



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.elsevier.es/ad



Comorbilidades en psoriasis

J.C. Moreno-Giménez*, R. Jiménez-Puya y M. Galán-Gutiérrez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

PALABRAS CLAVE

Psoriasis;
Comorbilidades

Resumen

Aunque en la mayoría de las ocasiones la psoriasis presenta una clínica fundamentalmente cutánea, hoy sabemos que puede asociarse a otras enfermedades extracutáneas, tanto articulares como digestivas, metabólicas, cardiovasculares e incluso psíquicas.

Revisamos en este artículo las bases etiopatogénicas y los riesgos que los pacientes psoriásicos tienen para padecer estas llamadas comorbilidades.

© 2010 Elsevier España, y AEDV. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Psoriasis;
Comorbidity

Comorbidities in psoriasis

Abstract

Although in most majority the psoriasis presents/ displays a clinical cutaneous today fundamentally we know that it can be associated to other diseases extracutaneous, as much you will articular, digestive, metabolic, cardiovascular and even psychic.

We reviewed in this article the etiopathogenics bases and the risks that the psoriásics patients must to suffer these comorbidities.

© 2010 Elsevier España, and AEDV. All rights reserved.

Introducción

Hasta hace pocos años la psoriasis era considerada como una enfermedad exclusivamente cutánea; tan sólo se admitía la artropatía psoriásica como posible complicación o asociación. Recientemente, a través de distintos estudios epidemiológicos, y como consecuencia de un mejor conocimiento de la etiopatogenia de la enfermedad, basado en muchas ocasiones en la buena respuesta a distintos tipos de

fármacos dirigidos frente a linfocitos T, sus receptores o su producción de sustancias pro-inflamatorias, se ha pasado a considerar como un proceso inflamatorio sistémico con posible asociación (comorbilidades) a otras enfermedades circulatorias, articulares, metabólicas, etc.

El Dr. Puig¹ define comorbilidad como diversas manifestaciones patológicas secundarias de la enfermedad primaria que se expresan en uno o varios órganos y cuyo tiempo de aparición es variable, pero cuya repercusión desde el punto

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: md1mogij@uco.es (J.C. Moreno-Giménez)

Tabla 1 Comorbilidades asociadas a la psoriasis

<i>Patogenia común</i>
Artritis psoriásica
Enfermedad de Crohn
<i>Activación persistente de los linfocitos T en la piel</i>
Linfoma cutáneo de células T
<i>Inflamación</i>
Síndrome metabólico
Dislipemia iatrogénica
Hipertensión
Obesidad (abdominal)
Diabetes y resistencia a la insulina
Predisposición tromboembólica
Esteatosis hepática no alcohólica
<i>Relacionadas con la pérdida de calidad de vida</i>
Ansiedad, depresión, ideas suicidas
Hábitos tóxicos
Tabaquismo
Alcoholismo
Drogadicción
<i>Relacionadas con el tratamiento</i>
Nefrototoxicidad, hepatotoxicidad, dislipemia, cáncer cutáneo

Modificada de Puig-Sanz L¹.

de vista sociosanitario puede incluso ser superior a la de la enfermedad "índice". La cronología de la aparición de estas enfermedades, así como su frecuencia, la diferenciaría del llamado "síndrome".

No cabe duda de que la psoriasis es una enfermedad muy prevalente. En EE.UU. se establece entre el 2-3% de la población², mientras que en España, según el estudio Epiderma, se considera entre el 1-2%³.

Todo clínico conoce que la psoriasis presenta una expresividad clínica muy variable: desde cuadros apenas perceptibles a otros de una gran extensión. La mayoría de los estudios consideran que la expresión de la enfermedad se relaciona con las medidas terapéuticas a establecer y, en parte, con la aparición de comorbilidades.

La etiología de la psoriasis es desconocida, pero se sabe que es consecuencia de una base genética sobre la que interactúan diversos factores inmunitarios: linfocitos T cutáneos, productores de distintas sustancias proinflamatorias, queratinocitos epidérmicos, factores de proliferación vascular, etc. El promotor de la enfermedad es aún desconocido.

