

Revista de la Facultad de Medicina

Volumen
Volume **48**

Número
Number **4**

Julio-Agosto
July-August **2005**

Artículo:

La llamada “depresión mayor” en el curso de cáncer diseminado

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Facultad de Medicina, UNAM

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***

Artículo original

La llamada “depresión mayor” en el curso de cáncer diseminado

Leszek Tomasz Ros¹¹ Hospital Clínico Central de la Academia Militar de Medicina, Clínica de Neurocirugía, Varsovia, Polonia. Bajo la dirección de Jan Krzysztof Podgórski. Director de la Clínica

Resumen

Muchos autores demuestran con ejemplos de sus propios pacientes que la sertralina es una medicación muy eficaz y bien tolerada en el tratamiento de la “depresión mayor” en el curso de las enfermedades de cáncer con metástasis. Presentamos el caso de una entrenadora de gimnasia.

Palabras clave: *Sertralina, “depresión mayor”, cáncer con metástasis numerosas.*

Summary

Many authors prove through examples of their patients that Sertraline is a most efficient drug well accepted in the treatment of the “major depression” on cancer patients with multiple metastases. We present the case of a trainer of gymnastics.

Key words: *Sertraline, “major depression”, cancer with multiple metastases.*

Introducción

La sertralina es un antidepresivo excepcionalmente seguro en el tratamiento de los enfermos con enfermedades somáticas graves. Es un inhibidor selectivo de la recaptación central reversible de serotonina. Incrementa la transmisión serotoninérgica y gracias a ello su acción es antidepresiva. El tiempo de vida media biológica (alrededor de 26 horas) permite su administración, en una dosis diaria; es mejor tolerada que los antidepresivos tricíclicos. La acción colinolítica de la sertralina es mínima. Prácticamente no afecta en ningún modo el aparato circulatorio. Estas premisas permiten tratar con la sertralina a los enfermos con enfermedades somáticas serias. Muchos autores aplicaron el preparado en el tratamiento de la depresión mayor en el periodo entre 5 hasta 30 días a partir de la llegada al hospital de pacientes con infarto del miocardio severo. Durante el tratamiento no se han observado cambios importantes en cuanto a la frecuencia del ritmo cardiaco, presión arterial, conductibilidad cardiaca o fracción expulsi-

va del ventrículo izquierdo. No se han observado alteraciones en cuanto al sistema de coagulación. Otros autores debido a la seguridad del fármaco lo han utilizado en pacientes de 70 años y mayores que padecían depresión mayor; estos pacientes a pesar de su estado somático relacionado con su edad han tolerado el preparado muy bien. Asimismo, se ha demostrado que la sertralina es un fármaco aparentemente más seguro y de mejor tolerabilidad y produce mucho menos efectos indeseados que la amitriptilina y la imipramina.³⁻⁶ Otros autores han demostrado sobre la base de un grupo numeroso de enfermos que la sertralina es un fármaco mucho más seguro y de mejor tolerabilidad que la fluoxetina y que puede asociarse el litio. No se ha observado ninguna reacción indeseada importante.

Estudio del caso

La paciente P. J. de 77 años de edad nunca ha tenido tratamiento psiquiátrico.

En su juventud terminó estudios para entrenadores deportivos. Se especializó en el atletismo. Casi toda la vida trabajó paciente como entrenadora en clubes de gimnasia deportiva y artística pero siempre entrenó exclusivamente mujeres. Por la enfermedad “depresión mayor” P. J. ha dejado su actividad. Es más, cualquier recuerdo o conciencia de que ya no va volver a trabajar aumentan en forma drástica todos los síntomas de la depresión.

La paciente nació de un embarazo y parto normales. El ambiente familiar en su casa fue muy cordial, lleno de calor y amor. Los padres (muertos hace muchos años) fueron gente buena, noble, trabajadora y llena de sentimientos. La paciente fue hija única. No hubo enfermedades psíquicas en la familia. En la escuela primaria la paciente fue una alumna mediocre. Su formación terminó en este nivel educativo ya que en los años siguientes cuidaba de sus padres que padecían enfermedades graves (el padre —cáncer esparcido, la madre— congestiones cerebrales numerosas). Tuvo un matrimonio satisfactorio. Tiene tres hijos mayores de edad, todos son hombres honestos, totalmente independientes. En el interrogatorio no hay informaciones sobre lesiones de cabeza. Tampoco se observan en el interrogatorio casos de pérdida del

conocimiento. Las más serias enfermedades físicas que padece la paciente son las siguientes:

- Hipertensión controlada farmacológicamente;
- Estenosis coronaria crónica;
- Obesidad;
- Diabetes tratada con dieta;
- Várices de las piernas;
- Resección de la vesícula biliar debido a un absceso.

No obstante, lo que más afecta a la paciente es un cáncer de la glándula tiroides con metástasis numerosas a los ganglios linfáticos cercanos, al colon, al hígado, pulmones y ovarios. Tomando en cuenta el estado somático grave de la paciente, no se consideraron ni quimioterapia ni radioterapia. Se aplicó solamente un tratamiento sintomático. Las tensiones excesivas debidas al cáncer produjeron una depresión mayor (ya había pasado en la anterioridad tres fases de la depresión mayor, sin embargo, aquéllas tuvieron cursos débiles y no se sometieron a ningún tratamiento).

