

DISTIMIA EN PACIENTES EN DIALISIS

(Estudio de un caso)

RESUMEN

El presente trabajo aborda la problemática de uno de los desórdenes afectivos de mayor interés en las últimas dos décadas tanto para clínicos como para investigadores.

Se tomó como material de análisis un caso clínico en el que son claros tanto la sintomatología actual, como también la historia y los antecedentes, además de comorbilidad con otras patologías que a la hora de sistematizar descripción general, frecuencia, etiopatogenia, diagnóstico, detección y cuadros concomitantes revisten singular importancia.

Se aporta también puntualizaciones acerca de métodos complementarios de diagnóstico (su utilidad y alcances) y sobre la particularidad, de las distimias en pacientes dializados.

Palabras clave: Distimia - Diálisis.

SUMMARY

The present work approaches the issue of one of the two affective disorders of greatest interest in the last two decades not only for clinicians but for investigators as well.

To illustrate the previous issue we present a case vignette in which the current symptomatology, background, and comorbidity are clearly understood systematizing general description, frequency, etiopathology, diagnosis, detection and comorbid medical diseases are essential.

We appoint precise information about diagnosis complementary theses and features about dysthymia in patients on dialysis.

Key words: Dysthymia - Dialysis.

Dr. Jorge Richardson⁽¹⁾ - Dr. Horacio R. López⁽²⁾
Departamento de Medicina Interna -
Servicio de Psiquiatría. Hospital Privado.

CASO CLINICO

Paciente de sexo femenino de 29 años de edad, con graduación universitaria (fisioterapeuta), sin actividad laboral, que consulta por sentimiento de tristeza, falta de energía, importante disminución del apetito e insomnio. También motivan su consulta episodios de irritabilidad, ansiedad y sensación de inquietud interna que se vienen sucediendo desde comienzos del año 1996. Al momento de la consulta estábamos en el mes de marzo de 1996.

Sobre los antecedentes de esta sintomatología (desde cuando, forma de aparición, circunstancias, recorrido) pudo señalar que su estado de tristeza viene desde hace muchísimo tiempo, que seguramente comenzó cuando inició hemodiálisis (año 1982) o en los primeros años de este procedimiento: "nunca me acostumbré del todo". Dice que sintió mejoría en su calidad de vida cuando recibió trasplante renal (1984) pero que desde hace dos años, época en la que comienzan a acentuarse los problemas con su riñón trasplantado (año 1994 aproximadamente) su carácter se tornó más irritable, se dificultó su convivencia en el ámbito familiar, además de sentirse triste y apenada durante casi todo el día. Por otra parte, desde agosto de 1995 aparecen sentimientos de desesperanza, con francas ideas de ruina que se suman a la falta de energía, tristeza y -nos precisa mejor- la baja autoestima que cree que ha sido una constante a lo largo de su vida.

Entre sus antecedentes personales se destacan: nacimiento con parto normal y un peso al nacer de 3,040 kg y parietales separados. A los 6 meses de vida sufre un infarto intestinal-mesentérico (colon izquierdo). Esto ocasiona convulsiones generalizadas, anuria y comienzo de diálisis aguda con diagnóstico probable de síndrome urémico hemolítico recuperando parcialmente la función renal. A los 7

1 Jefe del Servicio de psiquiatría. Hospital Privado.

2 Médico psiquiatra del servicio de psiquiatría. Hospital Privado.

meses de edad repite las convulsiones tónico-clónicas. Al año y 4 meses sufre fractura de clavícula izquierda. A los 5 años se diagnostica disritmia cerebral y un año más tarde sufre una hepatitis viral, repite las convulsiones y presenta una crisis hipertensiva con edema de papila bilateral. A los 12 años de vida consulta al Servicio de Psiquiatría ante niveles importantes de ansiedad y actitudes hostiles. Como dato relevante el informe realizado en esa oportunidad expresa presencia de inseguridad, ambivalencia y tendencia a la dependencia. A los 14 años sufre la pérdida de la función renal y comienza tratamiento con hemodiálisis. Tres años más tarde ante una consulta a psiquiatría expresa depresión y dificultades para aceptar el tratamiento dialítico. Un año más tarde recibe un trasplante renal con donante cadavérico el cual funciona hasta los 29 años de edad en que debe recomenzar hemodiálisis debido a rechazo crónico del injerto. Entre otros trastornos presentó bocio, cataratas secundarias a corticoterapia, osteoporosis, gastritis, colestasis hepática. Consulta nuevamente a psiquiatra con síntomas y signos claramente depresivos y es tratada con moclobemida 150 a 300 mg/día en forma irregular.