Es lógico pensar que la liberación de estas sustancias, citocinas y factor de necrosis tumoral (TNF), no van a actuar sólo sobre la piel, sino también sobre otras vísceras con la consiguiente repercusión sistémica⁴. No podemos obviar el impacto sobre la calidad de vida de los pacientes o las consecuencias derivadas de la utilización de diversos fármacos (tabla 1).

Comorbilidades de patogenia común

Artritis psoriásica

La artritis psoriásica (AP) es un tipo de artritis que se presenta asociado a psoriasis, si bien un porcentaje pequeño de pacientes puede manifestar enfermedad articular sin que se



Figura 1 Uña psoriásica con punteado y mancha de aceite.

aprecien lesiones cutáneas. El porcentaje de psoriásicos que desarrollan artritis es muy variable, y las cifras oscilan entre el 3 y el 20% ya que los criterios aplicados en los diversos estudios también varían⁵. Parecen creíbles las cifras derivadas del estudio de Gisondi et al⁶, que tiene como sesgo estar centrado en pacientes ingresados, que se establecen entre el 1-12%.

En las formas moderadas el diagnóstico se hace a veces difícil, porque puede confundirse con artritis reumatoide. La AP suele iniciarse entre los 30 y 50 años, afectando por igual a hombres y mujeres. Puede comenzar de forma lenta y con síntomas moderados que se controlan muy bien con antiinflamatorios, pasando desapercibido su diagnóstico. En ocasiones sigue un curso progresivo que puede llevar a la incapacidad funcional. Los síntomas más frecuentes son⁷:

1. Inflamación articular: característicamente es asimétrica y reduce la movilidad articular. Las articulaciones más frecuentemente afectadas son las muñecas, las rodillas, las caderas y la columna lumbar y cervical.
2. Rigidez: aparece por las mañanas en las articulaciones comprometidas; al igual que en otras artritis la gravedad de la rigidez está en relación con el grado de inflamación.
3. Dolor: es un síntoma frecuente que empeora con el reposo, por lo que se presenta sobre todo por la noche, pudiendo turbar el sueño.
4. Cambios en las uñas: suele ser un signo clínico muy frecuente, ya que se manifiesta hasta en el 80% de los pacientes con AP. Aunque puede aparecer clínicamente con signos muy variables el *pitting* ungueal suele ser el que se encuentra con mayor frecuencia; también pueden apreciarse lesiones de hiperqueratosis ungueal y "manchas de aceite" (fig. 1).
5. Una forma muy característica de la AP es el "dedo en salchicha", en la que se produce un engrosamiento de todo el dedo con dolor y evidentes signos inflamatorios (fig. 2)⁸.

La AP puede mostrar 5 formas clínicas: a) artritis simétrica: compromete simétricamente las articulaciones, por ejemplo ambas rodillas, ambas manos, etc. Se parece mucho a la artritis reumatoide. La psoriasis asociada es generalmente grave. La mitad de los pacientes con esta forma clínica



Figura 2 Artritis psoriásica con deformación de los dedos.

desarrolla una enfermedad progresiva que lleva a grados variables de incapacidad; b) artritis asimétrica: usualmente afecta de una a tres articulaciones, generalmente la rodilla, la cadera, la muñeca o el tobillo. Puede comprometer algún dedo determinado la forma “en salchicha”. Aunque generalmente es de evolución moderada, algunos pacientes pueden desarrollar una forma grave; c) pseudoartrosis: sólo el 5% de los pacientes con AP la presentan. Afecta a las partes distales de los dedos de las manos o los pies y puede confundirse con una osteoartritis erosiva; d) espondilitis: afecta a la columna provocando rigidez del cuello o la columna lumbar, dolor de las articulaciones sacroilíacas, lo que dificulta los movimientos. Asociado a este cuadro puede verse afectada alguna articulación periférica (rodilla, tobillo, etc.), y e) artritis mutilante: es una forma grave. Incumbe a menos del 5% de los pacientes con AP. Afecta principalmente a articulaciones de las manos o los pies. Esta forma clínica progresa rápidamente, lo que conduce a la destrucción articular en un plazo de meses a años (fig. 3).

Enfermedad de Crohn

La enfermedad de Crohn (CD) es una enfermedad inflamatoria que afecta predominantemente al tubo digestivo y se manifiesta por diarreas, dolor abdominal, fiebre, obstrucción intestinal y fístulas. Puede asociarse a procesos extradigestivos como epiescleritis, nefrolitiasis y amiloidosis secundaria. Desde el punto de vista dermatológico las manifestaciones son muy amplias: eritema nodoso, pioderma gangrenoso, piodermatitis vegetante, lesiones mucosas y apéndices perianales⁹.

