

Trastorno de excoriación: una revisión integral

Excoriation (Skin-Picking) Disorder: A Comprehensive Review

Alejo Agranatti¹, Sergio Ricciardelli², María Lucía Marchese³, Martina Victoria Rojas⁴, Daniel Fadel⁵, Melany Oppel⁶

<https://doi.org/10.53680/vertex.v37i173.1068>

Resumen

El trastorno de excoriación (TE), recientemente reconocido como entidad diagnóstica en el DSM-5, se caracteriza por conductas recurrentes de rascado compulsivo que generan lesiones cutáneas y un alto impacto emocional, funcional y social. Esta revisión integral aborda su fisiopatología, manifestaciones clínicas, comorbilidades y tratamiento, enfatizando la importancia de un abordaje multidisciplinario. Se destacan aspectos relacionados a su neurobiología y farmacoterapia, incluyendo el uso de inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), N-acetilcisteína (NAC) y naltrexona, así como la efectividad de intervenciones psicoterapéuticas, particularmente la terapia cognitivo-conductual. El TE representa un desafío diagnóstico y terapéutico relevante en la intersección entre la psiquiatría y la dermatología.

Palabras clave: trastorno de excoriación, conductas repetitivas centradas en el cuerpo, trastorno obsesivo compulsivo y relacionados, psicodermatología

Abstract

Excoriation disorder (ED), recently recognized as a distinct diagnosis in the DSM-5, is characterized by recurrent compulsive skin picking behaviors that lead to skin lesions and significant emotional, functional, and social impairment. This comprehensive review addresses its pathophysiology, clinical assessment, comorbidities, and treatment, highlighting the importance of a multidisciplinary approach. Advances in neurobiology and pharmacotherapy are discussed, including the use of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, N-acetylcysteine, and naltrexone, as well as the effectiveness of psychotherapeutic interventions such as cognitive-behavioral therapy. ED presents a relevant diagnostic and therapeutic challenge at the intersection of psychiatry and dermatology.

Keywords: excoriation (skin-picking) disorder, body focused repetitive behaviors, obsessive-compulsive and related disorders, psychodermatology

RECIBIDO 27/8/2025 - ACEPTADO 13/3/2026

¹Médico especialista en Psiquiatría; Jefe del Servicio de Salud Mental Instituto de Investigaciones Médicas Dr. Alfredo Lanari, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA); Servicio de Psiquiatría Centro de Enseñanza Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno (CEMIC); Buenos Aires, Argentina.

²Psicólogo; Instituto de Investigaciones Médicas Dr. Alfredo Lanari, Facultad de Medicina (UBA); Servicio de Psiquiatría Centro de Enseñanza Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno (CEMIC); Buenos Aires, Argentina.

³Instituto Universitario CEMIC (IUC); Buenos Aires, Argentina.

⁴Instituto Universitario CEMIC (IUC); Buenos Aires, Argentina.

⁵Médico especialista en Psiquiatría; Instituto de Investigaciones Médicas "Dr. Alfredo Lanari", Facultad de Medicina (UBA); Buenos Aires, Argentina.

⁶Médica especialista en Psiquiatría; Instituto de Investigaciones Médicas "Dr. Alfredo Lanari", Facultad de Medicina (UBA); Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0003-4554-8427>

Autora correspondiente:

Melany Oppel

melanyoppel@gmail.com

Institución en la que se realizó el trabajo: Instituto de Investigaciones Médicas Dr. Alfredo Lanari, Facultad de Medicina (UBA).

Centro de Enseñanza Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno (CEMIC). Buenos Aires, Argentina.



Introducción

Existe una estrecha relación entre el tejido cutáneo, el sistema nervioso central y el periférico. Durante el desarrollo embrionario, tanto la piel como el sistema nervioso se originan a partir de la misma capa germinal, el ectodermo. Es a partir de esta interrelación que ciertas alteraciones neuropsicológicas pueden expresarse como epifenómenos cutáneos, siendo una de estas el trastorno de excoriación (TE) (González et al., 2015).

El TE se define por episodios recurrentes caracterizados por la necesidad intensa de tocar, rascar, friccionar, apretar, morder o excavar la piel o mucosas, lo que conlleva secundariamente a lesiones y a dificultades psicosociales concomitantes (American Psychiatric Association, 2013; Kwon et al., 2020). En la ejecución del acto excoriativo a menudo se emplean las propias manos y uñas, sin embargo, también se ha reportado el uso de instrumentos como pinzas y agujas, entre otros (González et al., 2015; Rivera & Arenas, 2016). Frecuentemente, el rascado es gatillado por pequeñas imperfecciones o defectos cutáneos preexistentes, o ante la presencia de áreas con acné, foliculitis o picaduras (Rivera & Arenas, 2016). La manipulación de la piel puede adoptar diversas formas que incluyen el rascado impulsivo, así como también ciertas conductas autolesivas. Este patrón puede culminar en una diversidad de lesiones dermatológicas (Bohne et al., 2002; Kwon et al., 2020).

El TE se ha clasificado en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, 5ta Edición (DSM-5), dentro de la sección “Trastorno Obsesivo-Compulsivo y trastornos relacionados”. Este grupo incluye al trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el trastorno dismórfico corporal, el trastorno de acumulación y la tricotilomanía (American Psychiatric Association, 2013). La clasificación conjunta de estas entidades se debe a que estas patologías pueden considerarse dentro de un mismo espectro psicopatológico por compartir sintomatología, curso evolutivo, factores genéticos y respuesta al tratamiento, entre otros (Alfahaad et al., 2024). Los criterios diagnósticos del TE se detallan en la *Tabla 1*.

Esta condición fue descrita por primera vez por Erasmus Wilson en el año 1875, quien observó autolesiones excoriativas en sus pacientes con neurosis y las describió bajo el término “excoriaciones neuróticas”. Desde ese entonces se han encontrado reportes en la literatura médica bajo diferentes denominaciones: acné excoriativo, dermatilomanía, o excoriaciones psicogénicas (González et al., 2015; Rivera & Arenas, 2016).

Tabla 1. Criterios diagnósticos para el TE según DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)

A	Dañarse la piel de forma recurrente hasta producirse lesiones cutáneas.
B	Intentos repetidos de disminuir o dejar de rascarse 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 rascarse 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 trastorno dismórfico corporal, estereotipias como en el trastorno de movimientos estereotipados, o el intento de dañarse uno mismo en la autolesión no suicida).