Análisis del material clínico

Teniendo en cuenta el tipo y las características de la sintomatología expresada al momento de la consulta, considerando los antecedentes y haciendo incapié en el recorrido y evolución de ésta, podemos señalar que estamos ante la presencia de un trastorno del estado de ánimo (muy importantes en las referencias sobre el sentimiento de tristeza, la falta de energía, la habitual autoestima baja) de curso crónico, de bajo grado o de baja espectacularidad de la sintomatología, que lleva paulatinamente a niveles de deterioro (incapacitante). Este cuadro ha sido desde 1980 bastante bien definido y en la actualidad dos de los sistemas de clasificación utilizados en Psiquiatría, ya sea el DSM IV de la American Psychiatric Association o el CIE - 10 de la OMS lo definen con la categoría de **Distimia**, inclusive logrando compatibilidad y congruencia entre sí. (1)

Descripción general de la Distimia

Definida como un trastorno depresivo del estado de ánimo, suele comenzar antes de los 25 años (es posible que comience en la infancia o inicios de la adolescencia), pero también puede hacerlo en la edad adulta. Puede seguir un curso prolongado, con sintomatología leve, pero capaz de provocar problemas sociales y aumentar el riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos concomitantes.

Esta levedad tiene que ver con el hecho de la dificultad para establecer límites entre el cuadro clínico en sí y el comportamiento habitual del paciente. El diagnóstico se basa más bien en las referencias del paciente y es fundamental la calidad de la entrevista clínica y la profundidad y alcances de la anamnesis.

En la infancia y adolescencia tiene la misma frecuencia en ambos sexos, en los adultos las mujeres tienen una probabilidad 2-3 veces mayor que los hombres. Para el DSM IV conviene distinguir entre los distímicos de inicio precoz (menos de 21 años) y de inicio tardío (más de 21 años). El riesgo de padecer distimia es importante entre quienes tienen familiares de primer grado con antecedentes de depresión. Su mayor prevalencia parece estar entre los adultos jóvenes. (18-24 años).

Frecuencia

En la actualidad los trastornos del estado de ánimo, distimia incluida, se consideran problemas de base común. Los datos aportados por el Area de Captación Epidemiológica (Epidemiologic Catchment Area, USA, 1985) del Instituto Nacional de Salud Mental de los EE.UU. (National Institute for Mental Health, NIMH) indicaban una tasa de prevalencia durante toda la vida del 3,1 % para la distimia en personas mayores de 18 años. (3)

Es habitual que la distimia no se detecte en virtud de dos razones:

- 1) Los distímicos presentan frecuentemente síntomas somáticos que desvían la atención del médico.

2) Los distímicos suelen presentar otros trastornos psiquiátricos superpuestos a la distimia (prevalencia de la distimia entre los pacientes psiquiátricos ambulatorios se estima entre 10-20 %).

ETIOPATOGENIA:

Existen múltiples factores interactuantes. Los factores genéticos pueden desempeñar un papel importante especialmente en la distimia de inicio precoz, en la cronicidad del trastorno y en los perjuicios sobre el desarrollo personal, Klein y col. (4) compararon distímicos con episodio depresivo mayor, resultando que los de inicio temprano tenían un 49 % de pacientes de primer grado con trastornos afectivos a diferencia del 29 % del grupo con episodio depresivo mayor, resultando que los de inicio temprano tenían un 49 % de pacientes de primer grado con trastornos afectivos a diferencia del 29 % del grupo con episodio depresivo mayor. El mismo autor en otro estudio (4) demostró que los de inicio temprano tienen significativamente más agregación familiar, más recaídas y peor pronóstico.

Los antecedentes familiares de trastornos anímicos entre familiares de primer grado, especialmente si el paciente es aún relativamente joven, deberían hacerlo sospechar la existencia subyacente de distimia.

Los factores biológicos considerados con firmeza tienen que ver con:

a) La polisomnigrafía ha permitido demostrar un acortamiento de la latencia REM y alteraciones del ritmo circadiano del dormir. (5)

b) La presencia de anomalías en el eje tiroideo TRH - TSH de características similares a las encontradas en las depresiones mayores (5)

c) A diferencia de lo apuntado en años anteriores (Akiskal, 1994 (6) se tiende a desestimar el valor del test de la supresión de la dexametasona como indicador significativo para el diagnóstico.

