

Policlínica "Alcides Pino Bermúdez". Holguín

Disfunción tiroidea en pacientes con episodios depresivos leves y moderados.
Holguín.

Thyroid Dysfunction in Patients with Moderate Depressive Episode. Holguín.

José Alejandro Valdevila Figueira¹, Claritza Rodríguez Santos², Mauro Ramón Cardet Escalona³, Reynaldo Ruffin Concepción⁴, Leanet Tamayo Cruz⁵.

1 Especialista de Primer Grado en Psiquiatría. Profesor Instructor. Hospital Lucia Iñiguez Landín. Holguín.

2 Especialista de Primer Grado en Pediatría. Profesor Asistente. Policlínica Alcides Pino Bermúdez. Holguín.

3 Especialista de Primer Grado en Higiene y Epidemiología. Profesor Instructor. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Holguín.

4 Especialista de Primer Grado en Higiene y Epidemiología. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Holguín

5 Residente de primer año de Medicina General Integral. Policlínica Pedro Díaz Coello. Holguín.

Responsable de Correspondencia

Dr. José Alejandro Valdevila Figueira. Avenida Cajigal 504 entre Fomento y Progreso. Holguín. Cuba. claritza@cristal.hlg.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio de serie de casos en sujetos con un episodio clínico de depresión ligera o moderada, diagnosticado según la Calificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y valores en la escala de Hamilton para la depresión (HAM-D) entre 18 y 24 puntos. Se trató de un estudio descriptivo donde se incluyeron 40 pacientes a los que se le determinaron concentraciones en sangre de hormona estimulante del tiroides (TSH), triyodotironina (T3) y tetrayotironina (T4). Este estudio permitió además identificar el evento vital que desencadenó el episodio depresivo, el tiempo de evolución y su relación con las hormonas tiroideas. Se concluyó que el 85% de los enfermos eran mujeres entre 30 y 49 años de edad, los conflictos de

parejas fueron la causa principal de los episodios depresivos y 22 casos mostraron algún tipo de disfunción tiroidea.

Palabras clave: episodio depresivo, tiroides, disfunción

ABSTRACT

A series of cases study in patients with moderate depressive clinical episodes was carried out. The patients were diagnosed according to the Disease International Classification and a value between 18 and 24 points in Hamilton's scale. The sample was constituted by 40 patients. TSH, T3 and T4 in blood concentration were determined. This study also allowed to identify the cause of depressive episodes, its evolution and its relation with thyroid hormones. In conclusion, 85% of the patients were women between 30 and 49 years old, couples conflicts were the main cause of the depressive episodes and 22 patients showed any kind of thyroid dysfunction.

Key words: depressive episode, thyroid, dysfunction.

INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno del humor. Los trastornos del estado de ánimo son un grupo de padecimientos caracterizados por una pérdida del sentido del control de sus emociones y una sensación subjetiva de gran malestar. A los pacientes que presentan un humor deprimido los caracteriza la tristeza, la pérdida de energía y la disminución de la autoestima. Entre la serie de síntomas asociados que pudieran presentarse se encuentran el cansancio o fatiga, sentimiento de inutilidad o de culpa excesiva y disminución de la capacidad de pensar o concentrarse. Según la severidad de la depresión puede ser clasificada en depresión leve, moderada o severa ^(1, 2,3).

Por otra parte, ha quedado demostrado el impacto de la disfunción tiroidea sobre los niveles de ansiedad y depresión. La adecuada función del eje hipotálamo-hipófisis-tiroides se traduce en la producción de hormonas tiroideas necesarias para mantener el funcionamiento normal de variados órganos y sistemas, entre ellos el sistema nervioso central ⁽⁴⁾.

A este nivel, el déficit de hormonas tiroideas produce síntomas como astenia psicomotora, somnolencia, depresión, dificultades en la concentración y pérdida de memoria, síntomas que también se presentan en determinados trastornos

psiquiátricos, de ahí la importancia de una evaluación tiroidea en todo paciente con síntomas anímicos ⁽⁵⁾.

