

Trastorno depresivo recurrente

de Alba Carballo, M^a.R.

Hospital Novoa Santos Ferrol

Motivo de consulta

Mujer de 77 años que acude a Urgencias, acompañada de su familia, tras ingerir lejía con fines autolíticos.

Antecedentes familiares

Cuatro hermanos a tratamiento psiquiátrico por depresión (“se metían en la cama”), por lo menos uno de ellos con trastorno bipolar.

Antecedentes personales

Casada, convive con su marido y dos hijos solteros (de 40 y 35 años), con los que mantiene buena relación. Ama de casa.

No alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos.

Obesidad. Hipercolesterolemia, sin tratamiento. Hipoacusia bilateral, de predominio izquierdo. Síndrome depresivo recurrente.

Patobiografía

Según la paciente desde hace un par de meses comenzó con pérdida de memoria, a tener el lado derecho de la cabeza “como seco”, ansiedad importante, desasosiego, angustia, sensación de inquietud interna, ganas de llorar (con imposibilidad de hacerlo), sentimientos de inutilidad y minusvalía, malestar físico, disminución de apetito, trastornos del sueño (múltiples despertares y despertar precoz), pensamiento negativista y centrado en su malestar, obsesivoide, ánimo depresivo, molestándole la relación social (aunque no tenía relaciones sociales, fuera de su familia, más allá de “llevarse bien con las vecinas”) e ideas de muerte casi diarias. El día del ingreso, al levantarse y en relación con su intensa ansiedad,

de forma compulsiva, bebió unos tragos de lejía (“porque era lo que tenía más a mano, si hubiera tenido algo peor, lo hubiera tomado...”), con intención autolítica, avisando inmediatamente a su familia ante el temor de los efectos que empezaba a notar y vomitando. Es su primer intento autolítico.

Su hijo corrobora el empeoramiento de su madre, desde hace unos meses, descuidando su cuidado personal y dejando de hacer actividades o necesitando más ayuda para llevarlas a cabo y “olvidándose de todo” (aunque se viste y aseaa ella sola, no llama por teléfono porque no se acuerda de los números, no hace la compra porque no sabe gestionar el dinero, dejó de atender a sus mascotas...). Por ello fue atendida en su Unidad de Salud Mental (un mes antes) donde se le pautó Imipramina 50 (1-1-0) y Quetiapina 50 prolong (0-0-2). Refiere que la paciente sufría episodios depresivos recurrentes, desde su juventud, sin desencadenante previo, de varios meses de duración, y de características similares al cuadro actual, y que remitían con Imipramina. Que la paciente, “se trastornó” cuando nació su primer hijo, tras varios abortos: “le dio por decir que el bebé estaba muerto” y necesitó supervisión para su cuidado. Empezó a mejorar al año y medio, y desde entonces, tiene una crisis cada dos o tres años, que le pueden durar dos o tres meses. En esos momentos de crisis, visitaba a distintos especialistas. No parece que ninguno de los episodios tuviese características de episodio maníaco ni patrón estacional.

Anamnesis y exploración

En el Servicio de Urgencias presenta la siguiente exploración: TA: 154/77; FC: 104; T³: 35,3; Sat 02: 99%.

Consciente, orientada, colaboradora. Buen estado general. Obesa. Normohidratada y normocoloreada. Eupneica. Afebril. Taquicárdica.

AC: rítmica, sin soplos.

AP: murmullo vesicular conservado.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso, sin masas ni megalías. EEII: No edemas. Se palpan pulsos. Faringe: paladar y úvula, eritematosos y edematosos.

ECG: Ritmo sinusal a 100 Ipm.

RX de tórax: No evidencia de patología pleuropulmonar aguda.

Gastroscopia: Evidencia de una esofagitis cáustica.

Valoración psiquiátrica: Se encuentra consciente, orientada en espacio y parcialmente, en persona (no recuerda el año de nacimiento) y en tiempo (no recuerda día ni año). Discurso coherente, con cierta presión de palabra, pensamiento negativista y centrado en su malestar, ansiedad psíquica y somatizada con inquietud psicomotriz, ánimo depresivo, sin predominio matutino ni vespertino. Refiere sensación de “nudo en la garganta”, con disminución de ingesta y de sueño; y sensación de inutilidad y minusvalía. Anhedonia importante. No sentimientos de culpa. A pesar de ideación de muerte casi diaria, niega ideación autolítica estructurada y muestra arrepentimiento de lo ocurrido.

Se decide su ingreso en Medicina Interna para estabilización y tratamiento.

Tras dieta absoluta de días, se le reintroduce Imipramina 50 (1-1-0) y Seroquel prolong 200 (0-0-1), y se le añade Lorazepam (1-1-1). Durante la primera noche, de forma brusca, comienza con desorientación, discurso incoherente, delirio ocupacional, alucinaciones visuales complejas, hipoprosexia, alteraciones del sueño y mnésicas; confirmando su familia que nunca antes había tenido un cuadro de dichas características, por lo que, una vez descartada organicidad (incluido TAC craneal, sin contraste, que no muestra

alteraciones significativas), se diagnostica dicho cuadro, como síndrome confusional, que fue remitiendo al retirar el Lorazepam.

Recuperada de sus lesiones físicas, se decide, de acuerdo con la paciente y con su familia, el traslado a la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, para control y ajuste de tratamiento. Es su primer ingreso psiquiátrico.

