

## Duloxetina y su eficacia en el control de la depresión con componentes de dolor somático crónico y de la mejoría de calidad de vida del paciente

F. Candil del Olmo

Médico de Atención Primaria. Centro de Salud Amante Laffón. Sevilla.

### INTRODUCCIÓN

La depresión, hoy en día, sigue siendo una entidad infra-diagnosticada a nivel de la Atención Primaria, uniéndose a menudo, además de intensos síntomas somáticos, alteraciones del humor y, a la presencia de dolores crónicos persistentes, impotencia funcional motora y emocional con una clara alteración de la percepción del dolor, atribuible, entre otras múltiples causas, a alteraciones de los receptores serotoninérgicos y noradrenérgicos, no soliendo responder de manera efectiva al uso de analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y miorelajantes, provocando en muchos casos el peregrinaje del paciente por numerosas consultas de especialidades, la aplicación de múltiples terapias y el consiguiente aumento de la angustia y frustración del paciente que no ve resuelto su problema, sino que puede agravar o perpetuar su cuadro depresivo.

### CASO CLÍNICO

Paciente A.F.G. Mujer, 69 años de edad. Ama de casa, 79 kg y 162 cm. Sin antecedentes familiares de interés. Antecedentes personales: anemias ferropénicas, pólipos colónicos, dispepsia no ulcerosa, hipertensión e hiperlipemia, artrosis ligera, osteoporosis, obesidad. Intolerancias farmacológicas: sulfametoxazol, gabapentina, raloxifeno y buprenorfina.

En septiembre de 2001 la paciente debuta con cuadro de ansiedad intensa, inhibición motora, llanto fácil, ideas confusas de autolisis, labilidad emocional, tristeza profunda, con desencadenante cercano posible en motivos familiares (los hijos no encuentran trabajo), se detecta una pérdida importante de la autoestima, insomnio, fatiga intensa,

dificultad para concentrarse y presencia de dolor poliarticular persistente y a veces errático.

Tras el diagnóstico de un trastorno del estado de ánimo (test de Hamilton -17 = 36), se inicia tratamiento con fluoxetina 20 mg/día, y alprazolam 1,5 mg/día, realizándose un seguimiento y control periódicos.

Tras unos meses de tratamiento, y a pesar de que la paciente presenta una mejoría inicial, se mantienen los síntomas de tristeza e inhibición motora para sus labores habituales, dolores crónicos y alteraciones importantes del sueño, síntomas que no responden adecuadamente a la adicción al tratamiento de hipnóticos, analgésicos, AINE y miorelajantes, y que aunque mejoran algo la sintomatología no consiguen corregirla. No es óbice que a pesar de la dificultad siga llevando su actividad diaria como ama de casa.

Tras un año de tratamiento y dado el estancamiento en la mejoría que el paciente presenta, se deriva a Salud Mental, que confirma el diagnóstico de depresión y mantiene la medicación indicada, sugiriendo sea revisada por Traumatología y Neurología por la presencia persistente de dolores difusos, calambres, parestesias y falta de fuerza en extremidades superiores.

La revisión de ambas especialidades descarta patología importante, salvo la presencia de una osteoporosis y una artrosis ligera se indican suplementos de calcio y vitamina D, mantenimiento de AINE y analgésicos y miorelajantes.

En octubre de 2004 se pasa a fluoxetina 90 mg/semana y se introduce la utilización de gabapentina, en dosis progresivas hasta alcanzar los 1.200 mg/día, medicamento que se debe retirar a los dos meses dada la intensa presencia de efectos secundarios que la paciente presenta, incluyendo un fuerte aumento de la inhibición motora, sin que se haya producido una mejoría notable en su patología dolorosa.

En noviembre de 2005 la paciente presenta una intensificación de los cuadros dolorosos y muscular, con trismo

Correspondencia: F. Candil del Olmo.  
Centro de Salud Amante Laffón.  
Plaza de San Martín de Porres, 19.  
41010 Sevilla.  
Correo electrónico: paco\_candil@terra.es

mandibular, aumento de impotencia motora en los miembros superiores (comenta que le resulta dificultoso sobremanera el levantar peso, peinarse y mantener la tensión muscular), alteración en el descanso nocturno con un despertar precoz e incapacidad para mantener un sueño continuado, reanudándose la toma de ansiolíticos y de hipnóticos que habían sido suspendidos anteriormente de mutuo acuerdo con la paciente.

A mitad del mes de mayo de 2005, ante la reacentuación de los síntomas depresivos, se realiza el cambio de fluoxetina a duloxetina 60 mg/día, tras realizar tres días de limpieza farmacológica.

Previamente a este cambio se realiza un estudio que comprende el test de Hamilton para la depresión, con una puntuación de 23; test de Hamilton para la Ansiedad, con una puntuación de 32, y se valora mediante una escala visual del dolor (de 1 a 10) con una puntuación de 8.

