

# Epilepsia y psoriasis

Gustavo Lazos-Constantino, A. Ivanova Lazos-Zenteno

## RESUMEN

La asociación de estos padecimientos es rara; sin embargo, se presentó en un paciente. Las crisis convulsivas desaparecieron un 90% después de 18 meses de tratamiento y la psoriasis al cabo de este tiempo. La psoriasis se considera de etiología inmunológica e incurable, de la misma manera como se etiqueta a la mayoría de los padecimientos: idiopáticos, de etiología desconocida o de origen inmunológico. Este caso demuestra: que la psoriasis es curable y las alteraciones neuronales paroxísticas alteran los tejidos de la dermis, originando las llamadas: *neurodermatitis*; siendo la psoriasis uno de ellos.

**Palabras clave:** epilepsia, psoriasis (curación), electroencefalograma, asociación.

## Epilepsy and psoriasis

### ABSTRACT

The association of these two clinical diseases is presented in this case. The epileptic seizures improved 90% after 18 months of treatment and the psoriasis disappeared in the same period of time. The psoriasis is considered a disease of unknown or immunological aetiology and that, is incurable so are the sickness labeled as: idiopathic or from immunological origin; this case shows that: 1.- the psoriasis is curable and 2.- if the paroxistic activity of the neuron cells are directed towards the dermis, then we can explain the so called: *neurodermatitis*; one of them is psoriasis.

**Key words:** epilepsy, psoriasis (disappeared with treatment), electroencephalogram, association.

La relación entre psoriasis y electroencefalograma anormal debe ser frecuente, aunque este es el primer caso reportado en el cual la hiperplasia epidérmica y el infiltrado inflamatorio (10 kg de peso) típicas de la psoriasis, se desvanecen al cabo de 18 meses de tratamiento para mejorar la actividad neuronal paroxística que generaba crisis epilépticas como se menciono con antelación la importancia de la actividad neuronal anormal y un padecimiento etiquetado como de etiología desconocida y la desaparición de este a la par de la mejoría de la actividad neuronal (*Arch Neurocién* 2013;(18):4 oct. dic: neuritis óptica).

Historia clínica, *primera consulta*: 7-septiembre 2013; paciente sexo masculino de 29 años, procedente de Comitán Chiapas, acude con su mamá y hermano, último de 10 hermanos. Producto de embarazo y parto

normales. En el segundo año de primaria notaron desviación de ojo derecho hacia afuera, a esto le atribuyeron déficit de aprendizaje; por lo que, no terminó la primaria). A los 13 años presentó la primera crisis convulsiva nocturna, una o dos veces a la semana precedidas de un grito, luego crisis tónico-clónicas con cianosis y sialorrea; presentaba crisis diurnas cada 2 a 4 semanas súbitamente caída (conocidas como akinéticas o

*Recibido: 25 septiembre 2014. Aceptado: 13 octubre 2014.*

Hospital Tuxtla Chiapas. Correspondencia: Gustavo Lazos Constantino. Hospital Tuxtla Chiapas. Primera Sur Poniente # 728. 29000 Tuxtla Guitiérrez, Chiapas. Correspondencia: Gustavo Lazos Constantino, Neurocirujano C.P. 73571. E-mail: lazoscgustavo@hotmail.com Dra. A. Ivanova Lazos Zenteno, M.P.S.S. E-mail: ivanovalazos@me.com

atónicas). Trabaja con su hermano haciendo bloques de cemento. Se prescriben carbamazepina y epamin. A los 17 años noto manchas blancas en los brazos que se extendieron paulatinamente a la espalda y abdomen; se diagnóstico psoriasis, se prescribió tratamiento para este padecimiento. En la exploración la TA 134/90, pulso 70 por seg, ojo derecho tiende a desviarse hacia afuera; pesa 66 kg. Reflejos: bicipitales x´, patelares derecho xx izquierdo xxx.



**Fotografía 1.** Lesiones dérmicas septiembre 2013. Se observan áreas blancas que después de un reborde se continúan con áreas enrojecidas y brillantes que ocupan todo el tórax y abdomen.

Se observan lesiones dérmicas circulares de 2 cm de diámetro en miembros superiores e inferiores. La dermatosis cubre totalmente cara posterior y anterior del tórax en la región lumbar y abdomen. Las lesiones son rojizas con áreas blancas de menor extensión (fotografías 1 y 2); después del EEG se prescribieron medicamentos. Dos meses más tarde (7 de noviembre 2013). *Segunda consulta:* el paciente ha tenido 2 crisis en el día y 3 crisis por la noche, ya no tiene cefalea ni sobresaltos nocturnos y el prurito de su psoriasis ha desaparecido; pesa 65 kg.



