



# Dermatosis perianales de origen psicosomático

Gayne Ruby Medina-Murillo,\* Ulises Rodríguez-Wong\*\*

## RESUMEN

Las emociones contribuyen a la aparición de algunas enfermedades dermatológicas; sin embargo, su mecanismo de producción aún no se ha aclarado. La región perianal también es el sitio de aparición de algunas dermatosis de origen psicosomático. Éstas se han subdividido en tres grupos: 1) aquellas en donde el factor psicológico es más importante que el dermatológico; 2) en donde el padecimiento dermatológico tiene diferentes factores etiológicos, uno de los cuales es el psíquico, y 3) cuando la dermatosis propicia las alteraciones psicológicas en el enfermo.

**Palabras clave:** *Dermatosis perianales, dermatosis perianales psicosomáticas, dermatosis psicosomáticas.*

## ABSTRACT

The emotions contribute to the appearance of some dermatological diseases; nevertheless, their mechanism of production yet has not clarified. The perianal region also is the site of appearance of some dermatosis of psychosomatic origin. These have subdivided in three groups: 1) those where the psychological factor is more important than the dermatological one; 2) where the dermatological suffering has different etiologic factors, one of which is the psychic one, and 3) when the dermatosis propitiates the psychological alterations in the patient.

**Key words:** *Perianal dermatosis, psychosomatic perianal dermatosis, psychosomatic dermatosis.*

## INTRODUCCIÓN

Las emociones contribuyen a la aparición de algunas enfermedades dermatológicas; sin embargo, su mecanismo de producción aún no se ha aclarado.

La piel es el sitio en donde se expresan algunas lesiones bajo el estímulo de algunos procesos psicológicos, también es un órgano sujeto a cambios del sistema neurovegetativo y un lugar anatómico de descargas fisiológicas de ansiedad o diferentes expresiones de la mente, es por eso que la piel es un órgano capaz de responder a las emociones de diferente manera, así puede obrar como fuente receptora de estímulos o, también, puede ser la fuente estimuladora.

La asociación de diferentes dermatosis con determinados cambios de temperamento es bien conocida, es por eso que la estimulación exagerada del sistema nervioso simpático se traduce en la piel como eritema, sudoración, manos frías, que producen un aspecto antiestético y pueden preocupar al paciente de una supuesta transmisibilidad o malignidad que origina un círculo vicioso, al producir a su vez problemas psicológicos por imaginarse una severa alteración corporal.

Las manifestaciones psicosomáticas se consideran un mecanismo de defensa del yo, como una forma de descarga de una alteración emocional (ansiedad, miedo, depresión, angustia, autocompasión, exhibicionismo), la cual se canaliza en un órgano del paciente, como el corazón (infarto), intestino (síndrome de intestino irritable), estómago (úlcera), o bien, en la piel, apareciendo de esta manera un conflicto psicológico somatizado en la piel.

Por eso se ha decidido tomar en cuenta este tipo de alteraciones cutáneas como manifestaciones psicosomáticas, de tal manera que el ser humano es un conjunto representado por un lado por una parte anatómica y por la otra por un psique, conformando un todo dualista.<sup>1,2</sup>

En la época actual se ha tomado en cuenta al ser humano como un conjunto de soma y psique, poniendo atención a enfermedades de origen psicosomático desde esta perspectiva y no viendo solamente una enfermedad aislada.

Hipócrates señaló que al hacer el diagnóstico de una enfermedad hay que ver a la persona como un todo y no solamente a la enfermedad; es por ello que el médico que ve a un paciente con alguna dermatosis no sólo debe examinar la piel, sus exámenes de laboratorio o su estudio histopatológico, sino también observar al paciente en general: sus expresiones, modo de hablar, forma de vestirse,

\* Dermatóloga, Torre Médica Tepic, Ciudad de México.

\*\* Coloproctólogo, Hospital Juárez de México.

su entorno familiar, para hacer el diagnóstico de alguna alteración psicológica.

Existen psicodermatosis donde el padecimiento cutáneo puede tener un mínimo componente psicológico, en otros casos puede haber mínimas lesiones cutáneas y en otros más las lesiones cutáneas pueden tener la misma importancia que el problema psicológico. En la clasificación de Obermayer:

- I. El padecimiento psiquiátrico es más importante que el dermatológico.
- II. Dermatitis con factor psicológico, en su etiología no es el único factor de importancia.
- III. La dermatosis ocasiona las alteraciones psicológicas que la acompañan.

