

Olanzapina y Dermatología

Olanzapin and Dermatology

Olanzapina (OLZ) es un antipsicótico atípico actualmente muy utilizado por los psiquiatras, que en Dermatología constituye el tratamiento específico para los enfermos con excoiaciones psicogénicas.

No es fácil tratar enfermos con excoiaciones psicogénicas. Incluso hoy en día con olanzapina no lo es, y es que todo y todos obstaculizan que el paciente se medique. Las dificultades provienen tanto de uno mismo, como de los demás. En enfermos con alta participación psiquiátrica, el dermatólogo puede sentir miedo a adentrarse en terreno desconocido, y, además, pertrechado con un armamentario que sabe que es el mejor, pero del que no dispone de experiencia. Pero el miedo depende de uno mismo y puede intentar arreglarse con información[1, 2]. Las actuaciones de los demás, sólo el paso del tiempo, que comporta un aumento de los conocimientos, las va a configurar en su modo adecuado.

"Los demás" están constituidos por cosas y por personas. "Cosas" son el prospecto del medicamento, que el laboratorio incluyó como información, pero sobre todo como medio defensivo. Otra dificultad es el mismo medicamento con sus efectos secundarios reales y con su precio, y sobre todo el psiquiatra para quien el enfermo no presenta signos clínicos de psicosis. Pero los obstáculos para que nuestro paciente deje de arrancarse la piel a ñadas no terminan aquí. El mismo farmacéutico, o bien el consejo alarmante de un amigo o vecino que sabe que otra persona lo toma para procesos psicóticos pueden detener nuestra prescripción.

Con estas perspectivas he decidido describir mi propia experiencia con olanzapina. En este tema tengo dos experiencias personales, la previa al estudio, que rezaba así: "olanzapina constituye el medicamento de elección actual para el tratamiento de los enfermos con excoiaciones psicogénicas, así como también para otras afecciones dermatológicas de origen psicogénico", y la experiencia comprobada y real, fruto de la revisión de mis archivos de pacientes, que reza la misma frase anterior, pero que la termina con mayor precisión: "olanzapina constituye el medicamento de elección actual para el tratamiento de los enfermos con excoiaciones psicogénicas, así como también para otras afecciones dermatológicas de origen psicogénico, pero estamos muy lejos de poder afirmar que ante un enfermo con estas características vamos a conseguir un resultado satisfactorio".

Olanzapina es el antipsicótico atípico más usado, y ha substituido en el tratamiento actual de la esquizofrenia a los antipsicóticos clásicos como las fenotiazinas, el haloperidol, los derivados del tioxanteno y al pimozide.

Gupta y Gupta en el año 2000 publicaron que olanzapina proporciona buen resultado en las excoiaciones psicogénicas[3]. De acuerdo con la publicación de los Gupta, empecé a prescribirlo a mis enfermos con excoiaciones psicogénicas, con resultados sorprendentes. En el año 2001 había presentado en París en una Reunión del ESDaP (European Society for Dermatology and Psychiatry)[4] mi experiencia personal sobre ello. Los psiquiatras de la ESDaP allí presentes opinaron que los pacientes con excoiaciones psicogénicas no son enfermos esquizofrénicos, sino que el buen efecto de la olanzapina en ellos es debido a una acción no suficientemente conocida del medicamento, efecto más allá de su conocida acción antipsicótica. Esto quizá no deba sorprendernos, porque por ejemplo los psiquiatras recetan ibuprofeno, que es un fármaco para combatir la dependencia del tabaco, en trastornos bipolares difíciles[5]. También se usa con éxito en trastornos bipolares refractarios a tratamientos convencionales el antipsicótico atípico aripiprazol[6]. Y desde hace muchos años los dermatólogos recetamos imipramina (que no es más que un antidepresivo de primera generación) para la neuralgia post-zosteriana.

En el año 2004 publiqué[7] junto con psiquiatras de la Facultad de Medicina de Barcelona el buen resultado de olanzapina en cinco casos de excoiaciones psicogénicas. Ante los buenos resultados en enfermos con excoiaciones psicogénicas, también lo he usado posteriormente en enfermos con otras dermatosis no psicósomáticas, siempre y cuando estos pacientes presentaran un historial de largos años de consultas por motivos extracutáneos con psiquiatras y con psicólogos, y que hubieran sido tratados durante años con muchos psicotropos.

