# El cruce de vías entre enfermedad de parkinson y depresión

Fernández Rodríguez, E.; Ariño Serrano, C.

Servicio Psiquiatría, Hospital Xeral-Calde, Lugo

#### Introducción

La Enfermedad de Parkinson (E.P.) está considerada como una auténtica patología neuropsiquiátrica. Además de los síntomas motores, ocasiona múltiples alteraciones neuropsíquicas, entre las cuales la depresión es la más prevalente, se recogen cifras entre un 40 y 50% de los pacientes parkinsonianos que presentan depresión.

Se presenta el caso de un paciente con un cuadro depresivo grave en el contexto de la fase incipiente de la E.P.

## Descripción del caso clínico

Varón de 56 años de edad, residente en un pueblo del interior de Galicia, donde convive con su cónyuge y sus dos hijos. En la actualidad es autónomo, regenta una empresa de fontanería con su cuñado. Es el menor de tres hermanos. Escolarizado hasta los catorce años de edad. Comienza a trabajar inmediatamente tras finalización escolar. Su esposa e hijos dicen del paciente que siempre fue una persona introvertida, rígida y autoritaria, muy trabajador y responsable.

Se recibe una interconsulta del servicio de Cirugía General, 12 horas después haber intervenido al paciente de forma urgente, para valoración psiquiátrica por intento autolítico.

### Antecedentes personales somáticos

El paciente no presenta alergias medicamentosas conocidas. No refiere hábitos tóxicos ni otros antecedentes orgánicos de interés.

## Antecedentes personales psiquiátricos

El paciente no refiere antecedentes psiquiátricos personales.

#### Antecedentes familiares

Madre de 81 años, sana. **personales** Padre de 86 años. Deterioro cognitivo leve –moderado. "Paranoico de siempre". Hermana mediana, presenta un síndrome depresivo por lo que realiza tratamiento psicofarmacológico. Hermana mayor fallecida hace 1 año por patología oncológica.

### Enfermedad actual

Paciente intervenido quirúrgicamente con carácter urgente, por heridas incisas en región laterocervical derecha e izquierda por arma blanca, con intencionalidad autolítica.

La familia refería que desde hacía un año habían notado cambios en el paciente. Inicialmente irritabilidad, insomnio y cambios progresivos en el estado del ánimo. Posteriormente, el paciente comenzó con quejas amnésicas, "mala memoria" y los últimos dos meses, comentarios de preocupación constantes acerca de la situación económica de su empresa. Lo que finalmente alarmó a la familia fue que la última semana antes del ingreso el paciente dejó de acudir al trabajo, recluido en su domicilio, realizaba comentarios extraños en relación a la administración del negocio, echándose la culpa de la mala gestión y la situación ruinosa actual, verbalizando en alguna ocasión deseos de muerte.

Esa misma semana decidieron consultar a su médico de atención primaria que pauta tratamiento con Escitalopran 15 mg/día, después de cuatro días con el mismo, abandona tratamiento por aumento de la ansiedad basal "non podía con él aumentoume moitísimo os nervios".

El día del ingreso el paciente refiere gran angustia y preocupación "preocupado polo mal

Fernández, E. Caso Clínico

que iban as cousas, a enfermidade da miña irmá que a levou de golpe, ¿e por qué non a min?, e o mayores que están meus pais" "a crisis que caeu encima de nos e todas as facturas que fixen mal".

Esa mañana se fue solo en el coche a una finca de su propiedad, desde allí llamó a su cuñado "díxenlle que me iba matar, chameino para que souperan onde iba a morrer". Llevaba un cuchillo con el que se hizo los cortes en el cuello. Su cuñado llama al servicio de emergencias que lo traslada a nuestro hospital, donde es intervenido de forma urgente. Desde el servicio de cirugía general se solicita valoración a psiquiatría.

# Exploración psicopatológica

El paciente está consciente, orientado en las 3 esferas, mínimamente colaborador. No mantiene contacto visual. Voz hipofónica. Fascies hipomímica. No ansiedad evidente. Refiere fatigabilidad, tristeza y apatía. Clinofilia. Responde durante la entrevista, la mayoría de las veces con monosílabos. El lenguaje es coherente con su estado de ánimo. Se descartan alteraciones sensoperceptivas pero manifiesta ideas de desesperanza, ideación delirante de culpa e hipocondría "estamos así polo mal que o fixen, todas aquelas facturas que nos levaron a ruína" "ademáis está a enfermidade da miña irmá que eu tamén herdei, olvídome das cousas, cóstame moverme, eu tamén estou morrendo por dentro".

En esos momentos aunque mantenía deseos de muerte realizaba crítica del suicidio. Se sentía culpable y avergonzado por lo sucedido.

En los últimos meses nos cuenta insomnio con despertar precoz, disminución del apetito y adelgazamiento progresivo.