La presencia de un aumento en TNF- α y la buena respuesta en ambos procesos a la terapia inhibitoria de esta citocina hacen pensar en una asociación no puramente casual entre psoriasis y CD¹⁰, lo que se apoya en otros datos:

1. Herencia: tanto la CD como la psoriasis son procesos inflamatorios con carga hereditaria. Lee et al¹¹ demuestran que el 10% de los pacientes con CD tiene un pariente en primer grado afecto de psoriasis, estando esta misma asociación presente sólo en el 2,9% de los controles



Figura 3 Artritis psoriásica deformante (cedida por el Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba).

($p < 0,02$). En sentido contrario la presencia de psoriasis aparece en el 8,9% de los pacientes afectados de CD y sólo en el 1,4% de la población control ($p < 1 \times 10^{-9}$); en definitiva los pacientes con psoriasis tienen un riesgo relativo próximo a 3 para desarrollar CD, mientras que en estos el riesgo para desarrollar psoriasis sería 7 veces superior al de la población control¹².

2. Genética: recientemente el gen patógeno CARD-15, localizado en el cromosoma 16q21, se ha detectado en pacientes con CD. En la misma zona se localiza el área llamada PSORS8, que marca la susceptibilidad para padecer psoriasis, lo que podría sugerir un predisposición genética común^{10,11}.
3. Participación de linfocitos T, citocinas de células T tipo I, TNF- α , IL-17, IL-23, células dendríticas, etc., en la producción de ambas enfermedades¹⁰.

Activación persistente de los linfocitos T en la piel

Linfoma cutáneo de células T

Se ha sugerido que la psoriasis se ha asociado a un mayor riesgo de padecer linfoma en función de su patofisiología, sus tratamientos o combinación de ambos factores¹³. Gelfand et al¹⁴ revisan 153.197 psoriásicos y encuentran que 7,9/100.000 de estos pacientes acaban por desarrollar linfoma, cifras escasamente superiores a las esperadas. Posiblemente el uso de terapias inmunodepresoras (metotrexato, ciclosporina o biológicos) pueden a largo plazo determinar esta complicación.

Inflamación

Síndrome metabólico

Conocido anteriormente como “síndrome X”, el llamado síndrome metabólico (SM) consiste en la asociación de obesidad, resistencia a la insulina, alteración de la tolerancia a la glucosa, hipertensión y dislipemia. Se define clínicamente

por los criterios del *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III*¹⁵ que se reflejan en la tabla 2, considerándose de gran importancia la obesidad abdominal (OA), de modo que es un dato muy evocador para el diagnóstico, ya que se diagnostica cuando esta se encuentra presente, más dos de los otros criterios reflejados en la tabla 2. Su valor radica en que es un marcador de riesgo de enfermedad cardiovascular mayor que los componentes individuales. Esto se debe a un doble motivo: a) es un factor de riesgo independiente y b) frecuentemente se asocia a otros factores de riesgo. La amenaza para la salud que supone la OA es debida en realidad al componente intraabdominal, que corresponde al cúmulo de grasa alrededor de los órganos y dentro de la cavidad abdominal. Esta se comporta como un órgano endocrino, liberando diferentes apoquinas, angiotensina II y ácidos grasos libres¹⁶. Entre estas apoquinas destacan la IL-6, el TNF α , y el PAI-1 (inhibidor del activador del plasminógeno de tipo 1). Los dos primeros disminuyen la sensibilidad a la insulina, contribuyendo a la aparición de insulinoresistencia, mientras que el aumento del PAI-1 determina un incremento del riesgo aterotrombótico. Otra adipoquina importante es la adiponectina, que tiene un papel antiaterogénico y antidiabético y que se encuentra disminuida en la OA. La angiotensina II origina una vasoconstricción colaborando en la aparición de hipertensión. Por su parte los ácidos grasos libres determinan:

1. A nivel sistémico, una disminución de captación de glucosa por parte del músculo, contribuyendo a la insulinoresistencia.
2. A nivel hepático, por la vía de la circulación portal, un aumento de la síntesis de glucosa, de la insulinoresistencia y de la producción de lipoproteínas de muy baja densidad, originándose elevación de los triglicéridos, aumento de los niveles de colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (LDL) circulante y disminución de colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (HDL).
3. A nivel pancreático, una estimulación de la secreción de insulina a corto plazo, pero un daño en las células beta pancreáticas, con disminución de la secreción de insulina a largo plazo, favoreciendo la aparición de diabetes. La mayoría de los pacientes tienen algún grado de insulinoresistencia, sin saber si es la causa o el producto de este síndrome; esta determina la aparición de diabetes tipo 2 y niveles altos de insulina, que a nivel sistémico produce: a) elevación de los triglicéridos y descenso de colesterol HDL, originando dislipemia aterogénica; b) aumento del PAI-1 y el fibrinógeno, lo que conlleva un estado

protrombótico; c) incremento de la retención renal de sodio, con el consiguiente aumento del volumen extracelular y de las resistencias periféricas, lo que ocasiona hipertensión, y d) proliferación de células musculares lisas y disminución de la prostaciclina determinando una disfunción endotelial.

En el SM existe además un estado proinflamatorio (con niveles elevados de proteína C reactiva, que también es liberada en parte por los adipocitos) y protrombótico (favorecido por el PAI-1 y fibrinógeno) que probablemente estén interconectados y relacionados con niveles elevados de citocinas proinflamatorias, en especial el TNF α ¹⁷. Hay evidencias de que en la psoriasis, al igual que en la artritis reumatoide o el lupus eritematoso sistémico, la inflamación crónica tiene un papel patogénico en el desarrollo del SM, por lo que es posible que el tratamiento adecuado de la psoriasis, al reducir el componente inflamatorio, determine un descenso del riesgo cardiovascular debido al SM.

Existen cada vez más referencias sobre la existencia de una mayor prevalencia de SM en pacientes psoriásicos. Givsoni et al¹⁸ encuentran que esta es mucho mayor en pacientes de más de 40 años, así como en aquellos que tenían una enfermedad de mayor tiempo de evolución, mientras que no se correlacionaba la presencia de SM con la gravedad de la psoriasis. Cohen et al¹⁹ también encuentran una mayor prevalencia de SM en los pacientes con psoriasis, especialmente a partir de los 35-50 años. Shapiro et al²⁰ tienen hallazgos similares en su estudio en pacientes israelíes. El riesgo de padecer enfermedad cardiovascular en pacientes psoriásicos se ve agravado por la mayor tendencia de este colectivo a desarrollar hábitos tóxicos, y muy especialmente el tabáquico²¹. De todo ello se deriva la necesidad de reconocer dichos elementos, con el fin de proponer, junto al tratamiento óptimo de la enfermedad, cambios en los hábitos de vida y/o tratamiento farmacológico asociado que determinen una reducción del riesgo de morbimortalidad cardiovascular.

Un aspecto especialmente polémico es el empleo de medicación que habitualmente manejamos en la psoriasis en pacientes con riesgo de padecer SM (acitretino, metotrexato y ciclosporina) que puede llegar a agravarlo²².

Comorbilidades relacionadas con la pérdida de calidad de vida

Psoriasis y afectación psicológica del paciente. Factores que actúan sobre la calidad de vida

Cuando valoramos las percepciones y reacciones de los pacientes con respecto a su salud hablamos de una forma particular de calidad de vida relacionada con la salud. En el contexto de la calidad de vida relacionada con las enfermedades cutáneas, y concretamente con la psoriasis, los estados físico y psicológico del paciente van a venir determinados por diversos aspectos que podemos agrupar en 3 grandes grupos: aspectos físicos (movilidad, dolor), aspectos psicológicos (emociones, estado de ánimo) y aspectos sociales (relación interpersonal, en el trabajo o el ocio).