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica entre los meses de marzo y abril de 2025 en los motores de búsqueda PubMed (Medline) y SciELO, utilizando los términos: “Síndrome de excoriación cutánea”, “Skin picking” y “Dermatilomanía”. En PubMed se identificaron 809 artículos, de los cuales 265 fueron considerados relevantes para los fines de esta revisión. Del total restante, 13 correspondían a investigaciones en población pediátrica, 45 a trabajos referidos a pacientes con diagnóstico de síndrome de Prader-Willi, 2 eran artículos duplicados y 484 no resultaron pertinentes para los objetivos del presente trabajo. En la biblioteca virtual SciELO se hallaron 3 artículos adicionales que fueron considerados.

Epidemiología y prevalencia

Los datos epidemiológicos sobre el TE son limitados y provienen exclusivamente de estudios realizados en otros países. Hasta el momento de esta revisión, no se encontraron trabajos llevados a cabo en Argentina sobre dicha temática.

Si bien diversos estudios efectuados en Estados Unidos señalan la existencia del TE en la población general, la prevalencia exacta aún no ha sido claramente establecida. En una encuesta realizada a más de 10.000 participantes de entre 18 y 69 años se estimó una prevalencia a lo largo de la vida del 3,1 %. El estudio también destaca que puede asociarse de manera comórbida con otros trastornos psiquiátricos (Grant & Chamberlain, 2020).

Este trastorno se presenta con mayor frecuencia en mujeres con una proporción aproximada de 8 mujeres por cada 1 hombre. El inicio de los síntomas suele producirse en la adolescencia (13-18 años) o al comienzo de la adultez (30-45 años), etapas caracterizadas por altos niveles de estrés y cambios hormonales. El pico de inicio se observa alrededor de los 20 años, lo que explica que gran parte de las investigaciones se hayan realizado en estudiantes universitarios (Alfahaad et al., 2024; Bohne et al., 2002; Martínez-Aguayo et al., 2017). En algunos casos, los primeros síntomas reportados se desarrollaron a partir de la aparición de acné durante la adolescencia, pero la compulsión persistió incluso después de la resolución del mismo. Otras afecciones cutáneas también pueden gatillar la conducta excoriativa (Bohne et al., 2002; Rivera & Arenas, 2016).

Se han reportado casos de TE en niños menores de 10 años, especialmente asociados a antecedentes traumáticos (González et al., 2015; Rivera & Arenas, 2016). Cuando el inicio ocurre en la infancia, el cuadro clínico es similar al de aparición en la adultez, aunque el curso suele ser más prolongado y con menor acceso al tratamiento (Alfahaad et al., 2024).

Presentación clínica

Desde la perspectiva dermatológica, el cuadro típico del TE se caracteriza por lesiones de aspecto circular, eritematosas y erosivas. Estas pueden manifestarse también como discontinuidades cutáneas de morfología, profundidad y extensión variable, o como erosiones lineales con bordes sobreelevados y discrómicos. Además, algunas de estas afecciones pueden estar acompañadas de costras hemáticas rodeadas de eritema y edema localizado. En lo que respecta a las lesiones crónicas, estas pueden presentarse como nódulos hipertróficos o cicatrices atróficas (Arnold et al., 1998; Rivera & Arenas, 2016). Las complicaciones incluyen ulceración, infección, cicatrización y desfiguración física. En situaciones más severas, estas heridas pueden llegar a requerir tratamiento antibiótico o quirúrgico (González et al., 2015; Rivera & Arenas, 2016).

Las conductas de rascado pueden originarse en piel sana, o bien desencadenarse por la manipulación de alteraciones preexistentes como picaduras de insectos, comedones, procesos inflamatorios o verrugas (Arnold et al., 1998; Rivera & Arenas, 2016). Las lesiones suelen provocarse en áreas del cuerpo de fácil acceso con las manos, afectando comúnmente el rostro, cavidad oral, labios, tercio superior del tronco, brazos, dedos, muslos, piernas y región perianal (Bohne et al.,

2002; Rivera & Arenas, 2016). Situaciones de estrés pueden actuar como precipitadores de las conductas de rascado compulsivo (Alfahaad et al., 2024).

La frecuencia de rascado varía entre individuos. Algunos lo realizan en intervalos cortos repetidas veces al día (entre 6 y 10 minutos aproximadamente), mientras que otros pueden dedicarle “sesiones” de varias horas. Estas conductas pueden manifestarse en situaciones de la vida cotidiana, como estar mirándose al espejo o hablar por teléfono, y tienden a intensificarse durante la noche, especialmente entre las 20:00 y las 00:00 horas (Bohne et al., 2002; Walther et al., 2009).

En cuanto a la presentación clínica, los pacientes suelen describir un patrón característico: la aparición de una sensación de tensión localizada en la zona afectada que antecede al episodio de rascado, seguida por un alivio transitorio o una sensación de gratificación tanto durante como después de la conducta excoriativa (Rivera & Arenas, 2016). No obstante, la repetitividad del acto y las lesiones resultantes pueden generar sentimientos de angustia, vergüenza y culpa, generando un considerable malestar emocional. Las personas afectadas por TE suelen recurrir a diversas estrategias de ocultamiento —maquillaje o vendajes— con el propósito de enmascarar las lesiones autoinfligidas y reducir el impacto emocional ante la exposición. Algunos pacientes pueden presentar deterioro en el desempeño académico o laboral, así como también en las relaciones interpersonales, lo que repercute negativamente en su calidad de vida (Alfahaad et al., 2024; González et al., 2015; Rivera & Arenas, 2016).

Se han informado casos de TE inducidos por fármacos. Un reporte describe la aparición de rascado compulsivo asociado al uso de clozapina en un paciente adulto, mientras que otro documenta un caso en un niño de ocho años tras el inicio del uso de atomoxetina. En ambos, se observó una relación temporal entre el comienzo del tratamiento y la conducta excoriativa, la cual remitió tras la suspensión del fármaco, sugiriendo así una posible asociación causal (Kasar & Yurteri, 2020; Reddy et al., 2018).

Fisiopatología

Si bien la patogenia del TE aún no ha sido completamente esclarecida, en los últimos años se han desarrollado investigaciones orientadas a comprender los aspectos fisiopatológicos implicados.

Respecto a la genética, estudios realizados en gemelos han estimado una heredabilidad cercana al 40 %. Investigaciones sugieren que tanto el TE como la tri-

cotilomanía comparten patrones hereditarios similares a los observados en otros trastornos agrupados en la misma categoría diagnóstica del DSM-5. Se ha propuesto que los genes de la familia SAPAP (vinculados a la densidad post-sináptica de neuronas glutamatérgicas), en particular el SAPAP3, podrían desempeñar un rol en las conductas centradas en el cuerpo y en el TOC (González et al., 2015; Rivera & Arenas, 2016).