Actualmente existen dos recursos útiles para el diagnóstico como el mapeo cerebral psiquiátrico y el aminograma urinario (6) El primero puede mostrar registros de exceso de ondas alfa bilaterales

y en los seguimientos posteriores (una vez iniciado el tratamiento psicofarmacológico) evidenciar normalización de los registros. De todas maneras la inespecificidad es importante. En el aminograma las características generales presentan niveles por debajo de los valores normales promedio, en especial la feniletilamina, ac. fenilacético, MHPG y serotonina que pueden complementarse con:

a) presencia de un exceso de catecolaminas periférica, en especial noradrenalina y adrenalina, interpretado por algunos autores como compensación hemodinámica y que clínicamente se expresa por tensión, ansiedad y agresividad, o bien,

b) casos que cursan depresiones de las catecolaminas.

La clave (a modo de forzada síntesis) estaría en la hiperactividad de la mono-amino-oxidasa (MAO) con predominio de la tipo A que actúa predominantemente sobre la serotonina y NA. (7)

Desde 1993 se sabe que los hijos de padres alcohólicos presentan índices de distimia mucho más elevados que sujetos equiparables en cuanto a la edad y sexo que manifestaban no tener padres alcohólicos (ECA, NIHM, USA, 1993) 3-8

La distimia tiene un riesgo aumentado ante la presencia de un trastorno de la personalidad y no se justifica la exclusión de encontrarse presente éste.

Los acontecimientos traumáticos aportan riesgo por el desarrollo de distimia. Pérdidas significativas, implicadas fundamentalmente en la distimia de inicio precoz o acontecimientos traumáticos que dañan la integridad física, pueden contribuir a un inicio insidioso de la distimia.

Detección y diagnóstico

Es más fácil sospechar su presencia cuando se conocen los trastornos psiquiátricos asociados (comorbilidad) y los pacientes más propensos a padecer la distimia. (3)

Criterios de diagnósticos: Líneas generales: cronicidad; "bajo perfil" y gravedad (deterioro

en el área social)

Criterios de inclusión: Durante los períodos depresivos, el paciente debe presentar al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Poco apetito o voracidad.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Pérdida de energía o fatiga.
4. Disminución de la autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

Cuadros concomitantes

La depresión mayor es el cuadro que más a menudo la acompaña (tal es el caso de la paciente presentada en este artículo). Cuando un episodio depresivo mayor se superpone a la distimia hablamos de "depresión doble". Los distímicos padecen con frecuencia síntomas de ansiedad. Las crisis de angustia (ataques de pánico) constituyen el segundo cuadro comórbido más frecuente.

El consumo de alcohol entre los distímicos es elevado, con particularidad entre los adolescentes. En los últimos años esto se ha extendido al consumo de drogas legales e ilegales (distimia + abuso de sustancias = suicidio). En niños y adolescentes las manifestaciones de la distimia pasan por un estado de ánimo irritable y trastornos de conducta. En la persona mayor lo más relevante suele ser la falta de apetito, el insomnio y el desinterés.

Asociación entre diálisis y distimia

Existen estudios en la última década, que permiten señalar distintos factores interactuantes en la problemática psicosocial del paciente dializado y/o candidato a trasplante. (9) Al respecto conviene puntualizar: presencia de sintomatología afectiva diversa, disfunciones sexuales, ansiedad.

Pautas generales del tratamiento

Psicofarmacoterapia

Pueden utilizarse antidepresivos tricíclicos, IMAO (clásicos) o de los más actuales: IMAO reversibles e inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina. No existen estudios que avalen posicionar unos u otros en lugares preferenciales en relación a su eficacia, pero sí los dos últimos aportan menor incidencia de efectos adversos, de efectos colaterales y un mejor margen de seguridad.

Psicoterapia

- a) Terapia conductual
- b) Psicoterapia de insight dirigido.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association; Diagnostic Criteria from DSM-IV.
2. OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).
3. "Dysthymia"; Dysthymia Educational Program for Psychiatrica. WPA.
4. Klein DN, Clark DC, Dansky L, et al: Dysthymia in the offspring of parents with primary unipolar affective disorder. *J. Abnormal Psychol.* 1988; 97:265-74.
5. Klein DN, and Miller GA: Depressive personality. *Am J. Psych.* 150:11, 1993.
6. Fernández Labriola, R. y Kalina, E.: Veinte años de experiencia en estudios biológicos. Congreso Mundial de Río de Janeiro, WPA 1993.
7. Leonard, B.E.: The comparative pharmacology of new antidepressants. *J. Clin Psych.,* 1993, 54-11, suppl. 6-13.
8. Goldberg et al: Epidemiological observations on the concept of dysthymic disorder: Dysthymic Disorder. Royal College of Psychiatrists Gaskell 1990. Chapter 9: 104 (8)
9. Levy, NB; Psychological aspects of renal transplantation. *Psychosomatics;* 1994 Sept.-Oct. 35 (5), p. 427-33.