Durante su ingreso en la Unidad de Agudos, se le realiza un Mini Mental Test con resultado de 13/30 (interpretados como síntomas de déficit cognitivo asociados al episodio depresivo, que tendrán que ser reevaluados). Se modifica el tratamiento: sustituyendo Imipramina por Venlafaxina 75 (1-1-0), se aumenta la dosis de Seroquel prolong 200 (0-0-1) y se añade Perfenazina 16 (1/4-1/4-0). Días más tarde se sustituye la Venlafaxina por Amitriptilina 75 (1/2-1/2-1/2), y tras varias semanas de ingreso, el cuadro va resolviéndose y se decide el alta hospitalaria, para seguimiento en la Unidad de Salud Mental.

Estrategias terapéuticas

Este episodio depresivo cumple criterios de gravedad, incluso con síntomas de tipo delirante hipocóndrico o Síndrome de Cotard (“cabeza seca”) porque:

1. Dura más de dos semanas y no es atribuible a trastorno mental orgánico ni a consumo de tóxicos.
2. Humor depresivo durante la mayor parte del día, la mayor parte de los días, que se modifica muy poco por circunstancias ambientales y que persiste, al menos, durante dos semanas.
3. Alteraciones del sueño, disminución del apetito, falta de concentración, sentimientos de inutilidad, ideas recurrentes de muerte. Se trata de un episodio más dentro de un Trastorno depresivo recurrente (F33, CIE 10; 296.3X, DSM-IV).

Antes de iniciar el tratamiento debe completarse la evaluación del enfermo, con el fin de detectar otras enfermedades físicas o psíquicas. Debe

evaluarse el autocuidado (nutrición, aseo, toma de medicación), el cuidado a otras personas que dependen del enfermo, el riesgo suicida, el daño a terceras personas, el deterioro funcional y el apoyo familiar o social. También debe intentarse la creación de un vínculo que favorezca la adherencia al tratamiento e informar al paciente sobre los beneficios del mismo, los posibles efectos secundarios, el retraso del efecto farmacológico y el seguimiento intensivo que debe seguir, por lo menos, en los primeros días y semanas.

El objetivo del tratamiento es la remisión, completa, de los síntomas y la prevención de futuras recaídas. En las depresiones mayores (también en las depresiones moderadas y en las leves con enfermedades médicas o comorbilidad asociada o antecedentes de episodios moderados o graves), el tratamiento de primera línea es el farmacológico. Una vez que los síntomas han desaparecido, debe continuarse tratamiento de mantenimiento (se considera criterio de calidad) de, según las fuentes consultadas, seis a doce meses, tras el primer episodio de depresión, y de dos años a indefinidamente tras el segundo o sucesivos; y con la misma dosis con la que se consiguió la desaparición de los síntomas.

Los ISRS son los fármacos de primera elección para alguna de las fuentes consultadas, no encontrando otras, diferencias entre los distintos tipos de antidepresivos, aunque sí en cuanto a sus efectos secundarios. En el caso de utilizar un ISRS y no que sea bien tolerado, se cambiará a otro del mismo grupo, siendo los antidepresivos tricíclicos una buena alternativa si no ha tolerado dos ISRS o es alérgico a ellos. Si han fallado todos los anteriores se podría valorar el uso de IMAO.

Entre los ISRS podemos utilizar: Sertralina, Fluoxetina, Paroxetina, Duloxetina, Escitalopram, Venlafaxina (como segunda elección). Entre los antidepresivos tricíclicos: Amitriptilina e Imipramina, pueden tener acciones inmediatas sobre el sueño y la ansiedad.

Si una vez instaurado el tratamiento el paciente no mejora, se debe revisar el diagnóstico, asegurar que toma la medicación y que lo hace en la dosis adecuada. Si se descarta todo lo anterior y ya han transcurrido tres o cuatro semanas, se desaconseja aumentar dosis; puede cambiarse el fármaco o bien asociar otro antidepresivo, como mirtazapina o miansarina; u otros fármacos como litio u hormona tiroidea. Si la respuesta es incompleta, además de las opciones anteriores, se puede aumentar la dosis del fármaco.

Si la enfermedad cursa con síntomas psicóticos deben añadirse neurolepticos, que reducen los síntomas positivos, en aproximadamente una semana, y los síntomas afectivos en varias semanas. A veces, también debe hacerse tratamiento de mantenimiento, como con los antidepresivos y con los mismos criterios.

La Terapia electro convulsiva (TEC) es una técnica que consiste aplicar una corriente en el cerebro a través de electrodos y provocar una convulsión tónico-clónica generalizada está especialmente indicada en este tipo de depresión mayor grave y en la depresión resistente, siendo una alternativa al tratamiento farmacológico. Puede realizarse solo en fase aguda o de mantenimiento y como 'tratamiento único o asociado a tratamiento farmacológico.

La estimulación magnética intracraneal (EMC), utiliza pulsos magnéticos de alta frecuencia en áreas afectadas del cerebro. Sería de segunda opción tras la TEC.

La terapia cognitiva conductual, que enseña a combatir los pensamientos negativos, a detectar los síntomas y a adquirir habilidades para la resolución de problemas. Está indicada en la depresión moderada, grave, resistente al tratamiento farmacológico, con recaídas y/o con síntomas residuales y con depresión crónica.

La fototerapia puede ayudar a restablecer el sueño en los meses de invierno, pero por sí sola, no es un tratamiento eficaz para la depresión mayor.

Bibliografía

1. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS; avalia-t N^o 2006/06.
2. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. 6a ed., págs. 199- 210. Masson-Elsevier. Barcelona 2006.
3. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder. 2nd ed. September 2007. Accessed January 22,2010.
4. Little A. Treatment-resistant depresión. Am Fam Physician. 2009; 80: 167-172.
5. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
6. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson; 2003.
7. Stahl S.M. Depresión y Trastorno bipolar. 3a ed., Aulamédica. Madrid 2010.