Llama la atención durante toda la entrevista un temblor fino de reposo en mano izquierda que según el paciente presenta desde hace más o menos un año. Se objetivó enlentecimiento psicomotriz de la marcha que ha empeorado este último mes, disminución del braceo y cierta rigidez en los cuatro miembros.

# Evolución intrahospitalaria

Decidimos ante la sospecha de una enfermedad neurodegenerativa, realizar interconsulta al servicio de neurología.

Se inicia tratamiento Quetiapina 50 mg/día y Lorazepam 2 mg/día.

Según la exploración neurológica; el paciente presenta un temblor esporádico de reposo en mano izquierda, disminución del braceo en MSI con inclinación de cabeza y cuerpo hacia delante y arrastre de pie izquierdo. Ligera hipomimia facial. Disminución del parpadeo. Sensibilidad y fuerza conservada. Ligera rigidez cervical, mínima rigidez en codo y muñeca derecha. No presenta caídas, ni incontinencia de esfínteres ni deterioro cognitivo. Funciones cerebrales normales. Es diagnosticado por el servicio de neurología de nuestro hospital de Enfermedad de Parkinson y se pauta tratamiento con: Rasagilina 1 mg/día y Pramipexol 0,18 mg/durante 7 días después iniciar 0,7 mg/día.

Tras 7 días de ingreso el paciente presenta mejoría de síntomas motores y disminuye la ideación delirante de ruina e hipocondría pero continúa triste y apático, refiere fatigabilidad y se muestra lloroso durante la entrevista, por lo que se decide iniciar tratamiento con un antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina y serotonina: se inicia tratamiento con Duloxetina 30 mg/día para aumentar a 60 mg/día cinco días más tarde.

Tras 14 días de hospitalización, el paciente niega ideación autolítica y deseos de muerte, ha mejorado los síntomas motores, el trastorno del sueño y apetito por lo que se decide alta hospitalaria.

Se deriva a la unidad de salud mental correspondiente y se cita en un mes en consultas externas de neurología para seguimiento.

# Juicio diagnóstico

Lesiones por autolisis

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

G20 Enfermedad de Parkinson

#### **Tratamiento**

Se recomienda tratamiento al alta con Duloxetina 60 mg/día, Lorazepam 2 mg/día, Quetiapina 50 mg/día, Rasagilina 1 mg/día y Pramipexol 0,7 mg/día.

#### Evolución

En la primera consulta de psiquiatría en la USM, el paciente realiza crítica del episodio "veía o futuro mal... moi convencido non debería estar cando chamei" Negaba deseos de muerte, dormía bien, no se objetiva ideación delirante de ruina tampoco de culpa ni hipocondría aunque continuaba parado, poco hablador, avergonzado por lo sucedido y a veces todavía lloraba en casa "teño medo a que o que pasou repercuta na empresa". Se decide aumento de tratamiento antidepresivo Duloxetina 120 mg/día, resto de tratamiento como venía realizando.

Un mes más tarde el paciente acude solo a la consulta, se muestra más hablador presenta mejoría del estado de ánimo, ha mejorado su apetito y duerme bien, está menos preocupado por su empresa. Se reduce pauta de Lorazepam a 1 mg/día, el resto de tratamiento se mantiene.

Tras un mes de tratamiento, en la exploración neurológica ha disminuido el temblor de MMSS, ha mejorado la expresión facial y la marcha. Se solicita RM craneal y se remite al servicio de Medicina Nuclear de referencia para realización de un DaTSCAN. Se valora la realización de estudio genético.

La RM evidencia discreta atrofia cortical. El resultado de DatSCAN muestra una menor captación del marcador en el núcleo estriado derecho, lo que confirmaría el hemiparkinsonismo izquierdo.

#### Discusión

La EP es una enfermedad neurodegenerativa que afecta a la sustancia negra cerebral. A causa de esta degeneración cerebral se produce una disfunción dopaminérgica estriatal que explica la mayoría de los síntomas motores. La degeneración de otros sistemas ascendentes (noradrenérgicos, serotoninérgicos y colinérgicos) y las lesiones en la corteza cerebral y columnas intermediolaterales medulares están especialmente implicadas en la aparición de estados depresivos y de deterioro cognitivo y en la disfunción vegetativa que ocurre en estos pacientes.

Según esto podemos concluir que los síntomas depresivos no sólo aparecen en la EP como reactivos a esta, sino que existen alteraciones bioquímicas y estructurales ligadas a la enfermedad que los producen. Existen dificultades a la hora de realizar el diagnóstico del trastorno depresivo en la EP ya que las escalas utilizadas no son específicas para pacientes con esta patología por lo que es sobrediagnosticado. El tratamiento farmacológico en pacientes con EP y depresión debe ser individualizado y no existen evidencias estadísticamente significativas al respecto. Es recomendable iniciar tratamiento con agonistas dopaminérgicos que pueden incluso mejorar los síntomas depresivos, en cuanto a los antidepresivos más mencionados encontramos los ISRS o ISRN.