Estudios a partir de neuroimágenes han contribuido a la comprensión de la fisiopatología. La evidencia actual señala disfunciones en los circuitos neuronales involucrados en el control inhibitorio, la monitorización de la conducta y la formación de hábitos. Investigaciones empleando resonancia magnética funcional (fMRI) han identificado patrones de activación cerebral atípicos en regiones asociadas con estos procesos (Alfahaad et al., 2024; Grant, Odlaug, Hampshire et al., 2013; Torales et al., 2014). Complementariamente, estudios basados en neuroimágenes estructurales revelaron un aumento del volumen del estriado ventral bilateral, junto con alteraciones morfológicas corticales, como adelgazamiento en áreas frontales del hemisferio derecho y engrosamiento de la cuña bilateral en el lóbulo occipital (González et al., 2015; Rivera & Arenas, 2016; Torales et al., 2014). También, se han identificado alteraciones estructurales en la sustancia blanca que conecta el giro frontal derecho con la corteza cingulada anterior (Grant, Odlaug, Hampshire et al., 2013). Estos hallazgos refuerzan la hipótesis de una base neurobiológica del trastorno, vinculada a dificultades en la regulación emocional y el control de impulsos. Patrones similares se han observado en la tricotilomanía, factor que reforzaría la hipótesis de una posible convergencia neurobiológica entre ambos trastornos (Alfahaad et al., 2024; Grant, Odlaug, Hampshire et al., 2013; Torales et al., 2014).

El circuito de recompensa cerebral también cumple un rol central en la fisiopatología del TE, implicado en la regulación del refuerzo conductual y la gratificación que acompaña a conductas repetitivas como el rascado compulsivo. El funcionamiento del circuito de recompensa depende de la interacción dinámica entre regiones corticales y subcorticales. Entre ellas se destacan la corteza prefrontal, encargada de la regulación conductual, el área tegmental ventral y el núcleo accumbens (NAc), estructuras clave en la señalización dopaminérgica asociada al refuerzo y la gratificación (Torales et al., 2014). La liberación de dopamina en estas regiones genera sensaciones placenteras y refuerza la conducta, incluso cuando esta resulta perjudicial. A su vez, el NAc

se conecta con el pálido ventral, el tálamo y nuevamente con la corteza prefrontal, conformando el denominado circuito corticoestriado (Torales et al., 2014). En este proceso, el glutamato ejerce una función moduladora al potenciar la activación dopaminérgica. Como consecuencia, se produce un refuerzo positivo que favorece la consolidación del rascado compulsivo y debilita los mecanismos inhibitorios encargados de controlar dicha conducta (González et al., 2015; Rivera & Arenas, 2016). Durante las etapas iniciales, estas conductas repetitivas suelen asociarse a una experiencia subjetiva placentera, lo que contribuye a su mantenimiento y consolidación a lo largo del tiempo, favoreciendo el establecimiento de patrones conductuales desadaptativos (Grant et al., 2013; Torales et al., 2014). La comprensión de estos mecanismos ha impulsado el desarrollo y la utilización de diversas estrategias farmacológicas para el tratamiento del trastorno (González et al., 2015).

Diversas investigaciones han demostrado que el cerebelo no solo interviene en la coordinación motora, sino que también cumple un rol significativo en el procesamiento de funciones cognitivas y afectivas relacionadas con el control conductual (Torales et al., 2014). En este sentido, estudios adicionales empleando fMRI evidenciaron una reducción en el volumen de sustancia gris en los lóbulos cerebelosos izquierdos (áreas V y VI), estructuras vinculadas respectivamente al control motor y a procesos afectivos y cognitivos (Grant et al., 2013; Lee & Lipner, 2022; Torales et al., 2014).

Los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo, incluido el TE, se caracterizan por presentar una alteración en la actividad del sistema serotoninérgico. Este hallazgo ha sido corroborado mediante estudios de tomografía por emisión de positrones (PET), evidenciando alteraciones en la actividad metabólica cerebral asociadas a la neurotransmisión serotoninérgica (Alfahaad et al., 2024; Torales et al., 2014). Un déficit en esta vía puede comprometer la capacidad del individuo para suprimir comportamientos repetitivos, contribuyendo así a la emergencia de conductas compulsivas como el rascado patológico (Alfahaad et al., 2024). La disfunción en la transmisión serotoninérgica se caracteriza ya sea por una menor disponibilidad sináptica del neurotransmisor o una regulación deficiente de los receptores 5-HT_{1A} y 5-HT_{2A}. Esta hipótesis se ve reforzada por la eficacia clínica de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en la reducción de los síntomas compulsivos, lo que sugiere un papel terapéutico clave de la modulación serotoninérgica en estos pacientes (Arnold et al., 1998; González et al., 2015; Lochner et al., 2017).

Evaluación y diagnóstico

Los especialistas en dermatología suelen constituir el primer contacto con el sistema de salud de los pacientes con TE (Alfahaad et al., 2024; Fernández Rodríguez et al., 2020), motivo por el cual es esencial que cuenten con conocimientos psicopatológicos sobre esta condición (Alfahaad et al., 2024; Rivera & Arenas, 2016). Sin embargo, no es infrecuente que la primera consulta la lleve adelante un especialista en salud mental. Al ser el TE un cuadro neuropsicológico con impacto dermatológico, los afectados, se encuentran en una situación de tensión asistencial —entre lo psicológico y dermatológico—, fenómeno que se traduce en la cronificación sintomatológica, demora en la terapéutica y hasta, incluso, recepción de tratamientos inadecuados. Como consecuencia, tiene lugar un impacto negativo en la calidad de vida. A partir de esto, se cree que existe un vacío en las competencias profesionales en lo que respecta a la asistencia de estos pacientes.

El proceso diagnóstico debe comenzar con una anamnesis exhaustiva que contemple aspectos médicos, dermatológicos y psiquiátrico-psicológicos. Para garantizar una exploración apropiada, se recomienda emplear una entrevista semiestructurada que combine preguntas abiertas con otras dirigidas, permitiendo así el abordaje integral de los aspectos del cuadro. Es esencial identificar el grado de deterioro funcional, el malestar subjetivo asociado y la posible presencia de comorbilidades (González et al., 2015; Rivera & Arenas, 2016). Es menester indagar sobre el inicio y evolución del comportamiento de rascado, frecuencia de los episodios, los desencadenantes, la consciencia del impulso, el tiempo invertido en la conducta y las estrategias empleadas para intentar detenerla (Kwon et al., 2020; González et al., 2015; Rivera & Arenas, 2016).