No cabe duda de que la psoriasis es percibida, por algunos pacientes, como una enfermedad "deformante" del aspecto

Tabla 2 Criterios clínicos definitivos de síndrome metabólico

Obesidad abdominal (medida como perímetro de la cintura)	> 102 cm en hombres	> 88 cm en mujeres
Triglicéridos	≥ 150 mg/dl	
Colesterol HDL	< 40 mg/dl en hombres	< 50 mg/dl en mujeres
Tensión arterial	≥ 130/ ≥ 85 mmHg	
Glucemia en ayunas	≥ 110 mg/dl*	

*≥ 100 mg/dl según el nuevo límite de la *American Diabetes Association*. HDL: lipoproteínas de alta densidad.

normal de la piel, lo que influye de modo importante en cómo una persona se ve a sí misma y es realmente vista por los demás. Además, la pérdida de la calidad de vida en el paciente psoriásico no solamente produce una perturbación en la propia persona, sino también en su actividad diaria habitual y en su economía, ya que los cuidados diarios de su piel conllevan un gasto, a menudo importante.

En términos generales y basándonos en algunos estudios amplios se puede afirmar que un porcentaje importante de pacientes con psoriasis tienen en algún momento de su vida ideas suicidas. Así, un estudio realizado en 1998 por la *National Psoriasis Foundation* concluye que hasta el 20% de los pacientes con psoriasis y afectación emocional han experimentado este sentimiento²³.

Diversos estudios observacionales consideran que los factores que van a ser determinantes sobre el cambio de la calidad de vida son:

- Factores derivados del propio paciente y de la enfermedad: a) edad y sexo: en muchos estudios (aunque no en todos) se demuestra que la pérdida de calidad de vida es mayor en mujeres, y sobre todo en las más jóvenes²⁴; b) superficie corporal afectada: se establece que existe una relación directa entre la superficie corporal afectada y el descenso en el nivel de calidad de vida, y c) evolución crónica-recurrente de la enfermedad: el hecho de que no exista una cura definitiva y de que la evolución de la enfermedad sea en forma de brotes frecuentes, mantenidos o no, conduce al paciente a una importante sensación de desesperanza respecto de su curación. A esto se debe añadir la frustración que produce en el paciente el uso de diferentes alternativas terapéuticas que no llegan a mejorar satisfactoriamente la enfermedad.
- Factores derivados de la afectación emocional del paciente a causa de la enfermedad: a) sensación de vergüenza: los pacientes con psoriasis sienten vergüenza y rechazo social que puede llegar incluso a sensación de humillación cuando acceden a lugares públicos como piscinas, playas, gimnasios, etc., pudiendo, incluso, repercutir en sus relaciones íntimas^{25,26}; b) afectación de la autoestima: secundariamente a la sensación de vergüenza, el paciente con psoriasis siente limitada, de forma real o no, su oportunidad de acceder a puestos de trabajo y grupos sociales, lo que le conduce progresivamente al establecimiento de una pérdida de seguridad en sí mismo. Estas son las bases del aislamiento sociofamiliar y el posible inicio de otros hábitos poco saludables, como la ingesta de alcohol o el consumo de drogas²⁷; c) sensación de enfermedad grave: las enfermedades crónicas como la psoriasis pueden crear una sensación progresiva y creciente de padecer una enfermedad grave e incurable que se ve alimentada por la falta de respuesta a tratamientos y la duración crónica de los brotes. Esta sensación es más frecuente en pacientes mayores con una larga historia de enfermedad^{28,29}, y d) falta de control sobre su vida: la psoriasis puede llevar, por todo lo expuesto, a un aislamiento del paciente, que en ocasiones le obliga a "retirarse" de cualquier tipo de interrelación o actividad, hasta el punto de suspender de forma continua la posibilidad de cualquier plan de vacaciones u otro tipo de ocio³⁰.

Afectación de la calidad de vida por la psoriasis: el paciente y su enfermedad

Hassanyeh et al³¹ revisan las diferentes formas de expresión de la afectación de la calidad de vida por la psoriasis. Encuentran, entre otros, rechazo hacia sí mismo como reacción ante los demás, sensación de fealdad o defecto de forma, sentimiento de culpabilidad al no poder ofrecer una actitud o expectativa positiva³²⁻³⁴. En este respecto, Gupta et al encuentran una clara asociación entre la gravedad de la psoriasis y la depresión e ideas suicidas³⁵.