### GRUPO I

En este grupo el padecimiento psiquiátrico es más importante que el dermatológico:

- **Fobias.** Se encuentran en este grupo todas las fobias, en donde no existen lesiones dermatológicas, sólo el temor persistente y exagerado de padecer alguna enfermedad. En dermatología observamos el delirio de parasitosis o parasitofobia, donde los pacientes tienen la sensación de sentir animales caminándoles por todo el cuerpo y que les ocasionan prurito, y piensan que tienen una enfermedad infecciosa o parasitaria; esto se traduce como una falsa creencia del pensamiento o psicosis circunscrita. Existen otros pacientes que sienten e imaginan ver a los parásitos, debido a que coexiste una alteración de la percepción visual.<sup>3</sup>
- **Excoriaciones neuróticas.** Otras alteraciones incluidas en este grupo son las excoriaciones neuróticas, las cuales constituyen lesiones que el mismo paciente se produce en diferentes partes del cuerpo accesible a sus uñas, dentro de ellas la región perianal, el paciente refiere mucho prurito y se arranca porciones de la piel ocasionando las excoriaciones, que a su vez pueden infectarse y dejar cicatrices. Es un estado de neurosis de angustia, ansiedad, depresión, con elementos esquizoide y paranoide.
- **Dermatitis facticia.** Es un grado máximo de automutilación del enfermo psicótico, el paciente se causa lesiones destructivas en zonas accesibles mediante instrumentos, ácidos, agua caliente, entre otros, provocándose verdaderas mutilaciones, ulceraciones de aspecto necrótico o lesiones con figuras caprichosas que delatan la participación del paciente, el cual, a su vez, no acepta que él mismo se las produjo; sin embargo, tiene

sentimientos de culpa, que lo hacen autocastigarse. Por otra parte el paciente puede también producirse una dermatitis de contacto por la aplicación de sustancias irritantes o alérgicas en esta región al utilizarlas de manera compulsiva.

- **Hipocondría.** El paciente presenta una preocupación absorbente y distorsionada por presentar enfermedades cutáneas de la región perianal, el paciente generalmente tiene una personalidad paranoide.

### GRUPO II

En este grupo el padecimiento dermatológico tiene diferentes factores etiológicos, uno de los cuales es el problema psíquico:

- **Vitiligo.** Es una leucopatía acrómica idiopática primaria, que puede iniciar en el área genital y perianal, con manchas acrómicas asintomáticas que pueden confluir y que se pueden extender simétricamente con hiperpigmentación en sus límites, existe disminución de la síntesis de melanina a partir de los precursores existentes. Entre los factores predisponentes está el factor hereditario, el inmunológico, autoinmune y la ansiedad. Es una enfermedad que afecta al melanocito y se caracteriza por decoloración de la piel, ocurre con igual frecuencia en ambos sexos, afecta a todas las razas y puede ocurrir a cualquier edad. Histológicamente existe ausencia de melanocitos o disminución en su número, evoluciona en forma estable o con progresión lenta o puede incluso remitir espontáneamente; la repigmentación se puede realizar mediante terapia con resultado completo o incompleto, por lo tanto su evolución es impredecible. El tratamiento en el área perianal es especialmente difícil, algunos pacientes responden a corticosteroides tópicos, con vigilancia de sus efectos adversos y apoyo psicológico, ya que no es posible la utilización de psolares o otro tipo de irritantes en esta área.<sup>4</sup>
- **Liquen simple crónico.** Se caracteriza por la presencia de una piel crónicamente traumatizada por el rascado, la inducción de prurito es mediado por factores psicológicos y la lesión es producida por el trauma del rascado, la personalidad del paciente es de tipo A (obsesiva compulsiva); el rascado dura semanas o meses, su comienzo es insidioso y el prurito es nocturno, además del área perianal puede involucrarse el área genital, cursa con exacerbaciones y remisiones y aumenta con la sudoración, el uso de ropa áspera y el estrés; se observa una piel liquenificada, con huellas de rascado, costras hemáticas, excoriaciones y cambios de pigmentación. El tratamiento está enfocado a detener el prurito, modi-

ficando la rutina del cuidado de la piel, cortar las uñas de las manos, evitar el frecuente lavado del área perianal con agua y jabón y tallado, el cual debe realizarse solamente una vez al día con agua tibia y poco jabón, evitar el sudor, la ropa rasposa y mantener fresca la región; evitar que el paciente aplique medicamentos tópicos no recetados, ya que pueden ser irritantes o alérgicos; hay que lubricar la piel, utilizar esteroides de baja potencia, antihistamínicos y terapia psicológica.<sup>5</sup>

