

Psoriasis en relación con ansiedad, mejoría marcada tras tratamiento ansiolítico

Sr. Editor:

La psoriasis vulgar es una enfermedad cutánea crónica cuya prevalencia es 1-2%. Habitualmente empieza al inicio de la edad adulta, aunque alrededor del 20% comienza en la infancia o adolescencia^{1,2} (prevalencia en población infanto-juvenil: 0,5-1,3%³). Se manifiesta en brotes caracterizados por placas cutáneas eritematosas bien delimitadas, localizadas predominantemente en codos, rodillas, zona lumbar y cuero cabelludo, cubiertas de escamas superficiales y blanquecinas⁴.

Aunque tiene carácter hereditario, la etiología de la psoriasis es multifactorial. La epidermis psoriásica está en estado de "psoriasis latente": sobre ella pueden actuar factores capaces de desencadenar un brote. Entre todos los posibles (activación inmunológica, infecciones, traumatismos, fármacos, baja temperatura, hepatopatías, neoplasias, alcohol⁴, etc.), se encuentra el estrés emocional. Por ello exponemos el caso de un niño con psoriasis y síntomas de ansiedad.

Se trata de un varón de 3 años y 11 meses tratado en el Departamento de Dermatología por su primer brote de psoriasis vulgar infantil de un mes de evolución que es remitido a la unidad de Psiquiatría Infantil por alteraciones del comportamiento. Además de las lesiones cutáneas generalizadas (predominantemente en zonas de roce), eritematosas, bien delimitadas, cubiertas de escamas blanquecinas (fig. 1) presentaba ansiedad por separación (llantos, gritos, enuresis diurna al acudir al colegio), insomnio de conciliación y resistencia a dormir solo. En clase interrumpía y estaba inquieto.

Presentaba retraso en la adquisición del lenguaje expresivo y en el control de esfínteres. Tenía antecedentes de psoriasis en bisabuela y abuela materna. Durante la primera consulta mostró agitación psicomotriz, ansiedad por separación hacia su madre, lenguaje poco comprensible y actitud querulante. En el test de Gessel se obtuvo un cociente de desarrollo de 55 (bajo) y una edad mental de 25 meses. Se realizó el diagnóstico de trastorno de ansiedad no especificado y retraso en el desarrollo del lenguaje expresivo. Seguía tratamiento dermatológico tópico con ditranol, calcipotriol, baños con aceite de enebro, brea vegetal y de hulla y se indicó tratamiento con clorazepato dipotásico (5 mg/día). Cuatro semanas después se observó remisión casi total de las lesiones psoriásicas, mejor rendimiento en el colegio, avance en el desarrollo del lenguaje y restablecimiento del sueño y apetito. Posteriormente coincidiendo con dos acontecimientos vitales personales desarrolló dos brotes psoriásicos asociados a inquietud psicomotriz, irritabilidad y crisis de llanto. Remitieron con aumentos temporales de la dosis