Tres semanas más tarde, y en una consulta en la que la paciente acompaña al marido por un cuadro catarral y antes de que el mismo comente nada, la paciente comienza a hablar con gran rapidez y alegría, habiendo desaparecido la tristeza y presentando un cuadro de euforia. Refiere que le habían desaparecido todos los dolores que de forma persistente le han acompañado en los últimos años, es capaz de realizar todas las tareas domésticas sin esfuerzo, y puede levantar los brazos (realizando de forma reiterada un movimiento, de molinillo con ambos brazos) sin dolor ninguno y sobre todo puede peinarse, coser y bordar. Las alteraciones de sueño han desaparecido, descansa siete horas sin pesadillas y sin despertares precoces (me comenta que desde hace una semana ya no toma ansiolíticos). Existiendo evidentemente un cambio radical en la calidad de vida con una sorprendente disminución marcada en tres semanas de los síntomas somáticos que la han acompañado en los cuatro últimos años.

Una reevaluación de las pruebas realizadas antes del tratamiento da como resultado que la impresión clínica global sobre la gravedad del cuadro ha mejorado de forma muy importante, así como la impresión global del paciente sobre la sintomatología, el test de Hamilton para la depresión es en ese momento de 4 y el test de Hamilton para la ansiedad también de 4. Al realizar la valoración del dolor utilizando una escala visual de 1 a 10 la puntuación es de 2.

Como efectos secundarios, a los que ella misma no les da importancia, tan sólo destaca la presencia de estreñimiento que se ha corregido con lactitol (dos sobres en la cena).

Desde entonces la mejoría sigue siendo estable, habiendo prácticamente desaparecido todos los síntomas depresivos y somáticos y mejorando de forma radical la calidad de vida de la paciente. Se mantiene en la actualidad la misma medicación.

## DISCUSIÓN

Debemos por tanto considerar que la duloxetina, en este caso, no sólo mantuvo y mejoró la desaparición de los síntomas depresivos con una eficacia superior a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) usados con anterioridad, sino que provocó un cambio radical en los síntomas melancólicos, una mejoría franca y efectiva en la presencia del dolor crónico y en la existencia de la impotencia funcional que presentaba, con una escasa incidencia de efectos adversos (estreñimiento), quizás debido a la previa utilización de otros antidepresivos.

De acuerdo a la literatura revisada y a este caso presentado, y aunque son precisos estudios más amplios y de mayor duración, la duloxetina se está convirtiendo en un fármaco básico en la farmacopea actual, debiendo por tanto valorarse como de primera elección en aquellos casos de pacientes con síntomas depresivos y dolor crónico persistente.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Bailey RK, Mallinckrodt CH, Wohlreich MM, Watkin JG, Plewes JM. Duloxetine in the treatment of major depressive disorder: comparisons of safety and efficacy. *J Natl Med Assoc.* 2006;98(3):437-47.
- Barkin RL, Barkin S. The role of venlafaxine and duloxetine in the treatment of depression with decremental changes in somatic symptoms of pain, chronic pain, and the pharmacokinetics and clinical considerations of duloxetine pharmacotherapy. *Am J Ther.* 2005;12(5):431-8.
- Bauer M, Moller HJ, Schneider E. Duloxetine: a new selective and dual-acting antidepressant. *Expert Opin Pharmacother.* 2006;7(4):421-7.
- Iyengar S, Webster AA, Hemrick-Luecke SK, Xu JY, Simmons RM. Efficacy of duloxetine, a potent and balanced serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor in persistent pain models in rats. *J Pharmacol Exp Ther.* 2004;311(2): 576-84.
- Jones CK, Peters SC, Shannon HE. Efficacy of duloxetine, a potent and balanced serotonergic and noradrenergic reuptake inhibitor, in inflammatory and acute pain models in rodents. *J Pharmacol Exp Ther.* 2005;312(2):726-32.
- Jones CK, Peters SC, Shannon HE. Synergistic interactions between the dual serotonergic, noradrenergic reuptake inhibitor duloxetine and the non-steroidal anti-inflammatory drug ibuprofen in inflammatory pain in rodents. *Eur J Pain.* 2006; [pendiente de publicación].
- Maizels M, McCarberg B. Antidepressants and antiepileptic drugs for chronic non-cancer pain. *Am Fam Physician.* 2005;71(3):483-90.
- Mallinckrodt CH, Goldstein DJ, Detke MJ, Lu Y, Watkin JG, Tran PV. Duloxetine: A New Treatment for the Emotional and Physical Symptoms of Depression. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2003; 5(1):19-28.
- Mallinckrodt CH, Watkin JG, Liu C, Wohlreich MM, Raskin J. Duloxetine in the treatment of Major Depressive Disorder: a comparison of efficacy in patients with and without melancholic features. *BMC Psychiatry.* 2005;5(1):1.
- Masand PS, Mago R. Duloxetine for pain symptoms in patients with major depressive disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2005;7(3):203-5.
- McIntyre RS, Konarski JZ. Duloxetine: pharmacoeconomic implications of an antidepressant that alleviates painful physical symptoms. *Expert Opin Pharmacother.* 2005;6(5):707-13.
- Westanmo AD, Gayken J, Haight R. Duloxetine: a balanced and selective norepinephrine- and serotonin-reuptake inhibitor. *Am J Health Syst Pharm.* 2005;62(23):2481-90.
- Wise TN, Arnold LM, Maletic V. Management of painful physical symptoms associated with depression and mood disorders. *CNS Spectr.* 2005;10(12) Suppl 19:1-13.