**Fotografía 2.** Septiembre 2013. Las lesiones psoriásicas ocupan toda la cara posterior de tórax y región lumbar.



**Fotografía 3.** Marzo 2015. La piel en regiones pectorales es de aspecto normal. En abdomen se observan franjas horizontales de piel laxa.

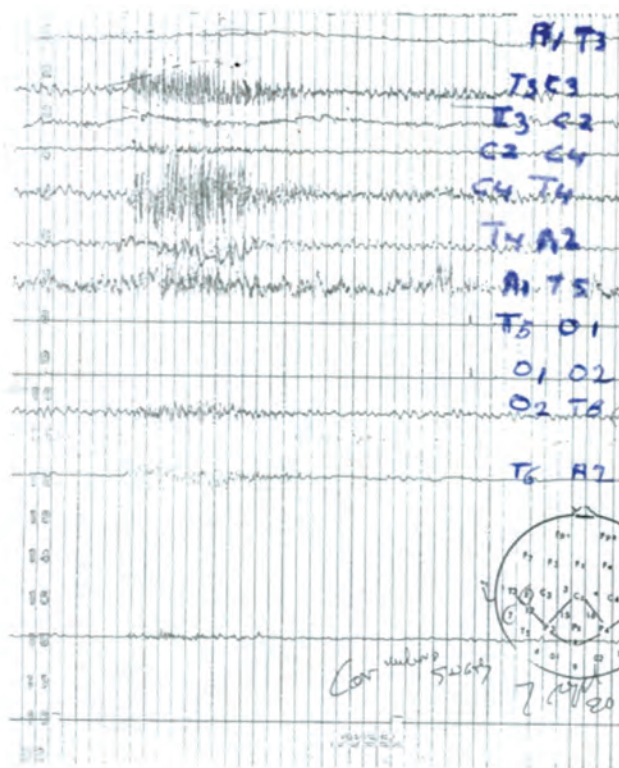
*Tercera consulta:* 14 de marzo de 2015 relatan la madre y el paciente que ya no le dan crisis diurnas, y que ocasionalmente durante la noche se queja por segundos,



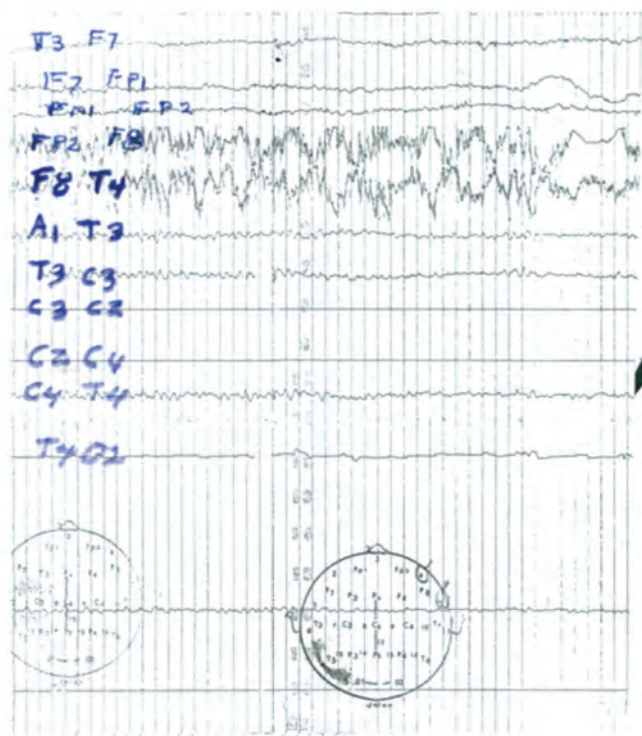
a los 3 y 4 meses de tomar su medicación ya no deja polvo blanco en sillones, su colchon o truzas; que a pesar de comer y dormir muy bien ha perdido peso. La TA 122/64, pulso 52 x seg pesa 56 kg. Las lesiones psoriásicas fotografías 3 y 4, han desaparecido dejando franjas de piel arrugada en el abdomen, quizás el grosor de las lesiones haya desaparecido dejando un tejido laxo, al eliminarse inflamación y queratina, lo que explicaría también la pérdida de 10 kg de peso durante el tratamiento.