El examen físico debe incluir una evaluación dermatológica que permita determinar la extensión y severidad de las lesiones, así como identificar posibles complicaciones (Rivera & Arenas, 2016). Es importante desestimar la coexistencia de enfermedades dermatológicas primarias (Grant & Chamberlain, 2020).

Por último, tener en cuenta que las lesiones observadas pueden compartir características clínicas con manifestaciones cutáneas secundarias a otras condiciones médicas. Dentro del diagnóstico diferencial deben considerarse entidades como la uremia, la colestasis, la cirrosis biliar primaria, la policitemia vera, los linfomas, los tumores sólidos, el hipertiroidismo, la deficiencia de hierro, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el consumo pro-

blemático de sustancias o alcohol. Del mismo modo, es esencial diferenciar el TE de otros síndromes psicodermatológicos que también cursan con lesiones autoinfligidas, siendo estos la dermatitis artefacta, el delirio de parasitosis (DP) y el trastorno dismórfico corporal, aunque presentan distinta fenomenología y curso clínico (González et al., 2015; Pavlovsky et al., 2008; Rivera & Arenas, 2016).

El DP se caracteriza por la idea delirante, persistente, fija e irrefutable de estar infectado por algún tipo de parásito, aun cuando el profesional descarta de manera absoluta una causa orgánica. Esto define su naturaleza psicótica y permite diferenciarlo claramente de un cuadro no psicótico, como el TE. El DP suele presentarse en mujeres de mediana edad que consultan refiriendo la presencia de organismos que dicen ver ocasionalmente pero, sobre todo, sentir bajo o sobre la piel. Estas sensaciones cutáneas desagradables las llevan a una observación minuciosa de la piel hasta encontrar detalles que interpretan como signos de infestación (Pavlovsky et al., 2008). Este cuadro debe diferenciarse de la alucinación secundaria al consumo de cocaína, en donde los pacientes suelen presentar alucinaciones táctiles muchas veces representada como parásitos cutáneos que conducen a una conducta excoriativa. Cabe destacar que esta sintomatología se presenta en el contexto de consumo (Brewer et al., 2008).

En relación a las categorías diagnósticas, el DSM-5 lo incluye dentro del capítulo del TOC y trastornos relacionados, como se detalló previamente, bajo el código 698.4 (American Psychiatric Association, 2013; Fernández Rodríguez et al., 2020). La *Clasificación Internacional de Enfermedades*, en su 11ª edición (CIE-11), incluye el TE dentro del grupo de los TOC y relacionados, específicamente en la subcategoría de los trastornos por comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo (*body-focused repetitive behaviour disorders*), bajo el código 6B25.1 (Fernández Rodríguez et al., 2020; Martínez-Aguayo et al., 2017; World Health Organization, 2019).

Para evaluar el impacto del trastorno se han desarrollado diversas escalas que permiten medir la severidad, los antecedentes, las repercusiones emocionales y psicosociales del cuadro. A continuación, se describen aquellas de mayor relevancia:

- Escala de Rascado Compulsivo (Skin Picking Scale, SPS): Autoevaluación que mide la gravedad según frecuencia e intensidad de las conductas, tiempo dedicado e impacto en los últimos 7 días (González et al., 2015).

- Escala de Impacto del Rascado Compulsivo (Skin Picking Impact Scale, SPIS): Evalúa las repercusiones psicosociales, incluyendo interferencia en relaciones, estado de ánimo, malestar y vergüenza. Existe una versión abreviada (SPIS-Short Version) (Barrios et al., 2021; González et al., 2015).
- Escala Yale-Brown Obsesivo-Compulsiva (YBOCS) adaptada para el TE (NE-YBOCS): Entrevista semiestructurada de 10 ítems en dos subescalas (pensamientos/impulsos y conductas). Puntúa de 0 a 40, con valores superiores indicativos de mayor severidad. Es válida para medir severidad y respuesta al tratamiento (Pirdogan Aydin et al., 2021).
- Escala de Milwaukee para las Dimensiones del Rascado Compulsivo en Adultos (Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking, MIDAS): Basada en subtipos (compulsivo, impulsivo y mixto). Consta de 12 ítems, 6 compulsivos y 6 impulsivos. No mide severidad, sino el grado en el que el paciente se ajusta a cada dimensión (González et al., 2015; Walther et al., 2009).
- Otras: Skin Picking Self-Assessment Scale (SPSAS) y Massachusetts General Hospital-Skin Picking Scale (MGH-SPS) (González et al., 2015; Walther et al., 2009).

Comorbilidades

Se han descrito una serie de cuadros clínicos agrupados bajo el término de “conductas repetitivas impulsivas orientadas hacia el cuerpo” (CRIOC), o Body-Focused Repetitive Impulsive Behaviours (BFRIB) en inglés. El mismo incluye conductas tales como rascarse, morderse o removerse compulsivamente uñas, pelo o piel. Para ser consideradas patológicas, estas conductas deben ser egodistónicas, persistentes y generar un impacto significativo tanto a nivel emocional como en la funcionalidad social y/o estética del paciente. El TE se considera actualmente dentro de este grupo de condiciones clínicas junto con la tricotilomanía y la onicofagia (Martínez-Aguayo et al., 2017).

Un estudio retrospectivo de casos y controles realizado en el Johns Hopkins Hospital concluyó que, en comparación con los controles, los pacientes con TE presentaban una mayor probabilidad de padecer diversos trastornos psiquiátricos, como TOC, trastorno por consumo de sustancias, trastorno por estrés post-traumático, trastorno depresivo mayor, trastornos bipolares, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastornos de ansiedad. Además, otras CRIOC como la tricotilomanía y la onicofagia se encontraron

asociadas. Aunque las tasas de comorbilidad eran elevadas, sólo el 42 % de los pacientes fue remitido a consulta psiquiátrica, y de estos, el 64 % no asistió. Asimismo, la efectividad del tratamiento fue baja, ya que sólo el 21 % mostró una mejoría o resolución de los síntomas (Kwon et al., 2020).

Existe una clara asociación entre el TE y el consumo de sustancias (CS). En un estudio canadiense realizado en 2025, un 16,8 % de pacientes con TE presentaban trastorno por consumo asociado a diversas sustancias incluyendo alcohol concomitante. En lo que a la asociación del consumo respecta, la bibliografía consultada refleja incertidumbre sobre si el CS es una causa o una consecuencia del TE (Deschênes & Veillette, 2025).

