitivos, estereotipados, aparentemente sin propósito (y con frecuencia rítmicos) que surgen durante el período de desarrollo temprano, no son causados por los efectos fisiológicos directos de una sustancia o medicamento (incluida la abstinencia) e interfieren notablemente con actividades normales o provocan lesiones corporales autoinfligidas. Está incluido dentro de los “Trastornos del neurodesarrollo” en el capítulo 6 de los trastornos mentales. La excoriación aguda y la excoriación crónica de la piel aparecen dentro del Capítulo 21 “Síntomas, signos o hallazgos clínicos no clasificados en otra parte”. Concretamente la excoriación aguda de la piel (ME62.9) está incluida en el apartado “Erupción aguda de la piel de naturaleza no especificada” (ME62) y la excoriación crónica de la piel (ME63.7) está incluida en el apartado “Trastorno crónico de la piel de naturaleza no especificada” (ME63) (Tabla 2). Este manual establece que la excoriación aguda de la piel es un diagnóstico provisional para una erupción cutánea de naturaleza desconocida o incierta que surge bruscamente y con-

siste en múltiples excoriaciones. En la mayoría de los casos, la excoriación es secundaria a un prurito intenso que surge de un trastorno sistémico o de una enfermedad cutánea como el ecema. También señala que en algunos casos los factores psicógenos pueden ser responsables. Para la excoriación crónica de la piel añade un criterio temporal de al menos seis semanas de duración del trastorno.

Conclusiones

Desde las primeras descripciones en el siglo XIX, el TE ha estado vinculado de alguna manera a las conductas obsesivas². Son los dermatólogos y no los especialistas en salud mental los pioneros en detectar y describir este trastorno. Posteriormente en el siglo XX este trastorno es descrito en la literatura médica dentro de un espectro de impulsividad-compulsividad inclinándose más hacia los comportamientos obsesivos compulsivos⁵.

Las conductas propias del TE, hasta la puesta en vigor del DSM-5, son consideradas dentro de los trastornos de control de impulsos. Solo se hace mención a este trastorno en el DSM IV, cuando se incluye el ejemplo de pellizcarse la piel. Por tanto, este trastorno pasa de puntillas por los trastornos del control de impulsos en las clasificaciones diagnósticas internacionales.

Solo recientemente y tras publicación del DSM-5, el TE empieza a formar parte de las clasificaciones diagnósticas internacionales al incluirse por primera vez en el capítulo de trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados. En esta misma línea, aunque con algunas variaciones, la CIE 11 también contempla el TE dentro del capítulo de los trastornos obsesivos.

Contacto

María Fernández Rodríguez ✉ maria.fernandezr@sespa.es ☎ 985 549 219
Centro de Salud Mental I “La Magdalena” • Área sanitaria III (Asturias, España)

Irene García Miranda ✉ irenegm91@gmail.com
Facultad de Psicología (Universidad de Oviedo) • Plaza Feijoo s/n • 33003 Oviedo (Asturias, España)

Ana Villaverde González ✉ ana.villaverdeg@sespa.es
Hospital Universitario San Agustín de Avilés • Área sanitaria III (Asturias, España)

Referencias

- Grant JE, Mancebo MC, Pinto A, Eisen JL, Rasmussen SA. Impulse control disorders in adults with obsessive compulsive disorder. *J Psychiatry Res.* 2006; 40:494–501.
- Brocq L. L'Acné exoriée des jeunes filles et son traitement. En: *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique. Journal Des Praticiens*. Ediciones: Paris (Francia): Imprimerie Charles Schlaeber; 1898.
- Jenike MA, Wilhem S. *Enfermedades relacionadas con el trastorno obsesivo-compulsivo: introducción*. En Jenike MA, Baer L, Minichiello WE. Trastorno obsesivo compulsivo: manejo práctico. Madrid (España): Ediciones Harcourt; 2001. p. 121-139.
- Stein DJ, Mullen L, Islam MN, Cohen L, DeCaria CM, Hollander E. Compulsive and impulsive symptomatology in trichotillomania. *Psychopathology.* 1995; 28: 208-13.
- Arnold LM, McElroy SL, Mutasim DF, Dwight MM, Lamerson CL, Morris EM. Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. *J Clin Psychiatry.* 1998; 59: 509-14.
- Stein DJ, Hollander E. Dermatology and conditions related to obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Dermatol.* 1992; 26: 237-42.
- American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. 4ª ed. Washington, DC: APA, 1994. (trad. cast. Barcelona: Masson, 1998).
- American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. 4ª ed. Revisada. Washington, DC: APA. (trad. cast. Barcelona: Masson, 2002).
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Arnold LM, Auchenbach MB, McElroy SL. *Psychogenic excoriation clinical features, proposed Diagnostic Criteria, Epidemiology and Approaches to treatment*. CNS Drugs. 2001; 15: 351-359.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. *Clasificación internacional de las enfermedades (10ª revisión): Trastornos mentales y del comportamiento*. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico, Madrid: Méditor; 1992.
- World Health Organization, WHO [Internet]. *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. 2018. Disponible en <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

• Recibido: 22/10/2019.