Con este fin he revisado los pacientes de mi consulta privada. En los últimos 8 años (años 2000-2008) he prescrito olanzapina en 54 pacientes:

- 21 pacientes con excoiraciones psicogénicas.
- 6 pacientes con prurito psicogénico.
- 4 casos de acné excoirado con larga historia de consultas psiquiátricas y administración de múltiples psicotropos por motivos extracutáneos.
- 4 pacientes con glosorodinia.

Y otros pacientes, uno de ellos con sensación de quemazón en la piel, otros con dismorfofobia, pero también en eczemas atópicos, en dermatitis seborreica recalcitrante de los pliegues, en un caso de dermatosis artefacta, y en pruritos anales y vulvares con mucha participación psiquiátrica.

He obtenido los siguientes Resultados:

De un total de 54 pacientes a los que se ha prescrito olanzapina, sólo 26 de ellos lo han llegado a tomar. Esto supone un 48%, es decir, casi la mitad de los pacientes a los que se ha prescrito olanzapina no lo han llegado a tomar. Como fondo real de las diversas causas de la abstención de los enfermos en medicarse puede figurar el estigma de la enfermedad mental presente en nuestra sociedad. Pero analicemos las causas en mis enfermos.

Existen otras causas más fáciles de incriminar. Todos los antipsicóticos atípicos son caros. Con olanzapina se recomienda empezar por un comprimido diario de 2,5 mg. Si lo tolera bien hay que pasar a 5 mg al día (una caja de 28 comprimidos de 5 mg cuesta actualmente en España 71 €). Puede parecer que el precio no tiene que ser un gran obstáculo para el dermatólogo. En realidad sí lo es, porque el paciente con nuestra receta acude a su médico de asistencia primaria para que se la transfiera a cargo de la Seguridad Social. Y aquí ya encontramos el primer escollo, administrativo, pues si el médico no conoce esta nueva indicación no autoriza su prescripción a través de la Seguridad Social. El enfermo confía en su médico de familia, y duda de nosotros.

Es importante explicar con suma claridad al paciente para qué sirve el medicamento, así como lo que indica el prospecto. Casi la mitad de los médicos de familia no lo han querido transcribir a recetas de la Seguridad Social y el paciente no lo compra por su cuenta. Si el médico de familia, dudoso, deriva el paciente al psiquiatra, éste no se lo receta, porque según sus criterios diagnósticos razonables, el enfermo no es un psicótico. Y así, de esta manera, el enfermo se pierde.

Vamos a precisar. Que un enfermo no vuelva a visita no significa forzosamente que se haya perdido. Puede haber sucedido:

- 1) Algunos de ellos pueden haber obtenido la receta, y con ella, un resultado satisfactorio que no han comunicado.
- 2) Otros pueden haber conseguido la receta, pero pueden no haber tolerado el medicamento, y haberlo abandonado.
- 3) También puede haber sucedido que lo han tomado, lo han tolerado, pero no han obtenido un resultado positivo con él.

Me consta que:

- 4 pacientes en visitas posteriores me han precisado que su médico no se lo quiso recetar (éstos suponen un 7'40% de pacientes).
- Un paciente me confesó que sin la ayuda vicariante de ningún profesional, él por su cuenta, decidió no tomar este medicamento.
- 5 pacientes que superando todos los obstáculos previos llegaron a tratarse con olanzapina, no obtuvieron ningún resultado. Estos 5 casos suponen un 19,23% de fracasos de los casos tratados (han sido casos de: prurito psicogénico, sensación de quemazón generalizada de la piel, psoriasis vulgar, eczema atópico excoirado y neuralgia postherpética). Es decir: no han respondido al tratamiento casi 1 de cada 5 pacientes dermatológicos con notoria etiología psiquiátrica.