Otros trastornos psiquiátricos que también han sido asociados al TE son la cleptomanía, el trastorno dismórfico corporal y la bulimia nerviosa. Estos hallazgos resaltan la importancia de adoptar un enfoque multidisciplinario en el manejo del TE, que integre tanto el tratamiento dermatológico como el de salud mental, articulando el abordaje farmacológico con el psicológico (Alfahaad et al., 2024; González et al., 2015; Torales et al., 2014).

El TE puede presentarse también dentro del cuadro clínico del Síndrome de Prader-Willi, un trastorno del neurodesarrollo complejo causado por una anomalía en el brazo largo del cromosoma 15 (q11-q13). El TE también ha sido descrito en pacientes con síndrome de Lesch-Nyhan, trastornos del espectro autista (TEA), discapacidad intelectual, retraso del desarrollo, síndrome de Smith-Magenis, síndrome de Tourette y trastornos de tics persistentes (González et al., 2015).

Tratamiento

Los especialistas en dermatología serán los encargados de tratar las lesiones cutáneas y sus posibles complicaciones. Entre estas, las excoriaciones infectadas y ulceraciones son especialmente relevantes, pudiendo requerir tratamiento con antibióticos tópicos o sistémicos, según su extensión y gravedad. Los apósitos semioclusivos pueden ser útiles para limitar el daño y favorecer la cicatrización. En pacientes que presentan prurito, se considera el uso de antihistamínicos y corticosteroides tópicos, así como la fototerapia con luz ultravioleta B de banda estrecha (UVB). Si hay acné asociado, su abordaje debe ajustarse al tipo de lesiones y a la severidad del cuadro, pudiendo utilizarse retinoides tópicos o sistémicos. En casos más severos, las lesiones podrían generar desfiguraciones importantes que pueden requerir intervención quirúrgica. Además, se aconseja el

uso de protector solar (Alwattar-Ceballos et al., 2024; González et al., 2015; Rivera & Arenas, 2016).

En cuanto al abordaje por parte del equipo de salud mental, se proponen dos estrategias principales de tratamiento: psicoterapéutica y psicofarmacológica. En cuanto a las intervenciones psicoterapéuticas, la terapia cognitivo-conductual (TCC), es considerada el tratamiento de primera elección para el TE. Esta corriente integra diversas técnicas terapéuticas, entre ellas, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en reversión de hábitos (ERH) y la exposición con prevención de respuesta (EPR) (Alfahaad et al., 2024; González et al., 2015; Lochner et al., 2017).

La reestructuración cognitiva tiene como objetivo identificar y modificar los pensamientos disfuncionales y las distorsiones cognitivas asociadas con la conducta de rascado. En este proceso, se reconocen los desencadenantes y los pensamientos negativos vinculados al comportamiento, fomentando su sustitución por valoraciones cognitivas más adaptativas y equilibradas. Al abordar estos factores subyacentes, se facilita el desarrollo de nuevas estrategias de afrontamiento, lo que contribuye a disminuir la frecuencia y gravedad de los episodios de excoriación, así como a mejorar la salud emocional del paciente (Alfahaad et al., 2024; Lochner et al., 2017).

El ERH es otra intervención eficaz que busca aumentar la consciencia del paciente respecto de sus conductas compulsivas, con el fin de interrumpir el ciclo del hábito del rascado (González et al., 2015). A través de este enfoque, se identifican señales tempranas o desencadenantes del comportamiento y se implementan conductas alternativas, lo que permite modificar progresivamente la respuesta (Rivera & Arenas, 2016). En un ensayo controlado aleatorizado de cuatro semanas de duración se demostró que el ERH es eficaz en la reducción de los episodios de rascado con efectos sostenidos a los dos meses de seguimiento (Lochner et al., 2017).

Por su parte, la EPR, ampliamente utilizada en el tratamiento del TOC y el TE, consiste en exponer gradualmente al paciente a situaciones o estímulos que provocan los impulsos de rascado, evitando la ejecución de la conducta compulsiva. Mediante esta técnica, los individuos aprenden a tolerar el malestar y a resistir la necesidad de rascarse, desarrollando con el tiempo una mayor tolerancia a los desencadenantes y una reducción en la intensidad y frecuencia de los episodios (Alfahaad et al., 2024).

Diversos estudios respaldan la eficacia de la TCC para reducir la severidad del rascado, mejorar el impacto funcional, y promover un mayor bienestar emocional y de calidad de vida. Estas mejoras se han evaluado mediante la utilización de las escalas SPIS y SPS (Alfahaad et al., 2024; González et al., 2015; Lochner et al., 2017). Adicionalmente, se han explorado otras intervenciones como la terapia de aceptación y compromiso (ACT), la terapia grupal con componentes de ACT, la escritura expresiva y los módulos de autoayuda en línea. Los estudios preliminares sobre programas de autoayuda guiados por profesionales a través de plataformas digitales han mostrado resultados prometedores. También, se han propuesto enfoques complementarios como la acupuntura, la hipnoterapia, el *mindfulness* y la terapia dialéctico-conductual. Sin embargo, la evidencia sobre su eficacia continúa siendo limitada (Alfahaad et al., 2024; Lochner et al., 2017).

Tratamiento farmacológico

El TE fue reconocido oficialmente como entidad diagnóstica e incluido en el DSM-5 en el año 2013. Esta incorporación ha contribuido a un aumento en su visibilidad clínica, promoviendo tanto el interés en la investigación científica como el desarrollo de estrategias terapéuticas específicas. Sin embargo, hasta la fecha, ni la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) ni la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) en Argentina, han aprobado tratamientos farmacológicos específicos para el manejo del TE. En consecuencia, las intervenciones farmacológicas actualmente utilizadas se basan en la evidencia clínica emergente y en el uso *off-label* de determinados psicofármacos (Kwon et al., 2020; Lochner et al., 2017).

Distintas líneas de investigación han explorado opciones farmacológicas para el tratamiento del TE. Se han estudiado drogas con distintos perfiles farmacodinámicos, incluyendo ISRS, estabilizadores del ánimo como lamotrigina, moduladores glutamatérgicos como la NAC y antagonistas de receptores opioides como naltrexona. Además, se han estudiado estrategias de potenciación, como posibles vías para optimizar la respuesta clínica (Alwattar-Ceballos et al., 2024; González et al., 2015; Lee & Lipner, 2022; Varghese et al., 2024).