Ginsburg³⁶ encontró asociación entre psoriasis localizada en zonas expuestas y sentimientos exagerados de vergüenza y preocupación. Se ha descrito que el menor nivel cultural en pacientes psoriásicos hace prevalecer una mayor presencia de síntomas ansiosos y depresivos³⁷. Por otro lado, no parece estar claro el efecto de la enfermedad a lo largo del tiempo, ya que aunque sería lógico suponer que a mayor tiempo de evolución existiría peor estado de calidad de vida, algunos autores demuestran lo contrario³⁸, ya que encuentran que a mayor tiempo de enfermedad menor es la depresión, y sugieren que esta relación se debe a que el enfermo se adapta y aprende a convivir con los efectos psicosociales de la psoriasis. De esta forma, un nivel cultural alto se convierte en un factor de protección contra la vulnerabilidad psiquiátrica, debido a que permite que el impacto de la enfermedad sea mitigado.

Afectación de la calidad de vida por la psoriasis: el paciente y su entorno

Según Pbenigk y Pbenigk³⁸ las mujeres con psoriasis, comparadas con los hombres, tienen un mayor nivel de interferencia en su vida social y sexual, que viene determinado porque el sexo femenino es el blanco principal de las campañas publicitarias y los cánones de belleza actuales.

En cuanto a la ocupación de los pacientes con psoriasis, Ginsburg³⁶ encuentra un refuerzo positivo en el ámbito laboral cuando el paciente psoriásico realiza un trabajo productivo y además mantiene buenas relaciones con sus compañeros y superiores, de manera que su amor propio se ve fortalecido y el impacto de la enfermedad disminuye.

Parece que los pacientes solteros con psoriasis tienen una mayor prevalencia de ansiedad y depresión en comparación con los casados. Algunos autores establecen la teoría de que el paciente soltero se siente incapaz de encontrar una pareja que lo acepte. En esta línea, Gupta et al³⁵ comentan que si la psoriasis aparece antes de los 40 años de edad se originaría una gran dificultad para relacionarse con los demás.

Depresión e idea suicida en pacientes psoriásicos

Debido a la escasez de estudios sobre depresión en la población dermatológica en España, los datos referidos se basan fundamentalmente en estudios previos realizados sobre la depresión en la población general y en pacientes con patología dermatológica. Con respecto a la influencia del sexo en la aparición de depresión, los estudios revisados señalan una vez más que el sexo femenino tiene hasta dos veces más la probabilidad, respecto al sexo masculino, de padecer este tipo de trastorno³⁹, probablemente debido a que la producción de serotonina por el cerebro en el hombre es

un 52% mayor que en la mujer. Sin embargo, en un estudio reciente sobre una población de 2.599 pacientes con depresión se encontró que la diferencia de incidencia de la enfermedad entre los sexos podría estar sobreestimada, al ser dependiente de la edad. En ese estudio se encontró que la razón mujer/ hombre en la depresión, controlada por edad, exhibe una forma de U en el ciclo vital, con una razón de 3:1 entre los 30 y 50 años y de 1:1 en edades más tempranas o más tardías de la vida⁴⁰. De conformidad con lo esperado la historia personal de depresión estuvo estrechamente asociada a la depresión actual⁴¹. Al relacionar este hallazgo con el hecho de que la mayoría de los pacientes deprimidos afirmaron estarlo a causa de su enfermedad, se puede plantear la hipótesis de que personalidades con tendencia depresiva podrían exacerbar su problema o instaurar un cuadro depresivo por la enfermedad dermatológica. De igual forma, la depresión se encontró relacionada con el tiempo de evolución de la enfermedad dermatológica, lo cual coincide con lo publicado en estudios que han investigado la enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas de tipo dermatológico, como la propia psoriasis, la urticaria crónica y la dermatitis atópica.

Algunos estudios revelan que la depresión es más frecuente en divorciados que en separados. Esta situación podría explicarse por la teoría expuesta por Ensel³⁸, en la que considerando que la pareja esté experimentando problemas maritales serios, una separación o divorcio bien podría servir para mejorar el estado psicológico de cualquiera de los miembros de la misma.

Otros factores influyentes en la depresión asociada a la psoriasis son las pérdidas afectivas, como el fallecimiento de seres queridos y la pérdida del empleo, que sí mostraron una fuerte asociación con la depresión^{42,43}.