La consulta a Google bajo el nombre "Olanzapine side effects" tampoco ayuda. Se halla una exhaustiva y variada lista de efectos secundarios de todo tipo. De todos ellos sólo hemos observado ocasionalmente aumento de peso e hiperglicemia, así como retención de líquidos.

Finalmente, los buenos resultados:

De los 26 pacientes que se trataron con olanzapina, 15 de ellos respondieron : favorablemente unos, y espectacularmente, otros. Constituyen un 57,69% de éxitos de los casos tratados. Es decir, casi un 58% de los enfermos que llegaron a medicarse con olanzapina respondieron muy bien.

Los diagnósticos de los pacientes tratados con éxito se desglosan así:

- 6 casos de excoriaciones psicogénicas.
- 2 casos de eczema atópico recalcitrante
- 2 casos de dismorfofobia
- Casos aislados de glosorrodinia, prurito anal, acné excoriado, psoriasis pruriginoso y de tricoteiomanía ciliar (que es la compulsión a frotarse los pelos de las cejas).

En resumen:

- 1º. En mi experiencia de 54 casos en que he prescrito olanzapina, éste resulta ser el tratamiento más eficaz en las excoriaciones psicogénicas. 26 de ellos llegaron a tomar el fármaco, y de éstos el 57,69% respondieron favorablemente.
- 2º. Olanzapina puede también proporcionar resultados favorables en dermatosis consideradas psicósomáticas que no sean excoriaciones neuróticas, siempre que los pacientes presenten un largo historial psiquiátrico.
- 3º. Olanzapina puede también proporcionar resultados favorables en dermatosis no consideradas psicósomáticas, siempre que los pacientes tratados presenten un largo historial psiquiátrico.
- 4º. En mi experiencia, sólo la mitad de los pacientes dermatológicos a los que se receta este medicamento llegan a tomarlo.
- 5º. Al recetar olanzapina un dermatólogo existe el peligro de que el paciente se convierta en un enfermo perdido, sin médico alguno, y que siga con su dermatosis y con su deficiente calidad de vida.
- 6º. Olanzapina, antipsicótico, no debe ser un medicamento de uso rutinario en dermatología. En cambio, en referencia al uso de ansiolíticos y antidepresivos, un dermatólogo debe sentirse obligado a tener suficientes conocimientos de éstos. Tales pacientes no deben ser transferidos al psiquiatra, porque muchos no acudirán a él (por el estigma social que aun representa acudir al psiquiatra) tampoco regresarán a nosotros y se convertirían en enfermos “perdidos”, sin psiquiatra y sin dermatólogo.

F. Grimalt

Prof. Titular de Dermatología.

Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona

Bibliografía

1. Grimalt F, Cotterill JA. Dermatología y Psiquiatría. Historias clínicas comentadas. Aula Médica. Madrid, 2001.
2. Grimalt F. The “Third Ear” of the Dermatologist. En: Psychocutaneous Medicine por John YM Koo y Chai Sue Lee. Marcel Dekker. New York-Basel, 2003, pp. 13-22.
3. Gupta MA, Gupta AK. Olanzapine is effective in the management of some self-induced dermatoses: Three case reports. *Cutis* 2000;66: 143-6.
4. Grimalt F. Olanzapine in the treatment of psychogenic excoriations. VI Meeting of the European Society for Dermatology and Psychiatry Paris, 2001.
5. Blanch J, Grimalt F, Massana G, Navarro V. Efficacy of olanzapine in the treatment of psychogenic excoriations. *Br J Dermatol* 2004; 151:714-6.
6. Vieta E, Tjoen C, McQuade RD, Carson WH Jr, Marcus RN, Sánchez R y cols. Efficacy of adjunctive aripiprazole to either valproate or lithium in bipolar mania patients partially non-responsive to valproate/lithium monotherapy: A placebo-controlled study. *Am J Psychiatr* 2008; 9 (Mayo) Aceptado para su publicación.
7. Truman CJ, Goldberg JF, Ghaemi SN, Baldassano CF, Wisniewski SR, Dennehy EB y cols. Self-reported history of manic/hypomanic switch associated with antidepressant use: data from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *J Clin Psychiatry* 2007;68:1472-9.