

A propósito de un caso clínico con duloxetine

M. Ruiz Gomes

Centro de Salud Buenos Aires. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del estado de ánimo constituyen los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la población general y en las consultas de Atención Primaria. Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) arrojan cifras de un 10,4% de depresión (Sartorius N, Ustun BT; 1996). En el estudio realizado en España por Vázquez-Barquero et al se demuestra una prevalencia del 4,5% para el varón y del 7,8% para la mujer (Vázquez-Barquero JL, Herrán A, De Santiago A; 1999).

En general, en las consultas de Atención Primaria se estima que casi un 30% de los pacientes presentan algún cuadro depresivo (Libro Blanco de la depresión y ansiedad, 2006). Todos los autores coinciden en considerar el infradiagnóstico de este tipo de patología en el que desempeña un papel muy importante la forma de presentación. Así, en el ámbito de la Atención Primaria se calcula que el 9,4% de los pacientes que acuden a consulta presenta un cuadro clínico somatizado, siendo más frecuente la depresión somatizada.

El paciente viene a consulta por síntomas vagos, fluctuantes, de escasa consistencia e intensidad desmesurada que afectan a múltiples órganos y que atribuye a enfermedad física. Estos pacientes presentan irregularidades biológicas ante el mínimo estrés, con curso crónico de su patología e hiperfrecuentación. Ya que los síntomas más evidentes no son la tristeza o la alteración del estado de ánimo, sino las algias, fatiga, etc., hace que el médico efectúe un enfoque organicista obviando la exploración psicopatológica y retrasando el diagnóstico y rebajando la calidad de la atención en estas patologías.

CASO CLÍNICO

Mujer de 38 años con los siguientes antecedentes personales de interés:

Psoriasis leve sin afectación artropática. Obesidad con índice de masa corporal (IMC) de 40,9. Tensión arterial (TA) límite sin hipertensión. Menopausia precoz a los 34 años sin terapia hormonal sustitutiva (THS). Hipertrigliceridemia. Casada, madre de un hijo de 10 años. Trabajadora en un supermercado con regular satisfacción. Buena red social.

Se trata de una paciente con historia larga de trastorno de ansiedad generalizada con empeoramiento a raíz de menopausia precoz y de incremento paulatino de peso.

Personalidad hipocondríaca que frecuenta la consulta por motivos banales con gran carga de angustia por el posible hecho de enfermar.

Acude a mi consulta por primera vez en enero de 2005 en plena crisis de ansiedad.

Está siendo tratada por el equipo de Salud Mental con fluoxetina 40 mg/12 horas, alprazolam 1 mg/noche, según explica el informe por trastorno alimentario no filiado. Se incrementa la dosis de benzodiazepina (BDZ) a 1 mg mañana y noche para el control de la sintomatología ansiosa, pautándosele loracepam de rescate si presentara crisis muy intensa.

Revisada en Salud Mental inician reducción de la dosis de alprazolam y se reincorpora al trabajo.

Desde entonces presenta pluripatologías que incrementan la frecuentación en la consulta de primaria y las urgencias hospitalarias por astenia intensa, dolores de espalda de gran intensidad, malestar gástrico inespecífico, preocupaciones excesivas por su salud, cancerofobia. Psiquiatría añade topiramato al tratamiento con regular tolerancia por lo que se retira.

A raíz de caída casual con policontusiones sin gravedad y con esguince leve de tobillo inicia nueva baja laboral por lo que se le ve en consulta semanalmente. Enviada a traumatólogo para seguimiento la deriva a rehabilitación.

En consulta aqueja astenia y múltiples dolores de intensidad excesiva que achaca a la caída, ("yo no tengo ningún otro problema") sin evidenciarse correlación clínica ni ex-

Correspondencia: M. Ruiz Gomes.
C.S. Buenos Aires.
C/ Pío Felipe, s/n.
Correo electrónico: marietadoc@yahoo.es

ploratoria. Progresivamente comienza a manifestar sentimiento de minusvalía: “desde la caída no puedo ni moverme, parezco minusválida”, “creo que me voy a quedar coja”, mi marido me lleva en silla de ruedas”.

Preguntada específicamente refiere pérdida de apetito de 15 días de evolución, llanto continuo sin motivo y verbaliza sensación de miedo. Epigastralgia y cefaleas de características tensionales: “de tanta pastilla que tomo para el dolor, seguro que tengo úlcera”. La paciente comienza con agorafobia que le impide ir al centro de rehabilitación por medio de transporte público, por lo que deja de ir y ella pide que se le cambie a un centro más cercano al domicilio.