Al principio de la terapia de la cuarta fase de la depresión mayor, la relación médico-paciente fue buena. El estado de ánimo decaído con ansiedad muy fuerte no motivada; frecuentes pensamientos obsesivos acerca del cáncer, sentimiento de la insensatez de la vida y desesperación. La paciente a menudo llorosa, se quejaba con frecuencia de sus síntomas somáticos, náusea intensificada, falta de hambre. Durante los últimos tres meses la paciente perdió 20 kg de peso. Sentimiento muy fuerte de inquietud interna e irritación. Insomnio, consistiendo en que despierta a la madrugada y no puede dormir de nuevo. Se emociona muy profundamente por pequeñas querellas familiares de muy poca importancia. Ve su futuro en colores negros así como el futuro de su familia. Sentimiento de una debilidad física extrema, muy fácilmente sufre por causas tanto físicas como psíquicas. Debilidad de la memoria reciente y de la concentración. Se siente digna de desprecio y de condenación y declara ser pecadora. Niega otras manías de carácter depresivo. Periódicamente se ve excitada en el sentido psicomotriz a causa de la ansiedad e inquietudes. Pensamientos pasajeros de suicidio —está pensando en dichos momentos sobre cometer el suicidio o matar al hijo menor para que no sufra después de la muerte de su madre— el suicidio ampliado. Seguramente dominará estos pensamientos ya que es muy creyente y devota. Por las mañanas su estado es el peor, mejora insignificadamente durante el día para llegar a ser mejor por la noche.

El detallado examen psiquiátrico revela una fase típica de la depresión endógena. El diagnóstico ha sido confirmado mediante la escala de Hamilton, la de Montgomery-Asberg y el Inventario de Autoestimación de Beck, así como con la escala ICD-10 y la escala DSM III y la DSM IV.

El detallado examen psiquiátrico, tanto como el examen mediante la escala ICD-10 muestran una depresión grave

(de criterios de la intensidad de la depresión sirvieron depresiones leves, moderadas y severas).

Exámenes suplementarios:

- Análisis sanguíneo de laboratorio (índices de cáncer muy altos, la VSG (velocidad de sedimentación globular) de tres cifras, isquemia debido a cáncer, niveles extremadamente altos de bilirrubina y transaminasas de hígado);
- Análisis de orina: proteinuria con abundantes leucos;
- Radiografía de tórax sombras redondas numerosas esparcidas en ambos pulmones (metástasis de cáncer);
- Electrocardiograma: isquemia amplia de la pared delantera y lateral;
- El registro del EEG: correcto;
- Examen del fondo del ojo: angiopatía de hipertensión de II grado;
- Examen neurológico sin síntomas focales o relativas a meninge;
- Biopsias numerosas con agujas finas, exámenes ultrasonográficos que confirmen el diagnóstico del cáncer diseminado;

Desde el principio del tratamiento la paciente recibía una dosis diaria de 50 mg por vía oral. Se ha logrado remisión total de la fase de la depresión endógena. Aunque en seguida apareció la depresión reactiva debido al estrés relativo con el cáncer; sin embargo, el curso de esta depresión fue mucho más leve que la fase descrita con anterioridad de la depresión endógena. Se continúa con la administración de sertralina en la misma dosis, logrando cierta disminución de los síntomas de la depresión reactiva.

Conclusión

Los síntomas de la enfermedad somática muy intensos, así como la edad avanzada de la paciente decidieron aplicar dosis pequeñas de la medicación, solamente 50 mg diariamente por vía oral. Esta decisión concuerda con los estudios de algunos de los autores,⁹ quienes consideran la dosis de 50 mg diariamente ser la óptima en el tratamiento de la depresión. Se cree inclusive que hubo una disminución significativa del ritmo del desarrollo del cáncer al pasar la depresión endógena a la fase reactiva. Además, el tratamiento disminuyó la sensibilidad a dolores; ello permitió reducir dosis de remedios anodinos, efecto muy favorable ya que la paciente recibía morfina y este remedio puede ser muy peligroso en el caso de la paciente con la enfermedad somática tan grave.

Referencias

1. Aguglia E, Casacchia M, Cassano GB. Double-blind study of the efficacy and safety of sertraline *versus* fluoxetine in major depression. *International Clinical Psychopharmacology* 1993; 8(3): 197-202.

2. Finkel SL, Richter EM, Clary CM. Comparative efficiency and safety of sertraline *versus* nortriptyline in major depression in patients 70 and older. *International Psychogeriatrics* 1999; 11(1): 85-99.
3. Keller MB, Gelenberg AJ, Hirschfeld RM. The treatment of chronic depression, part 2: a double-blind, randomized trial of sertraline and imipramine. *Journal of Clinical Psychiatry* 1998; 59(11): 598-607.
4. Keller MB, Harrison W, Fawcett JA. Treatment of chronic depression with sertraline or imipramine: preliminary blinded response rates and high rates of under treatment in the community. *Psychopharmacology Bulletin* 1995; 31(2): 205-12.
5. Kirli S, Caliskan M. A comparative study of sertraline *versus* imipramine in post psychotic depressive disorder of schizophrenia. *Schizophrenia Research* 1998; 33: 1-2.
6. Moller HJ, Gallinat J, Hegerl U. Double-blind, multicenter comparative study of sertraline and amitriptyline in hospitalized patients with major depression. *Pharmacopsychiatry* 1998; 31(6): 170-7.
7. Murdoch D, McTavish D. Sertraline. A review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties and therapeutic potential in depression and obsessive compulsive disorder. [Review] [72 refs]. *Drugs* 1992; 44(4): 604-24.
8. Olin TG. Lithium augmentation in sertraline —resistant depression: a preliminary dose— response study. *Psychiatria Scandinavica* 1993; 88(4): 300-1.
9. Preskorn SH, Lane RM. Sertraline 50 mg daily: the optimal dose in the treatment of depression. [Review] [55 refs]. *International Clinical Psychopharmacology* 1996; 10(3): 129-41.
10. Shapiro PA, Lesperance F, Frasare-Smith N. An open-label preliminary trial of sertraline for treatment of major depression after acute myocardial infarction.