Los ISRS actualmente son considerados la primera opción farmacológica en el abordaje del TE, a pesar de que su uso en este contexto no está formalmente aprobado. La recomendación como tratamiento de primera

línea se sustenta en su eficacia en trastornos relacionados como el TOC, así como en su perfil de seguridad relativamente favorable. Los ISRS más estudiados en relación al TE son: fluoxetina, sertralina, citalopram, escitalopram y fluvoxamina. No existe evidencia sobre la eficacia de un agente por sobre otro (González et al., 2015; Kwon et al., 2020; Lochner et al., 2017).

Fluoxetina

Fluoxetina es el ISRS con mayor número de estudios clínicos en relación al tratamiento del TE. Un ensayo aleatorizado de 10 semanas de duración mostró una mejoría significativa en al menos una de las tres escalas de impacto utilizadas, con una dosis promedio de 55 mg/día, con respecto al placebo. Además, más del 50 % de los participantes respondieron inicialmente al tratamiento. Aquellos que continuaron con fluoxetina mantuvieron la mejoría, mientras que los asignados a placebo experimentaron recaídas (Grant et al., 2010; Lochner et al., 2017). Diversos reportes de casos también respaldan su utilidad terapéutica. Cabe destacar que el perfil farmacocinético de la fluoxetina, caracterizado por su larga vida media y su potente inhibición de la enzima CYP2D6, puede favorecer la acumulación del fármaco y aumentar el riesgo de interacciones farmacológicas. Entre los efectos adversos más comunes se encuentran insomnio, náuseas, ansiedad, agitación y disfunción sexual (Fernández Rodríguez et al., 2020; Lochner et al., 2017).

Escitalopram

Escitalopram ha demostrado eficacia clínica y buena tolerabilidad en el tratamiento del TE. En un ensayo abierto de 18 semanas de duración empleando una dosificación de hasta 30 mg/día, cerca de la mitad de los participantes alcanzó remisión completa de los síntomas, mientras que un porcentaje de los participantes evidenció respuesta parcial (Alwattar-Ceballos et al., 2024).

El esquema de dosificación a considerar permite ajustar el tratamiento según la tolerancia individual y la respuesta clínica. Suele ser habitual iniciar con una dosis de 10 mg/día y aumentar progresivamente (Lochner et al., 2017). Su vida media intermedia y su escaso impacto sobre el sistema enzimático del citocromo P450 reducen el riesgo de interacciones farmacológicas, lo cual lo convierte en una opción segura para pacientes polimedicados o con comorbilidades. Por estas características, el escitalopram representa una estrategia terapéutica adecuada dentro de los ISRS, con un rango de dosificación recomendado entre 10 y 20 mg/día (Alwattar-Ceballos et al., 2024).

Sertralina

Sertralina administrada con un esquema de dosificación flexible ha mostrado superioridad frente al placebo en la disminución de los síntomas en pacientes con diagnóstico de TE, lo que respalda la inclusión de este agente como una opción válida dentro del abordaje farmacológico (Kalivas et al., 1996; Mayo et al., 2007).

Fluvoxamina

Un estudio examinó la seguridad y eficacia de fluvoxamina en el tratamiento del TE. Catorce sujetos diagnosticados recibieron fluvoxamina en un ensayo abierto de 12 semanas. Todos los participantes cumplieron los criterios del DSM-IV para al menos un trastorno psiquiátrico comórbido. Los que completaron el estudio (N = 7) tuvieron una mejoría significativa en la YBOCS modificada así como una reducción importante en las CRIOC (p. ej., rascarse, pellizcarse, o apretarse). Los resultados de este ensayo clínico sugieren que la fluvoxamina podría ser eficaz para reducir las conductas de excoriación (Arnold et al., 1999).

N-Acetilcisteína (NAC)

Otro fármaco que ha ganado atención en los últimos años por su eficacia en la reducción de conductas compulsivas en el TE es NAC. Este agente ha sido estudiado en el tratamiento del TOC y otros trastornos relacionados, tanto en monoterapia como en combinación con ISRS. Los trabajos considerados arrojan resultados prometedores en la reducción de síntomas compulsivos tras la inclusión de este agente (Alwattar-Ceballos et al., 2024; Lee & Lipner, 2022; Lochner et al., 2017).

NAC es un precursor acetilado del aminoácido L-cisteína que actúa como modulador del sistema glutamatérgico y agente antioxidante. Es ampliamente reconocida por sus propiedades mucolíticas y por su eficacia como antídoto en casos de sobredosis por paracetamol. Como mecanismo de acción, atenúa la hiperactividad glutamatérgica mediante la liberación de glutamato en el espacio extracelular, lo que estimula receptores inhibitorios del glutamato y reduce la neurotransmisión glutamatérgica. Se ha observado que la liberación excesiva de glutamato está implicada en la fisiopatología de trastornos caracterizados por conductas repetitivas y compulsivas, como el TOC y el TE (Grant et al., 2013; Kwon et al., 2020; Torales et al., 2014).

Asimismo, regula indirectamente la liberación de dopamina a través de la modulación del sistema glutamatérgico, actuando sobre los receptores presinápticos mGlu2/3. Tanto la dopamina como el glutamato y sus metabolitos oxidados pueden inducir citotoxici-

dad y contribuir al estrés oxidativo. NAC protege a las células mediante la restauración de los niveles intracelulares de glutatión, al aportar cisteína, su precursor limitante. Cisteína actúa como eliminador de radicales libres, ayudando a reducir procesos inflamatorios y oxidativos. Se plantea que la reducción del estrés oxidativo podría prevenir la reincidencia de conductas compulsivas (Lee & Lipner, 2022; Lochner et al., 2017; Torales et al., 2014).

Desde el punto de vista clínico, diversos estudios han respaldado el uso de NAC en pacientes con TE. Por ejemplo, un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, realizado durante 12 semanas en donde se administró NAC en un rango de dosis entre 1200 y 3000 mg diarios. El 47 % de los pacientes tratados con NAC mostraron mejoría muy marcada, en comparación con sólo el 19 % del grupo placebo (Lee & Lipner, 2022).

Otro estudio aleatorizado en donde participaron 66 sujetos adultos, también se halló una mejora significativa en la severidad del TE en el grupo que recibió NAC, medida con la escala NE-YBOCS, y con la escala de Severidad de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression - Severity, CGI-S). Los efectos adversos fueron mínimos e incluyeron náuseas, xerostomía, constipación y mareos. Ningún paciente abandonó el estudio por estas causas (Lee & Lipner, 2022; Lochner et al., 2017).