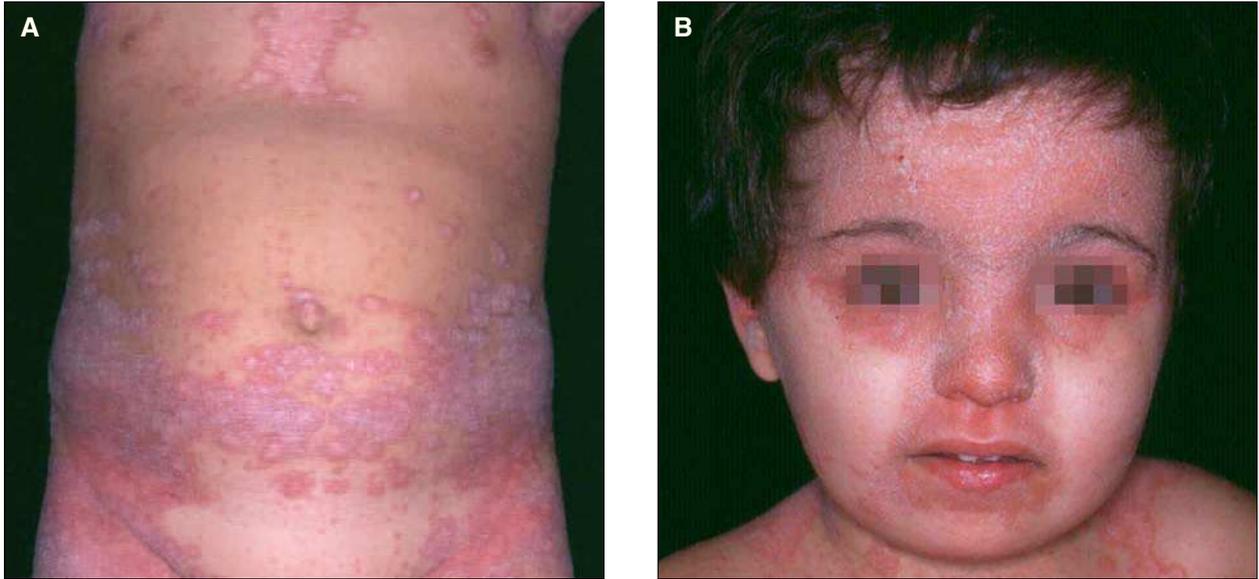


Figura 1. Tronco (A) y cara (B) del niño con psoriasis descrito.

de clorazepato dipotásico (7,5 mg/día). Once meses después de la primera consulta el paciente presentaba remisión total de la sintomatología cutánea y ansiosa, sueño y apetito conservados, buen rendimiento social y académico, y progresos en el desarrollo del lenguaje. Se mantuvo el tratamiento durante un año desde la estabilización clínica para evitar una recaída, y se disminuyó paulatinamente hasta suspenderlo. Tras 8 meses sin tratamiento psicofarmacológico permanecía asintomático.

Los pacientes con psoriasis suelen atribuir un brote al estrés, a dificultades psicológicas o a una reagudización de sus enfermedades psiquiátricas⁵. Aunque el síntoma psiquiátrico más frecuente en estos pacientes es la ansiedad⁵, un 5% puede presentar depresión con ideación suicida⁶. Los problemas psicológicos asociados no dependen de la gravedad de las lesiones cutáneas sino de su repercusión sobre el funcionamiento y la calidad de vida del paciente^{5,7}.

Diversos autores aseguran que la terapia cognitiva o las técnicas de relajación pueden mejorar la respuesta a tratamientos dermatológicos.

Por ejemplo, las lesiones psoriásicas desaparecen antes si se aplican técnicas de relajación durante la terapia con PUVA. El tratamiento con ansiolíticos puede mejorar el resultado del tratamiento dermatológico. Debido a la cronicidad de la psoriasis y al riesgo de dependencia y tolerancia de las benzodiazepinas su prescripción a largo plazo no es conveniente⁵. Si se prevee un tratamiento psicofarmacológico largo se recomienda prescribir antidepresivos ISRS (inhibidores de la recaptación de serotonina)⁷.

Este caso clínico muestra la influencia de los síntomas de ansiedad en el inicio y curso de varios brotes psoriásicos en un niño de 3 años. La excelente respuesta observada tras la administración de un tratamiento ansiolítico sugiere que las benzodiazepinas al disminuir la ansiedad pueden mejorar la afectación cutánea. En los niños con psoriasis se debe valorar la presencia de factores psiquiátricos y/o psicológicos, y evaluar el impacto que la enfermedad tiene en su calidad de vida. En caso de que se realice un diagnóstico psiquiátrico se debe

indicar un tratamiento psicoterápico y/o psicofarmacológico con el fin de conseguir una recuperación completa y evitar recaídas.

**A. Figueroa Quintana^a, A. Díez Suárez^a,
A. España Alonso^b y C. Soutullo Esperón^a**

^aUnidad de Psiquiatría Infantil.

Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica.

^bDepartamento de Dermatología.

Clínica Universitaria.

Universidad de Navarra.

Pamplona. España.

Correspondencia: Dr. A. Figueroa Quintana.
Clínica Universitaria
Avda. Pío XII, s/n. 31008 Pamplona. España.
Correo electrónico: afigueroa@unav.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Marcoux D, De Prost Y. Pediatric Psoriasis Revisited. *J Cutan Med Surg.* 2002;22-8.
2. Zappel K, Sterry W, Blume-Peytavi U. Therapy options for psoriasis in childhood and adolescence. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2004;2:329-42.
3. Gelfand JM, Weinstein R, Porter SB, Neimann AL, Berlin JA, Margolis DJ. Prevalence and Treatment of Psoriasis in the United Kingdom. *Arch Dermatol.* 2005;141:1537-41.
4. Lázaro Ochaita P. Psoriasis. En: DIGRA-PUBLI. *Dermatología. Texto y atlas.* 2.ª ed. Madrid: 1993. p. 281-94.
5. Griffiths CE, Richards HL. Psychological influences in psoriasis. *Clin Exp Dermatol.* 2001;26:338-42.
6. Gupta MA, Schork NJ, Gupta AK. Suicidal ideation in psoriasis. *Int J Dermatol.* 1993;32:188-90.
7. Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: Epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol.* 2003;4:833-42.