Ante el deterioro se suspende fluoxetina y se inicia tratamiento con duloxetina a 60 mg/24 horas.

Evaluada a los 7 días refiere buena tolerancia gástrica al fármaco, sin náuseas ni otros efectos secundarios reseñables.

A los 15 días comienza a ir sola a rehabilitación. Interrogada refiere mejoría del estado de ánimo y de la calidad del sueño así como del dolor.

Valorada en rehabilitación por la petición de cambio de centro, sin haber realizado nada más que tres sesiones y ante la mejoría que le comenta al médico rehabilitador se le da de alta en el servicio.

Es vista por el equipo de salud mental al que le parece correcto el tratamiento.

Actualmente de alta en su trabajo habitual, sigue tratamiento con duloxetina a la misma dosis y alprazolam 0,25 mg/noche.

DISCUSIÓN

La exploración psicopatológica en un caso como éste nos hace tener presente que existen algunos síntomas depresivos “diana” de tipo somático que son muy frecuentes (astenia, cansancio, pérdida de apetito y de peso, dolores, alteraciones de la psicomotricidad), pero que pueden confundir si no se tiene en cuenta su aparición junto con otros síntomas típicos de carácter psíquico (baja autoestima, inutilidad y culpa, tristeza, pesimismo, llanto). La gran mayoría de los pacientes deprimidos presentan un solapamiento de los síntomas emocionales y físicos (principalmente dolor). Hay por tanto que buscar y descubrir la tristeza patológica mediante una valoración clínica completa.

Además de que el propio síndrome depresivo se compone de síntomas de naturaleza somática, debemos tener en cuenta que los pacientes con trastornos somatomorfos

tienen a lo largo de su biografía sanitaria una alta prevalencia de comorbilidad depresiva, detonante de empeoramientos sintomáticos del cuadro basal que exigen tratamiento específico.

En el origen de la depresión y los síntomas somáticos de dolor se ha encontrado una vía neuroquímica común con alteración tanto de la 5HT (serotonina) como de la noreadrenalina (NA), por lo que al tratar ambas deficiencias con un antidepresivo dual mejorarán tanto los síntomas físicos como los somáticos de la depresión.

Se sabe también por los últimos estudios que la presencia de síntomas residuales en la remisión aumenta el riesgo de recaída contribuyendo a la cronicidad de la depresión. Más del 90% de los síntomas residuales son habitualmente síntomas físicos de dolor leve o moderado, por lo que debemos incluirlos como objetivo de nuestro tratamiento.

La depresión se asocia con altas tasas de discapacidad crónica que se ven reflejadas en un aumento del uso de los servicios sanitarios de los pacientes depresivos. El tratamiento eficaz de los síntomas emocionales y físicos con mayores tasas de remisión de ambos puede suponer además de un aumento de la calidad de vida de los pacientes un ahorro del gasto sanitario desde Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Álvarez E, Gastó C. Sintomatología depresiva en atención primaria. Barcelona: Editorial médica; 2003.
- Carrasco Perera MA, Palancar de la Torre JL, Ramírez Puerta D. Evidencia científica en ansiedad y depresión. Manual de actuación. OMC; 2005.
- Chamorro García L. Guía de manejo de los trastornos mentales en Atención Primaria. Barcelona: Ars Médica; 2004.
- Curso visual de diagnóstico. Síntomas de depresión y ansiedad en Atención Primaria. Luzan 5, S.A. de ediciones; 2003.
- Libro blanco de la depresión y ansiedad. Análisis de la prevalencia y su manejo en Atención Primaria; 2006.
- Lozano Suárez M, Ramos Brieva JA. Utilización de psicofármacos en psiquiatría de enlace. Barcelona: Masson; 2002.
- McIntyre RS, O'Donovan C. The human cost of not achieving full remission in depression. *Can J Psychiatry*. 2004;49 Suppl 1:10S-6S.
- Nierenberg AA, Wright EC. Evolution of remission as the new standard in the treatment of depression. *L Clin Psychiatry*. 1999;60 Suppl 22:7-11.
- Serrano Santos P. Recomendaciones SEMMFYC depresión. Barcelona: EDIDE; 2001.
- Stahl SM, Kasper S. El equilibrio entre la inhibición de la recaptación de serotonina y el antagonismo de la serotonina 2.^a. XXIV congreso del CINP. París; 2004.
- Tylee A, Gandhi P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *J Clin Psychiatry*. 2005;7(4):148-9.