Además de la evidencia derivada de ensayos clínicos, los reportes de casos también aportan datos clínicamente valiosos. Uno de ellos documentó la evolución favorable de una paciente de 12 años que, tras cuatro años de tratamientos fallidos con ERH y múltiples psicofármacos (fluoxetina, sertralina, olanzapina, aripiprazol y ácido valproico), logró remisión completa de la conducta de excoriación realizando tratamiento con NAC. La dosis empleada fue inicialmente de 600 mg/día durante dos semanas, con el reporte de una leve mejoría. Al incrementarse la dosis a 1200 mg/día por cuatro semanas, los impulsos de rascado disminuyeron aún más, y finalmente, con una dosis de 1800 mg/día, se observó ausencia total de lesiones y una puntuación de “muy mejorada” en la escala CGI-S, indicando remisión completa del trastorno (Lee & Lipner, 2022).

NAC ha emergido como una alternativa terapéutica prometedora para el abordaje de las CRIOC, destacándose frente a otros agentes previamente estudiados por su eficacia, bajo perfil de efectos adversos y accesibilidad económica. No obstante, de acuerdo con

la revisión de la literatura actual, la evidencia clínica disponible es aún escasa. Hasta que se disponga de estudios con un mayor tamaño muestral, seguimiento prolongado y que incluyan tanto poblaciones adultas como pediátricas, la evidencia disponible no permite establecer recomendaciones sólidas respecto al uso de NAC en el tratamiento del TE (Alwattar-Ceballos et al., 2024; Martínez-Aguayo et al., 2017).

Lamotrigina

Lamotrigina ha sido propuesta como tratamiento para el TE debido a su capacidad para modular la neurotransmisión glutamatérgica. Actúa principalmente bloqueando canales de sodio (Na^+) y posiblemente calcio (Ca^{2+}) sensibles al voltaje, reduciendo así la excitabilidad neuronal anormal y limitando la liberación excesiva de glutamato. El mecanismo de acción de este fármaco podría restaurar el equilibrio funcional en regiones implicadas en el control del impulso y la conducta compulsiva.

En un ensayo clínico doble ciego aleatorizado y controlado con placebo, se evaluó la eficacia de lamotrigina en 32 pacientes con TE, utilizando un esquema de dosificación flexible (12,5-300 mg/día) durante 12 semanas. Si bien no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la variable principal de evaluación (escala NE-YBOCS), se encontró que el 43,8 % de los pacientes del grupo lamotrigina fueron respondedores, comparado con el 31,3 % del grupo placebo (Grant et al., 2010; Pirdogan Aydin et al., 2021).

Resulta importante señalar que la evidencia disponible proviene principalmente de reportes de casos, series de casos y algunos pequeños estudios aleatorizados. Un metanálisis que evaluó estudios que empleaban ISRS y lamotrigina para el tratamiento del TE no logró demostrar una eficacia superior al placebo aunque los autores señalaron limitaciones en su análisis.

En conclusión, aunque los datos disponibles aún son limitados y no permiten establecer recomendaciones firmes, lamotrigina podría representar una alternativa terapéutica prometedora en subgrupos específicos de pacientes con TE, especialmente en aquellos con alteraciones cognitivas vinculadas a la función ejecutiva (Grant et al., 2010; Lochner et al., 2017).

Naltrexona

Naltrexona es un antagonista competitivo de los receptores opioides, con especial afinidad por los receptores μ , y en menor medida sobre los receptores κ y δ . Su mecanismo de acción adquiere relevancia en el TE al considerar las alteraciones previamente des-

criptas en el sistema de recompensa. En este contexto, naltrexona actúa bloqueando el sistema opioide endógeno, interfiriendo en la liberación de dopamina en estructuras como el NAc. Esta acción reduce la gratificación que el paciente experimenta al realizar la conducta excoriativa, debilitando así el circuito de refuerzo que perpetúa el comportamiento compulsivo (Alfahaad et al., 2024; González et al., 2015; Rivera & Arenas, 2016; Torales et al., 2014).

Se han reportado casos que apoyan el uso de naltrexona en el tratamiento del TE. Uno de ellos describió el caso de una paciente de 51 años con antecedentes de trastorno depresivo mayor, fibromialgia y TE que experimentó una mejora significativa en su sintomatología tras el inicio de tratamiento con naltrexona en dosis bajas (4,5 mg/día). A los tres meses, se observó una reducción en los impulsos de excoriación y una mejoría en las lesiones cutáneas. Durante una suspensión transitoria del fármaco, los síntomas recidivaron y al reintroducir la medicación, la paciente reportó nuevamente una evolución favorable. Este patrón de recaída y recuperación asociado al uso del fármaco sugiere una relación directa entre el efecto farmacológico de naltrexona y la reducción del comportamiento compulsivo (Varghese et al., 2024).

Si bien los datos disponibles se basan mayormente en reportes de casos y aún no existen ensayos clínicos controlados que respalden su uso de manera concluyente, el fundamento neurobiológico que sustenta su aplicación en el TE, sumado a su buena tolerabilidad y bajo potencial adictivo, convierten a la naltrexona en una opción terapéutica a considerar (Lochner et al., 2017; Varghese et al., 2024).

Antipsicóticos

Existen reportes sobre el uso de antipsicóticos como olanzapina, risperidona, paliperidona y haloperidol. Estos fármacos pueden emplearse como tratamiento complementario o potenciador a los antidepresivos, sobre todo en casos donde hay síntomas psicóticos asociados (González et al., 2015; Lochner et al., 2017; Rivera & Arenas, 2016).

Conclusión

El TE pone de manifiesto la estrecha relación entre los trastornos mentales y sus repercusiones somáticas. Constituye un desafío clínico debido a la complejidad de su abordaje, el considerable impacto en la calidad de vida de quienes lo padecen y la limitada evidencia disponible para su tratamiento. Precisamente, este último aspecto fue el que motivó la realización de la pre-

sente revisión. Llevar adelante una investigación sobre el TE —diagnóstico que, al igual que otros, ocupa un lugar relegado en los sistemas de clasificación— implica otorgar entidad académica y clínica a trastornos que, aunque menos prevalentes, generan un impacto significativo en los pacientes y evidencian un vacío de conocimiento en los profesionales de la salud, de quienes se espera una respuesta.