En relación con la idea de suicidio Picardi et al⁴⁴ comentan que la presencia de esta no es rara en pacientes con enfermedades dermatológicas en general, y en concreto menciona la psoriasis y el acné como principales provocadoras de la idea de suicidio, siendo el sexo femenino un grupo con un riesgo particular debido al estrés social que soportan y al que ya nos hemos referido con anterioridad. Otros autores estudian enfermedades cutáneas como acné, alopecia areata y psoriasis, encontrando que esta última es la que presenta mayor puntuación en el *Carroll Rating Scale for Depression* (CRSD) de pérdida de la calidad de vida, entrando además en el estado de clínica depresiva. Aunque la idea de suicidio en esta enfermedad se establece entre un 2,4-3,3%, estos autores encuentran tasas del 5,6-7,2%⁴⁵.

Dado que muchas de las comorbilidades detectadas en psoriasis se deben a un cuadro de inflamación sistémica mediado por el TNF, es lógico pensar que el empleo de los antagonistas de TNF pueden suponer una medida adecuada en la prevención de las mismas. No obstante, no existen aún estudios en este sentido.

Conflicto de intereses

J.C. Moreno-Giménez declara haber realizado trabajos de investigación y publicaciones, y haber recibido becas sobre distintos productos biológicos.

R. Jiménez-Puya y M. Galán-Gutiérrez declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Puig-Sanz L. La psoriasis ¿una enfermedad sistémica? *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:396-402.
- Koo J. Current consensus an update on psoriasis therapy: a perspective from the US. *J Dermatol.* 1999;26:723-33.
- Ferrández C, Bordas X, García-Patos V, Puig S, Pujol R, Smadia A. Prevalence of psoriasis in Spain (Epiderma Project: Phase I) *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2001;15:20-3.
- Gottlieb AB, Chao C, Dann F. Psoriasis comorbidities. *J Dermatolog Treat.* 2008;19:5-21.
- Gimmino MA. Epidemiology of psoriasis and psoriatic arthritis. *Reumatismo.* 2007;59 Suppl 1:19-24.
- Gisondi P, Girolomoni G, Sampogna F, Taboli S, Abeni D. Prevalence of psoriatic arthritis and joint complaints in a large population of Italian patients hospitalised for psoriasis. *Eur J Dermatol.* 2005;15:279-83.
- Helliwell PS. The diagnosis of psoriatic arthritis. *Reumatismo.* 2007;59 Suppl 1:61-3.
- Healy PJ, Groves C, Chandramohan M, Helliwell PS. MRI changes in psoriatic dactylitis—extent of pathology, relationship to tenderness and correlation with clinical indices. *Rheumatology (Oxford).* 2008;47:92-5.
- Friedman S, Blumberg RA. Inflammatory bowel disease. En: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editors. *Harrison's principles of internal medicine.* New York: McGraw-Hill; 2001. p. 1676-86.
- Najarian DJ, Gottlieb AB. Connections between psoriasis and Crohn's disease. *J Am Acad Dermatol.* 2003;48:805-21.
- Lee F, Bellardy S, Francis C. Increased occurrence of psoriasis in patients with Crohn's disease and their relatives. *A J Gastroenterol.* 1990;85:962-3.
- Christophers E. Comorbidities in psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006;20:52-5.
- Margolis D, Bilker W, Hennesy S, Vittorio C, Santabba J, Strom BL. The risk of malignancy associated with psoriasis. *Arch Dermatol.* 2001;137:778-83.
- Gelfand JM, Berlin J, Van Voorhees A, Margolis DJ. Lymphoma rates are low but increased in patients with psoriasis: results from a population-based cohort study in the United Kingdom. *Arch Dermatol.* 2003;139:1425-9.
- Grundy SM, Brewer HB Jr, Cleeman JI, Smith SC Jr, Lenfant C; American Heart Association; National Heart, Lung, and Blood Institute. Definition of metabolic syndrome: Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/ American Heart Association conference on scientific issues related to definition. *Circulation.* 2004;109:433-8.
- Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ. The metabolic syndrome. *Lancet.* 2005;365:1415-28.
- Dandona P, Aljada A, Chaudhuri A, Mohanty P, Garg R. Metabolic syndrome: a comprehensive perspective based on interaction between obesity, diabetes and inflammation. *Circulation.* 2005;111:1448-54.
- Gisondi P, Tessari G, Conti A, Fiaserico S, Schianchi S, Peserico A, et al. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: a hospital-based case-control study. *Br J Dermatol.* 2007;157:68-73.
- Cohen AD, Gilutz H, Henkin Y, Zahger D, Shapiro J, Bonne D, et al. Psoriasis and the metabolic syndrome. *Acta Derm Venereol.* 2007;87:506-9.
- Shapiro J, Cohen AD, David M, Hodak E, Chodik G, Viner A, et al. The association between psoriasis, diabetes mellitus, and atherosclerosis in Israel: a case-control study. *J Am Acad Dermatol.* 2007;56:629-34.
- Favato G. High incidence of smoking habit in psoriatic patients. *Am J Med.* 2008;121:e17.
- Mrowietz U, Elder JT, Barker J. The importance of disease associations and concomitant therapy for the long-term