- **Psoriasis.** Es una dermatosis de etiología desconocida, caracterizada por inflamación y proliferación epidérmica, manifestada por placas eritemato-escamosas, que en el área perianal son menos marcadas, la escama es menos evidente, por lo que en algunos casos el diagnóstico es histopatológico, su curso es crónico con exacerbaciones relacionadas a estados emocionales, existen factores etiológicos como la alteración inmunológica, la herencia y estados emocionales.<sup>6</sup> Desafortunadamente, en la región perianal el tratamiento es difícil, primero por ser un área poco accesible, porque es muy difícil utilizar queratolíticos ya que tiene una fácil tendencia a la irritación, por lo tanto los esteroides tópicos de baja potencia son el tratamiento de primera línea; el calcipotriol y el metotrexate oral para lesiones muy extensas, así como la ciclosporina y los ansiolíticos.<sup>7,8</sup>

### GRUPO III

En este grupo se encuentran los padecimientos en los cuales la dermatosis es la que produce los cambios psíquicos del paciente:

- **Condilomas acuminados.** Es una infección por el virus de papiloma humano (HPV)<sup>9,10</sup> y que es particularmente importante por la alta prevalencia y papel etiológico del cáncer,<sup>11</sup> por lo que tiene repercusiones importantes de tipo psicológico en los pacientes tanto por su aspecto como por sus consecuencias (Fig. 1). La infección puede ocurrir a cualquier edad, su aspecto es desagradable, asintomática y poco pruriginosa, su diagnóstico es clínico aunque la biopsia es importante para descartar displasias, puede involucionar espontáneamente en niños y adultos jóvenes por razones que aún se desconocen. El tratamiento con podofilina al 25% cada semana o cada dos semanas es efectivo generalmente, puede también utilizarse la crioterapia, ácido tricloroacético, 5 fluorouracilo y cirugía (láser, electrofulguración o escisión). Dentro de las nuevas formas de tratamiento se encuentra la utilización del imiquimod.<sup>12</sup>
- **Hidrosadenitis supurativa.** Es una dermatosis que se considera de naturaleza acneiforme, el factor genético,



Figura 1. Condilomatosis acuminada perianal.



Figura 2. Hidrosadenitis supurativa.

la obesidad y las factores hormonales androgénicas son importantes; se observa entre los 20 y 40 años de edad, siendo las mujeres las más frecuentemente afectadas, así como la raza negra; las lesiones están constituidas por quistes dolorosos que drenan secreción purulenta, que al involucionar dejan cicatrices hipertróficas o queloides, con destrucción del folículo piloso, afecta la región perianal pero puede abarcar nalgas (Fig. 2), con linfadenopatía regional y cuando es severa puede acompañarse de ataque al estado general, con fiebre, artralgias, mialgias, y anemia; su evolución es crónica, causando deformación de la región, por lo que afecta al paciente psicológicamente. El tratamiento es a base de antibióticos como la tetraciclina y la eritromicina, esteroides intralesionales, antiandrogénicos, retinoides orales, marsupialización, excéresis del área afectada con la aplicación de injertos.<sup>13,14</sup>



**Figura 3.** *Nevo perianal.*

- **Nevos y hemangiomas.** Los hemangiomas son deformaciones vasculares benignas que se presentan en 10% de los niños, son de color rojo, en ocasiones exofíticas, pueden crecer y causar obstrucción del canal anal o involucionar alrededor de los 7 años de edad; cuando son muy grandes y obstruyen el orificio anal, pueden interferir con el mecanismo de evacuación o bien ulcerarse o sangrar, cuando esto último ocurre, se requiere de intervención quirúrgica inmediata; otras modalidades de tratamiento son la crioterapia y la utilización de esteroides por vía oral. Estas lesiones como las otras de este grupo pueden ocasionar repercusiones psicológicas en los pacientes.<sup>15</sup>
- **Nevo congénito.** El nevo congénito es uno de los padecimientos que causa mayor efecto psicológico en los pacientes, sobre todo en los niños, son lesiones hiperpigmentadas de gran tamaño (Fig. 3), de borde, color y superficie irregular; en la adolescencia puede aumentar su tamaño y existe el riesgo de transformación maligna hacia melanoma, por lo que se recomienda el tratamiento excisional quirúrgico con la aplicación de injertos.<sup>16</sup>