Referencias bibliográficas

- Alfahaad, H., Aldehri, M., Alsaia, S. A., Asiri, F., Alfatah, M., & Alahmari, S. (2024). Exploring skin picking disorder: Aetiology, treatment, and future directions. *Postępy Dermatologii i Alergologii*, 41(6), 545–551. <https://doi.org/10.5114/ada.2024.142579>
- Alwattar-Ceballos, O., Martínez-Montalvo, L., & Moro-Bolado, F. (2024). Updated overview and approaches to the management of the main psychodermatological disorders. *Journal of Dermatology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.09.013>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Arnold, L. M., McElroy, S. L., Mutasim, D. F., Dwight, M. M., Lamerson, C. L., & Morris, E. M. (1998). Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(10), 509–514. <https://doi.org/10.4088/jcp.v59n1003>
- Arnold, L. M., Mutasim, D. F., Dwight, M. M., Lamerson, C. L., Morris, E. M., & McElroy, S. L. (1999). An open clinical trial of fluvoxamine treatment of psychogenic excoriation. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 19(1), 15–18. <https://doi.org/10.1097/00004714-199902000-00005>
- Barrios, I., Jafferany, M., Ruiz Díaz, N., García, O., Almirón-Santacruz, J., O'Higgins, M., et al. (2021). The Spanish version of the Skin Picking Impact Scale (SPIS) and its short form (SPIS-S). *Medicina Clínica y Social*, 5(2), 59–64. <https://doi.org/10.52379/mcs.v5i2.199>
- Bohne, A., Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Baer, L., & Jenike, M. A. (2002). Skin picking in German students: Prevalence, phenomenology, and associated characteristics. *Behavior Modification*, 26(3), 320–339.
- Brewer, J. D., Meves, A., Bostwick, J. M., Hamacher, K. L., & Pittelkow, M. R. (2008). Cocaine abuse: Dermatologic manifestations and therapeutic approaches. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 59(3), 483–487.
- Deschênes, L., & Veillette, H. (2025). Skin picking disorder: A Canadian retrospective study of 83 patients. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 29(3), 268–273. <https://doi.org/10.1177/12034754241303119>
- Fernández Rodríguez, M., García Miranda, I., & Villaverde González, A. (2020). La excoriación psicógena: Un trastorno del espectro obsesivo-compulsivo. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 13(1), 21–27.
- González, A. C. A., Sánchez, E. C., Arias, R. M. M., Puig, G. P., & Brugué, M. C. (2015). Actualidad en el trastorno por excoriación: Una revisión de la literatura. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 116, 57–68.
- Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2020). Prevalence of skin picking (excoriation) disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 130, 57–60. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.06.024>
- Grant, J. E., Odlaug, B. L., Chamberlain, S. R., & Kim, S. W. (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. <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e3181e617a1>
- Grant, J. E., Odlaug, B. L., Hampshire, A., Schreiber, L. R., & Chamberlain, S. R. (2013). White matter abnormalities in skin picking disorder: A diffusion tensor imaging study. *Neuropsychopharmacology*, 38(5), 763–769. <https://doi.org/10.1038/npp.2012.241>

- Kalivas, J., Kalivas, L., Gilman, D., & Hayden, C. T. (1996). Sertraline in the treatment of neurotic excoriations and related disorders. *Archives of Dermatology*, 132(5), 589–590.
- Kasar, N., & Yurteri, N. (2020). Atomoxetine induced skin picking: A case report. *Clinical Neuropharmacology*, 43(2), 46–47. <https://doi.org/10.1097/WNF.0000000000000379>
- Kwon, C., Sutaria, N., Khanna, R., Almazan, E., Williams, K., Kim, N., Elmariah, S., & Kwatra, S. G. (2020). Epidemiology and comorbidities of excoriation disorder: A retrospective case-control study. *Journal of Clinical Medicine*, 9(9), 2703. <https://doi.org/10.3390/jcm9092703>
- Lee, D. K., & Lipner, S. R. (2022). The potential of N-acetylcysteine for treatment of trichotillomania, excoriation disorder, onychophagia, and onychotillomania: An updated literature review. *Dermatology and Therapy*, 12(8), 1791–1804. <https://doi.org/10.1007/s13555-022-00808-2>
- Lochner, C., Roos, A., & Stein, D. J. (2017). Excoriation (skin-picking) disorder: A systematic review of treatment options. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 1867–1872. <https://doi.org/10.2147/NDT.S121138>
- Martínez-Aguayo, J. C., Middleton, F., Nahuelcura, K., Arancibia, M., Meza-Concha, N., Sepúlveda, E., et al. (2017). Caracterización fenomenológica de las conductas repetitivas impulsivas orientadas hacia el cuerpo y el trastorno por excoriación en estudiantes universitarios. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 55(4), 221–230.
- Mayo, M. J., Handem, I., Saldana, S., Jacobo, H., Getachew, Y., & Rush, A. J. (2007). Sertraline as a first-line treatment for cholestatic pruritus. *Hepatology*, 45(3), 666–674.
- Pavlovsky, F., Peskin, V., Di Noto, L., & Stagnaro, J. C. (2008). Delirio de parasitosis: A propósito de doce casos. *Vertex Rev Arg de Psiquiatr.*, 19 (79), 99–111.
- Pirdogan Aydin, E., Kenar, J. G., Kivanc Altunay, I., Ozer, O. A., & Karamustafaloglu, K. O. (2021). Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for neurotic excoriation: Validity and reliability study of Turkish version. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 34, 236–243.
- Reddy, B., Das, S., & Guruprasad, S. (2018). A case of clozapine-induced skin picking behaviour. *General Psychiatry*, 31(2), e000012. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2018-000012>
- Rivera, E. I., & Arenas, R. (2016). Dermatilomanía o trastorno de escoriación: Una revisión. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*, 14(3), 216–221.
- Torales, J., Cuadrado, J., & Capurro, M. (2014). Psicobiología y psicopatología del trastorno de excoriación. En J. Torales (Ed.), *El trastorno de excoriación: De la emoción a la lesión* (pp. 63–70). Editorial de la Facultad de Ciencias Médicas (EFACIM).
- Varghese, K., Yan, X., & Cao, F. (2024). Low-dose naltrexone for excoriation disorder. *Cureus*, 16(3), e55336. <https://doi.org/10.7759/cureus.55336>
- Walther, M. R., Flessner, C. A., Conelea, C. A., & Woods, D. W. (2009). The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS): Initial development and psychometric properties. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(1), 127–135. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2008.07.002>
- World Health Organization. (2019). *International classification of diseases* (11th ed.). World Health Organization. <https://icd.who.int/>