

CARTA AL DIRECTOR

Diagnosticando la depresión bipolar en atención primaria: claves para el reto diagnóstico



Diagnosing bipolar depression in primary care: Keys to the diagnostic challenge

Es en el ámbito de la atención primaria donde se inicia el mayor número de tratamientos con fármacos antidepresivos¹. La mayor parte de pacientes con trastorno bipolar (TB) padecen un episodio depresivo como primera manifestación de la enfermedad, y se ha observado que el tratamiento de un episodio depresivo utilizando únicamente fármacos antidepresivos (sin uso concomitante de estabilizadores del ánimo y/o antipsicóticos) empeora el pronóstico a largo plazo del TB (aumentando el número de cicladores rápidos y de episodios mixtos, futura resistencia a tratamientos y viraje a fase de manía)^{2,3}, por lo que resulta de gran importancia diagnosticar (o cuando menos sospechar) indicios de depresión bipolar (DB). El objeto de esta breve comunicación reside en recordar al facultativo de atención primaria cuáles son las claves para sospechar que un episodio depresivo posee características de bipolar, frente al diagnóstico de trastorno depresivo mayor unipolar. Ante dicha sospecha el paciente debe ser derivado a los servicios de salud mental, pues el tratamiento del TB, y especialmente el de las fases depresivas, es de indudable complejidad clínica.

El retraso psicomotor es un síntoma nuclear de la depresión, y tiende a ser llamativamente más intenso en las DB. Características atípicas de la depresión, como hipersomnia, hiperfagia, ganancia de peso, intenso rechazo a las relaciones interpersonales y síntomas catatoniformes y melancólicos son más frecuentes también en las DB. Los síntomas psicóticos, agitación psicomotriz, irritabilidad y ansiedad intensa son considerados también característicos de la DB, aunque evidentemente también aparecen en las depresiones unipolares^{3,4}. Cuando se observan varias características de las anteriormente citadas a la vez, es posible sospechar de la DB, lo cual será especialmente cierto en presencia de antecedentes familiares de TB.

Berk et al. desarrollaron un instrumento para evaluar la DB, la Bipolar Depression Rating Scale (BDRS)⁵, que posteriormente Galvão et al. utilizaron como método para intentar una aproximación probabilística al diagnóstico de

presunción de DB⁴. Este grupo encontró además, en una muestra de 104 pacientes, que un trastorno comórbido por uso de sustancias era más frecuente en los pacientes bipolares (17 sujetos frente a 13). De las 3 subescalas de la BDRS, los pacientes con DB puntuaban más alto en la escala psicológica y en la escala mixta, incluyendo esta última parámetros como labilidad emocional, inquietud psicomotriz, habla acelerada, agitación y síntomas psicóticos, todos ellos característicos de los episodios de manía, pero que también aparecen en los episodios mixtos del TB^{4,5}.

Obviamente la cuestión clínica es más compleja, si bien se puede simplificar mediante la identificación de la existencia de un episodio previo de manía (fácilmente constatable) o de hipomanía (mucho más difícil y subjetivo en la práctica clínica cotidiana), pero recordemos nuevamente que la mayoría de pacientes bipolares comienzan con un episodio depresivo, y tratar este episodio únicamente con antidepresivos ensombrece el pronóstico.

Un abordaje más profundo del tema excede las pretensiones de esta carta, cuyo objetivo principal es recordar que no todo episodio depresivo es «una depresión sin más» y que conviene abordar el reto del diagnóstico diferencial con la DB.

Por otra parte, y a modo de conclusión, comentaremos que las diferencias clínicas se han visto refrendadas en los estudios de neuroimagen funcional, como un córtex prefrontal dorsolateral más delgado en sujetos con DB, así como diferencias en el volumen y la estructura de la sustancia blanca y la sustancia gris⁶.

Bibliografía

1. Driot D, Bismuth M, Maurel A, Soulie-Albouy J, Birebent J, Oustric S, et al. Management of first depression or generalized anxiety disorder episode in adults in primary care: A systematic metareview. *Presse Med.* 2017;46:1124–38.
2. Vieta E, Berk M, Schulze TG, Carvalho AF, Suppes T, Calabrese JR, et al. Bipolar disorders. *Nat Rev Dis Primers.* 2018;4:18008.
3. Forty L, Smith D, Jones L, Jones I, Caesar S, Cooper C, et al. Clinical differences between bipolar and unipolar depression. *Br J Psychiatry.* 2008;192:388–9.
4. Galvão F, Sportiche S, Lambert J, Amiez M, Musa C, Nieto I, et al. Clinical differences between unipolar and bipolar depression: interest of BDRS (Bipolar Depression Rating Scale). *Compr Psychiatry.* 2013;54:605–10.

5. Bipolar Depression Rating Scale (BDRS). [consultado 10 Abr 2018]
Disponible en: <http://www.barwonhealth.org.au/bdrs>
6. Han KM, de Berardis D, Fornaro M, Kim YK. Differentiating between bipolar and unipolar depression in functional and structural MRI studies. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2018, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.03.022>, pii: S0278-5846(18)30051-4.

O.W. Muquebil Ali Al Shaban Rodríguez^{a,*},
M.A. Fernández Menéndez^b, A. Azanza Balmori^a
y L. Tuñón Gorgojo^c

^a *Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario San Agustín, Avilés, Asturias, España*

^b *Universidad Nacional de Educación a Distancia, Gijón, Asturias, España*

^c *Centro de Salud Mental de Mieres, Mieres, Asturias, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: muquebilrodriguez@gmail.com
(O.W. Muquebil Ali Al Shaban Rodríguez).