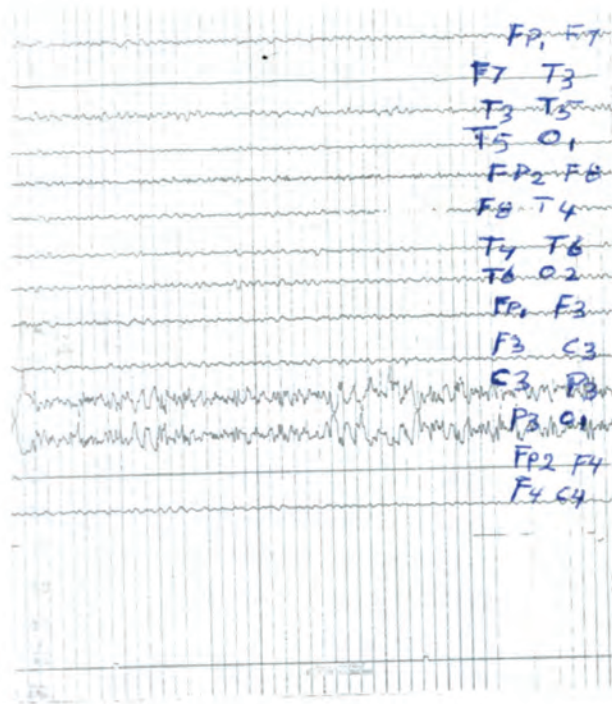
**Fotografía 4.** Marzo 2015. Vista posterior de tórax y región lumbar. La piel es lisa y de color blanco en la zona lateral. En la región central, escapular y hombros la piel es de aspecto normal.



**Trazo 2.** Brotes paroxísticos bitemporales, de 2 seg de duración de 27-30 c/seg y de 100-150 Uv con predominio en el lado derecho.



**Trazo 1.** Actividad subdelta en oposición de fase en región fronto-temporal derecha, con ondas agudas (theta) de alto voltaje que se sobrepone a la actividad lenta.



**Trazo 3.** Trenes lentos de 6-8 c/seg de mayor voltaje que la actividad de fondo en región temporo-parieto-occipital del lado izquierdo.

Se efectuaron 2 EEG, el primero (7 de septiembre 2013) demuestra: actividad anormal en forma de trenes de ondas agudas, que forman ondulaciones en oposición de fase en región frontal derecha: canales Fp2-F8 y F8-T4 (trazo 1) y paroxismos de ritmo rápido 25 a 30c/seg de ondas agudas de alto voltaje: T3-C3 y C4-T4 (trazo 2). El segundo EEG 14 de marzo de 2015; se observan trenes de actividad delta irregular que sobresalen de la actividad de fondo: C3-P3 y P3-O1 (trazo 3).

### CONCLUSIÓN

El paciente asistió a la primera consulta debido a sus crisis convulsivas, después de estudiar la gráfica del EEG se le prescribió medicación, la cual tomó cotidianamente tal como se le indicó. Durante la exploración inicial, se observaron las lesiones psoriásicas, año y medio después estas habían desaparecido. A la consulta neurológica, asisten pacientes que se quejan de insomnio, migraña o parálisis facial a *frigori* y que además presentan psoriasis, en vista de que mejoran con tratamiento de su padecimiento neurológico ya no asisten a la segunda consulta; sin embargo, continúan con el tra-

tamiento dermatológico. En este caso con el afán de mejorar sus crisis convulsivas, el paciente tomó su medicación un año y medio obteniendo con sorpresa la curación de su padecimiento dermatológico; esta aseveración es comprobada por la evolución clínica y fotografías que revelan sin dejar duda la diferencia de la piel entre el en 2013 y 2015 presentado por las gráficas de electroencefalogramas, ya que en la última (marzo del 2015) no existe actividad paroxística.

### BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Lazos Constantino Gustavo. La bioelectricidad del sistema nervioso central. Clonías de músculos abdominales, 2007.
2. Harrison, Fauci Anthony, Braunwald Eugene, Kasper Dennis, Hauser Stephen, et al. Principles of Internal Medicine, 19th Edition, McGraw-Hill 2015;347-8.
3. Cristophers E. Epidemiology and clinical spectrum. *Dermatol* 2001;26:314-20.
4. Ms Lorenzetti, EJ Restifo. Tratamiento biológico en psoriasis. Revisión bibliográfica concurrente. Servicio de dermatología, Universidad de Buenos Aires.
5. Chandraj A. Raj, Senophatics. Genetics and epigenetics basis of psoriasis. Pathogenesis. *Mol Immunol* 2015; Apr; 64 (2) 313-22.

---

ARTÍCULO SIN CONFLICTO  
DE INTERÉS

---