- management of psoriasis patients. *Arch Dermatol Res.* 2006;298:309-19.
23. Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Pilstad T. The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey. *Arch Dermatol.* 2001;137:280-4.
 24. Schmid-Ott G, Kunsebeck HW, Jager B, Sttig U, Hofste N, Ott R, et al. Significance of the stigmatization experience of psoriasis patients: a 1-year follow-up of the illness and its psychosocial consequences in men and women. *Acta Derm Venereol.* 2005;85:27-32.
 25. Fortune DG, Main CJ, O'Sullivan TM, Griffiths CE. Quality of life in patients with psoriasis: the contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress. *Br J Dermatol.* 1997;137:755-60.
 26. Gupta MA, Gupta AK. Psoriasis and sex: a study of moderately to severely affected patients. *Int J Dermatol.* 1997;36:259-62.
 27. Ginsburg IH, Link BG. Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *Int J Dermatol.* 1993;32:587-91.
 28. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB Jr., Reboussin DM. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol.* 1999;41:401-7.
 29. Choi J, Koo JY. Quality of life issues in psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2003;49:57-61.
 30. Rapp SR, Cottrell CA, Leary MR. Social coping strategies associated with quality of life decrements among psoriasis patients. *Br J Dermatol.* 2001;145:610-6.
 31. Hassanyeh F, Eccleston D, Davison K. Rating of anxiety, depression and vulnerability. *Acta Psychiatr Scand.* 1981;64:301-13.
 32. Polenghi MM, Molinari E, Gala C, Guzzi R, Garulti C, Finzi AF. Experience with psoriasis in a psychosomatic dermatology-clinic. *Acta Derm Venereol.* 1994;186:65-6.
 33. Panconesi E, Hautmann G. Psychophysiology of stress in dermatology. *Dermatol Clin.* 1996;14:399-422.
 34. Shanon J. Psoriasis: psychosomatic aspects. *Psychoter Psychosom.* 1977;31:218-22.
 35. Gupta MA, Schork NI, Gupta AK, Kirkby S, Ellis CN. Suicidal ideation in psoriasis. *Int Dermatol.* 1993;32:188-90.
 36. Ginsburg L. The psychosocial impact of skin disease. *Dermatol Clin.* 1996;14:473-82.
 37. Devrimci-Ozguven H, Kundakci TN, Kumbasar H, Bowat A. The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *Europ Acad Dermatol Venereol.* 2000;14:267-71.
 38. Roenigk RK, Roenigk HH Jr. Sex differences in the psychosocial affects of psoriasis. *Cutis.* 1978;21:529-33.
 39. Birkauser M. Depression, menopause and estrogens, is there a correlation? *Maturitas.* 2002;1:53-8.
 40. Gutiérrez-Lobos K, Scherer M, Anderer P, Katschnig H. The influence of age on the female/ male ratio of treated incidence rates in depression. *BMC Psychiatry.* 2002;2:3.
 41. Lin N, Ensel WM. Depression-morbidity and its social etiology: The role of life event and social support. *J Health Soc Behav.* 1984;25:176-88.
 42. Dooley D, Fielding J, Levi L. Health and unemployment. *Annu Rev Public Health.* 1996;17:449-65.
 43. Kessler RC, House JS, Turner J. Unemployment and Health in a Community Sample. *J Health Soc Behav.* 1987;28:51-9.
 44. Picardi A, Mazzotti E, Pasquini P. Prevalence and correlates of suicidal ideation among patients with skin disease. *J Am Acad Dermatol.* 2006;54:420-6.
 45. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol.* 1998;139:846-50.