• Aceptado: 23/12/2019.



Tabla 1. Comparativa DSM-5 y CIE 11

DSM 5	CIE 11
Sección 2 - Criterios diagnósticos y códigos	Capítulo 6 - Trastornos mentales, de comportamiento y del neurodesarrollo
Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados	Obsesivo-compulsivo o trastornos relacionados (Bloque L1-6B2)
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno obsesivo-compulsivo 300.3 (F42) 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno obsesivo-compulsivo 6B20 <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno obsesivo-compulsivo con insight justo o bueno 6B20.0 - Trastorno obsesivo-compulsivo con pobre o ausente insight 6B20.1 - Trastorno obsesivo-compulsivo, no especificado 6B20.Z
<ul style="list-style-type: none"> • Trast. dismórfico corporal 300.7 (F45.22) 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno dismórfico corporal 6B21 <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno dismórfico corporal con insight justo o bueno 6B21.0 - Trastorno dismórfico corporal con pobre o ausente insight 6B21.1 - Trastorno dismórfico corporal, no especificado 6B21.Z
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de acumulación 300.3 (F42) 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de acumulación 6B24 <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de acumulación con insight justo o bueno 6B24.0 - Trastorno de acumulación con pobre o ausente insight 6B24.1 - Trastorno de acumulación, no especificado 6B24.Z
<ul style="list-style-type: none"> • Tricotilomanía (tr. de arrancarse el cabello/ trast. de arrancarse el pelo) 312.39 (F63.3) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de excoriación (dañarse la piel/ rascarse la piel) 698.4 (L98.1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo 6B25 <ul style="list-style-type: none"> - Tricotilomanía 6B25.0 - Trastorno de excoriación 6B25.1 - Otros trastornos especificados de comportamiento repetitivos enfocados en el cuerpo 6B25.Y - Trastornos de comportamiento repetitivo enfocados en el cuerpo, no especificado 6B25.Z
<ul style="list-style-type: none"> • Trast. obsesivo-compulsivo y relacionados inducidos por sustancias/ medicamentos 	
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debido a otra afección médica 294.8 (F06.8) <ul style="list-style-type: none"> - p. Ej: Infarto cerebral. Se codificaría así: 438.89 [I69.398] infarto cerebral; 294.8 [F06.8] trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados 	

DSM 5	CIE 11
<ul style="list-style-type: none"> • Otro trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados especificados 300.3 (F42) <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno del tipo dismórfico corporal con imperfecciones reales - Trastorno del tipo dismórfico corporal sin comportamientos repetitivos - Trastorno de comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo - Celos obsesivos - Shubo-kyofu - Koro - Jikoshu-kyofu o síndrome de referencia olfatorio 	<ul style="list-style-type: none"> • Otro trastorno obsesivo-compulsivo especificado o trastornos relacionados 6B2Y
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de referencia olfativo 6B22 <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de referencia olfativo con insight justo o bueno 6B22.0 - Trastorno de referencia olfativo con pobre o ausente insight 6B22.1 - Trastorno de referencia olfativo, no especificado 6B22.Z 	
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados no especificados 300.3 (F42): <ul style="list-style-type: none"> - Ej: utilizado en servicios de urgencias cuando no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Obsesivo-compulsivo o otros trastornos relacionados, no especificado 6B2Z
	<ul style="list-style-type: none"> • Hipocondriasis 6B23 <ul style="list-style-type: none"> - Hipocondriasis con insight justo o bueno 6B23.0 - Hipocondriasis con pobre o ausente insight 6B23.1 - Hipocondriasis no especificado 6B23.

Tabla 2. Excoriación aguda y excoriación crónica en la CIE 11

Capítulo 21 – Síntomas, signos o hallazgos clínicos, no clasificados en otra parte
• Síntomas, signos o hallazgos clínicos relativos a la piel (BlockL1 ME6)
• Síntomas o signos relativos a la piel (BlockL2 ME6)
- ME62 - Erupción aguda de la piel de naturaleza incierta o inespecífica
ME62.9 – Excoriación aguda de la piel
- ME63 - Trastorno crónico de la piel de naturaleza incierta o inespecífica
ME63.7 – Excoriación crónica de la piel