Existen numerosos reportes que asocian patologías tiroideas con enfermedades neuropsiquiátricas. La principal asociación que se ha encontrado es entre el hipotiroidismo y la depresión ^(6,7)

El costo anual de la depresión en ocasiones supera al costo de las enfermedades coronarias y la diabetes mellitus; son superadas solamente por el cáncer y el sida ^(8, 9,10). Su costo indirecto en comparación con otras enfermedades mentales, la depresión y el alcoholismo, son las que poseen mayores cifras, superan a la esquizofrenia y al abuso de drogas. Además se encuentra estrechamente relacionados con otros problemas de salud como son: el suicidio, la violencia, el consumo de drogas entre otros, lo que confirma su impacto farmacológico, económico, epidemiológico y social, así como la calidad de vida de la población mundial.

Es altamente significativa la relación entre la depresión, la discapacidad y el mal funcionamiento del individuo en su entorno, independiente de su cultura o lugar de procedencia. Otro aspecto a destacar es la frecuente presentación de la depresión asociada a otras enfermedades, que lleva aparejado un incremento en la severidad de los síntomas, una disminución con respecto al tratamiento con repercusión en el incremento de la utilización de los servicios de salud, el decrecimiento de la productividad y el aumento de la carga social.

Nos proponemos contribuir al conocimiento de las depresiones y su relación con la disfunción tiroidea, así como describir el evento vital fallido que ocasionó el episodio depresivo, su tiempo de evolución y relación con las hormonas tiroidea; describir el comportamiento de las concentraciones TSH, T3 y T4 en la consulta inicial; evaluar la influencia de las concentraciones de hormonas tiroideas en la presencia de síntomas depresivos según la escala de Hamilton para la depresión.

METODO

El universo de estudio estuvo conformado por los 132 pacientes de ambos sexos que acudieron a consulta externa de las áreas de salud del municipio de Holguín en el período comprendido entre enero y junio de 2006 por presentar síntomas depresivos. Se consideró para el estudio una muestra de 40 pacientes con diagnóstico de episodio depresivo leve o moderado, de acuerdo con la clasificación

internacional de enfermedades mentales y del comportamiento (CIE-10) ^(11, 12,13), la cual considera para el diagnóstico clínico de este tipo de episodio los siguientes criterios:

1. Criterios principales: humor depresivo, pérdida del interés, del placer y reducción de la energía, lo cual conduce a un aumento de la fatigabilidad y a una disminución de la actividad.
2. Criterios secundarios: concentración y atención reducida, baja autoestima y falta de confianza en sí mismo, ideas de culpa y de no ser digno (incluso un episodio leve), ideas o actos autoagresivos o de suicidio, falta de apetito, perspectiva sombría del futuro, trastorno del sueño. Para determinar la severidad del episodio depresivo se tuvo en cuenta lo siguiente:

Criterios	Depresión Leve	Depresión Moderada	Depresión Severa
Criterios principales	Al menos 2 criterios	Al menos 2 criterios	Los 3 criterios
Criterios secundarios	Al menos 2 criterios	3 ó 4 criterios	Por lo menos 4 criterios
Severidad de los síntomas	No severos	Probablemente algunos severos	Todos severos
Duración del episodio	Al menos 2 semanas	Al menos 2 semanas	2 semanas o más

CEI-10

Criterios de inclusión: pacientes de ambos sexos entre 17 y 65 años, ambos inclusive, con valores en la escala de Hamilton⁽³⁾ para la depresión (HAM-D) entre 18 y 24 puntos, ambos inclusive, episodio depresivo actual de dos semanas o más de evolución. Además se tuvo en cuenta el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: presencia de otro trastorno psiquiátrico diagnosticado o referido que explicara la depresión, pacientes con depresión severa clasificada por la clínica, mujeres embarazadas o en período de lactancia. La escala heteroaplicada de 22 ítems de Hamilton ⁽³⁾ para la depresión (HAM-D) para lo cual se requirieron dos evaluadores que fueron previamente entrenados.