### CONCLUSIONES

Existe una gran variedad de padecimientos dermatológicos en la región perianal que tienen relación con el estado psiquiátrico del paciente. En algunos casos el problema psiquiátrico es más importante que el problema perianal; produciéndose la lesión, en algunos casos incluso, debido a traumatismo de la región por el estado mental del enfermo. En otro grupo de padecimientos se encuentran las lesiones dermatológicas perianales que predominan sobre el problema psiquiátrico. Y en un tercer grupo las enfermedades de la piel de la región perianal que por su aspecto o gravedad repercuten en el estado psiquiátrico del enfermo. El dermatólogo y el coloproctólogo deben estudiar al enfermo como una entidad completa para poder sospechar y

corregir tanto el problema dermatológico perianal como el estado psiquiátrico del enfermo, con el apoyo de un equipo integrado por psicólogos y psiquiatras.

### REFERENCIAS

1. Hatch ML, Paradis C, Fiedman S. Obsessive-compulsive disorder in patient with chronic pruritic conditions: case studies and discussion. *Am J Acad Dermatol* 1992; 26: 549-51.
2. Hanno R, Murphy P. Pruritus ani. Classification and management. *Dermatol Clin* 1987; 5: 811-6.
3. Sheehan-Dare RA, Henderson MJ, Cotterill JA. Anxiety and depression in patients with chronic urticaria and generalized pruritus. *Br J Dermatol* 1990; 123: 769-74.
4. Naughton GK, Eisinger M, Bystry JC. Detection of antibodies to melanocytes in vitiligo by specific immunoprecipitation. *J Invest Dermatol* 1983; 81: 540-2.
5. Morhenn VB. The etiology of lichen planus. A hypothesis. *Am J Dermatopathol* 1986; 8: 154-6.
6. Farber EM, Nall L. Perianal and intergluteal psoriasis. *Cutis* 1992; 50: 336-8.
7. Goodwin P, Hamilton S, Fry L. The cell cycle in psoriasis. *Br J Dermatol* 1974; 90: 517-24.
8. van Joost T, van Ulsen J, van Loon LA. Low-dose cyclosporin A in severe psoriasis. A double-blind study. *Br J Dermatol* 1988; 118: 183-90.
9. Ruiz-Healy F, Rodríguez-Wong U. Condilomatosis acuminada perianal. *Sem Med CA y Pan* 1978; 30(398): 284-8.
10. Sehgal VN, Koranne RV, Srivastava SB. Genital warts. Current status. *Int J Dermatol* 1989; 28: 75-85.
11. Rodríguez-Wong U, Medina-Murillo GR. Virus de papiloma humano y carcinoma epidermoide anal. *Rev Hosp Jua Mex* 2006; 73(2): 51-5.
12. Krebs HB. Treatment of genital condylomata with topical 5-fluorouracil. *Dermatol Clin* 1991; 9: 333-41.
13. Yu CC, Cook MG. Hidradenitis suppurativa: a disease of follicular epithelium, rather than apocrine glands. *Br J Dermatol* 1990; 122: 763-9.
14. Highet AS, Warren RE, Weekes AJ. Bacteriology and antibiotic treatment of perineal suppurative hidradenitis. *Arch Dermatol* 1988; 124: 1047-51.
15. Lynch PJ, Edwards L. Pediatric problems. In: *Genital Dermatology*. Singapore: Churchill Livingstone; 1994, p. 255-7.
16. From L. Congenital nevi – let's be practical. *Pediatr Dermatol* 1992; 9: 345-6.

#### Solicitud de sobretiros:

Dra. Gayne Ruby Medina-Murillo  
Tepic 113-611,  
Col. Roma Sur,  
C.P. 06760, México, D.F.  
Tel.: 5264-8266