



## XVII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría

#interpsiquis - del 1 al 29 de Febrero

### **TRATAMIENTO DEL ACNÉ Y LA PSICOSIS**

Carmen Maura Carrillo de Albornoz Calahorro

MIR Psiquiatría Hospital Santa Ana (Motril, España) (2) PIR Hospital Santa Ana (Motril, España)

[mamenmilan@hotmail.com](mailto:mamenmilan@hotmail.com)

Isotretinoína. Psicosis. Depresión.  
Acne treatment and psychosis

### **MOTIVO DE LA CONSULTA**

Paciente varón de 22 años que es enviado de manera urgente a nuestra unidad de Salud Mental y Comunitaria desde Atención Primaria para "valoración de sintomatología depresiva con posible trastorno psicótico asociado".

Antecedentes personales:

Carece de antecedentes médicos de interés.

No alergias medicamentosas.

Como tratamiento habitual destaca la toma de isotretinoína 20mg diarios desde hace 8 semanas como tratamiento de acné noduloquístico resistente a tratamientos tópicos previos.

Primer contacto con Salud Mental.

Desconocen antecedentes familiares previos de enfermedad psiquiátrica.

Padres sanos

No datos sociobiográficos de interés. Tiene un hermano dos años mayor que él que reside en domicilio familiar con quien mantiene muy buena relación.

Su madre lo describe como un chico sociable y alegre.

Actualmente cursa estudios de ingeniería.

Niega consumo habitual de tóxicos. Bebe alcohol los fines de semana.

## **ENFERMEDAD ACTUAL**

Acude a consulta acompañado por su madre quien refiere que el paciente se encuentra estudiando fuera de la ciudad y desde hace 2 meses, al contactar telefónicamente con ellos alega encontrarse "raro". Le cuesta concentrarse, nota pérdida de energía generalizada y ánimo deprimido. A esto se añade una pérdida de apetito sin disminución ponderal e insomnio de mantenimiento, motivo por el cual alega haber consumido hachís como ansiolítico por primera vez en su vida antes de dormir durante dos semanas, como recomendación de un amigo, sin percibir mejoría. Los resultados en los exámenes han sido muy malos y cree no poder enfrentarse a otro curso académico. Ha padecido una crisis de ansiedad intensa que requirió de la intervención de los servicios de urgencias que diagnostican como "crisis de pánico".

Tras regresar a domicilio familiar una vez finalizado el curso, su entorno comienza a percibir un aislamiento progresivo del chico en casa. Cada vez se comunica menos con su hermano y sus padres. Verbaliza "no quiero salir por miedo a que los demás me encuentren demasiado delgado y se rían de mí, además saben que he consumido porros".

Se muestra asimismo irritable en el domicilio familiar refiriendo que "mi padre quiere librarse de mí y vosotros sabéis lo que ha pasado".

A esta sintomatología se añade en días posteriores un insomnio pertinaz.

Tras instauración de benzodiacepina hipnótica desde Atención Primaria es derivado para valoración especializada a nuestro equipo de Salud Mental y Comunitaria.

## **EVOLUCIÓN**

A nuestra exploración en consulta el paciente presenta un adecuado aspecto general. Consciente, orientado, tranquilo y colaborador mostrando un contacto minimizador y suspicaz. Humor deprimido predominando la anhedonia intensa, clinofilia y clínica apatoabúlica. Ansiedad flotante en consulta. Se añaden sentimientos de culpa y menosprecio sobre temática delirante de perjuicio hacia su entorno. Autopercepción dismorfofóbica: "estoy muy delgado y no puedo salir a la calle".

Bradipsiquia y fenómenos de bloqueo de pensamiento. Niega alteraciones en sensopercepción en ninguna de sus modalidades. No presenta episodios de auto/heteroagresividad. Niega ideación, consideración o planificación tanatofílica estructurada actual.

Insomnio global farmacológicamente corregido e hiporexia acompañante. Nula consciencia de enfermedad o de necesidad de tratamiento

Tras nuestra entrevista recomendamos la retirada de isotretinoína y la instauración de tratamiento con olanzapina 10mg en dosis nocturna y recomendamos la toma de lormetazepam 2mg de manera conjunta en dosis nocturna.

Se aprecia una mejoría evidente en sintomatología psicótica y afectiva transcurridas 4 semanas. Ritmos cronobiológicos reinstaurados.

Actualmente ha recuperado su funcionalidad global y se encuentra estudiando de nuevo para la recuperación de exámenes.

Permanece asintomático desde el punto de vista psiquiátrico y continua revisiones por nuestra parte.

## **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS YU DIAGNÓSTICO**

Aporta un electrocardiograma y una analítica general, incluyendo bioquímica y hormonas tiroideas, sin hallazgos significativos.

Desde USMyC se solicita TAC craneal que recibimos sin hallazgos significativos

## **JUICIO CLÍNICO**

Trastorno psicótico agudo polimorfo secundario a toma de isotretinoína

## **DISCUSIÓN**

Desde que en 1982 la agencia americana para el uso de alimentos y medicamentos (FDA) aprueba el uso de la isotretinoína para el tratamiento del acné nodular quístico resistente a otros tratamientos, el uso de este medicamento no ha estado exento de controversia.

La Isotretinoína [ ácido 13 cis-retinoico] es un fármaco perteneciente al grupo de los retinoides , compuestos derivados de la vitamina A , que realiza un gran número de funciones en muchos sistemas entre ellos el sistema nervioso central en el que es conocida la existencia de diversos receptores retinoides(1).

Desde sus primeros usos, muchos estudios alertan sobre una posible correlación entre el uso de isotretinoína y distintas alteraciones psiquiátricas.

La evidencia de esta asociación se basa en tres puntos, de acuerdo con estos estudios. En primer lugar, una disfunción retinoide produciría anomalías congénitas, las mismas que podríamos encontrar en los pacientes esquizofrénicos. Adicionalmente, la esquizofrenia y la cascada retinoide han sido vinculados a los mismos loci de genes. Finalmente, el ácido retinoide regula la activación transcripcional del receptor de dopamina D2 y otros genes relacionados en la esquizofrenia (como los receptores serotoninérgicos y glutamaérgicos). (2,3)

En 2005, la FDA lanza una advertencia sobre su uso y el riesgo de suicidio, depresión, agresividad y psicosis.

En todo caso se piensa que estos efectos adversos psiquiátricos son una reacción idiosincrásica al fármaco de una frecuencia aproximada del 5%, no estando relacionados con la dosis, la duración del tratamiento ni la existencia de una historia previa de enfermedad mental.

En casi todos los pacientes, la suspensión del tratamiento suele resolver en pocos días los síntomas psiquiátricos causados. (4)

Debe tenerse en cuenta que los pacientes con acné severo en ocasiones tienen riesgo de suicidio, incluso antes de iniciar la toma de isotretinoína y posteriormente tras finalizar el tratamiento. Goodfield et al. publican en 2010 directrices relativas a la prescripción de la isotretinoína en el British Journal of Dermatology. (5) Recomiendan: primero, el inventario de historias psiquiátricas en todos los pacientes candidatos a la prescripción de isotretinoína. A continuación, los pacientes y sus familias deben ser informados sobre un posible y potencial cambio en el estado de ánimo. Por último, debe realizarse una concienzuda anamnesis que recoja los síntomas psiquiátricos en cada entrevista clínica.

Este caso pone de manifiesto la posible influencia, a veces no detectada por otros especialistas, de numerosos fármacos en la aparición de síntomas psiquiátricos como psicosis, ansiedad o depresión en los pacientes que acuden a nuestras consultas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Kontaxakis VP, Skourides D, Ferentinos P, Havaki-Kontaxaki BJ, Papadimitriou GN. Isotretinoin and psychopathology: a review. *Ann Gen Psychiatry* 2009; 8: 2 [PMID: 19154613 DOI:10.1186/1744-859X-8-2]
- (2) Bremner JD, Shearer KD, McCaffery PJ. Retinoic acid and affective disorders: the evidence for an association. *J Clin Psychiatry* 2012; 73: 37-50 [PMID: 21903028 DOI: 10.4088/JCP.10r05993]
- (3) Goodman AB. Retinoid dysregulation as a cause of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 452-453 [PMID: 8109664 DOI: 10.1176/ajp.151.3.452b]
- (4) Chia CY, Lane W, Chibnall J, Allen A, Siegfried E. Isotretinoin therapy and mood changes in adolescents with moderate to severe acne: a cohort study. *Arch Dermatol*.2005;141:557---60.
- (5) Goodfield MJ, Cox NH, Bowser A, McMillan JC, Millard LG, Simpson NB, Ormerod AD. Advice on the safe introduction and continued use of isotretinoin in acne in the U.K. 2010. *Br J Dermatol* 2010; 162: 1172-1179 [PMID: 21250961 DOI: 10.1111/j.1365-2133.2010.09836.x]