Las muestras se extrajeron en el laboratorio clínico de la Facultad de Ciencias Médicas de Holguín, por el técnico designado, requiriendo el siguiente protocolo: se realizaron entre las 7.00 y las 9.00 de la mañana, los pacientes estaban en ayunas,

sin fumar y sin medicación el día de la consulta inicial, se les extrajeron 15 ml de sangre adecuadamente para evitar hemólisis, las muestras se colocaron cada una en dos tubos plásticos de centrifuga de 10 ml, con 6 ml sin anticoagulante.

Las determinaciones bioquímicas fueron realizadas todas juntas por un mismo equipo y por un mismo evaluador en el laboratorio Central Hermanos Ameijeiras. Las concentraciones de TSH se determinaron por la técnica de radioinmunoensayo (RIA), mientras que la de T3 y T4 se determinaron por ensayos inmunoradiométricos (IRMA). Se consideraron normales los siguientes valores: TSH 0,8-3,8 ui/el, T3 0,8-2,4 nm/l, T4 75- 144 nm/l.

Evento vital: situación significativa valiosa o perjudicial que experimenta un individuo en su vida cotidiana laboral, de pareja, familiar y sin precisar.

Tiempo de evolución del episodio depresivo: se agruparon en cinco grupos teniendo en cuenta que los trastornos depresivos episódicos tienen en sus fases iniciales evoluciones en el tiempo a corto plazo, por lo que a partir del tercer grupo se amplió el margen. El procesamiento estadístico se realizó con la ayuda del Software Estadístico SPSS para Windows. Los resultados, calculados su porcentaje, se expresaron en cuadros y gráficos.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En lo referente al evento vital fallido que condicionó el episodio depresivo (tabla I) hubo predominio de los eventos de pareja con 16 casos (40%), seguido de los laborales y familiares con 10 pacientes (25%) cada uno.

Tabla I: Distribución de casos según evento vital fallido. Holguín, enero – junio 2006.

EVENTO VITAL	No.	%
Laboral	10	25%
Escolar	2	5%
De pareja	16	40%
Familiar	10	25%
Sin precisar	2	5%
Total	40	100%

Fuente: CRD

Es conocido que en estos cuadros dentro de la etiología multifactorial, predominan los eventos vitales de carácter exógeno, por lo que se le denomina por múltiples autores depresiones exógenas y por diferentes clasificaciones como situacionales o adaptativos. ⁽¹⁾

Okulate y colaboradores en un estudio en población africana encontraron un predominio de los conflictos de pareja como causa de episodios depresivos ⁽¹⁴⁾.

El status social, los cuales pueden actuar como desencadenantes o precipitantes de la enfermedad depresiva ^(15, 16)

Al relacionar el tiempo de evolución de los episodios depresivos con los registros alterados de hormonas tiroideas (tabla II) encontramos que de los 22 pacientes, 15 (68,2%) su depresión duró de 6 a 11 meses. Méndez Gómez ⁽²⁾, Ballenger y colaboradores ⁽¹⁾ y Diez JJ ⁽¹⁹⁾ reportaron estudios de pacientes en consulta externa de Endocrinología después de seis meses o más de tratamiento psiquiátrico y psicológico sin resultados positivos.

Tabla II: Tiempo de evolución del episodio depresivo en los pacientes con hormonas tiroideas alteradas. Holguín, enero – junio 2006.

Tiempo de evolución de episodio depresivo	Casos con registros de hormonas tiroideas alteradas	
	No.	%
15 días a 1 mes	1	4,54
2 meses a 5 meses	2	9,09
6 meses a 11 meses	15	68,20
1 año a 2 años	3	13,63
Más de 2 años	1	4,54
Total	22	100

Fuente: CRD

En Chile ⁽⁶⁾ se habla de una prevalencia de un 12% en Centros de Psiquiatría Ambulatoria en pacientes con manifestaciones que pueden hacer pensar en un trastorno tiroideo que no se estudian, situación que empeora si los pacientes son ingresados, en estas condiciones se plantea hasta un 49% de prevalencia. En la literatura internacional se señala que entre el 1% y el 4% de los pacientes con trastornos afectivos ^(19, 20, 21), con mala evolución de los síntomas presentan

hipotiroidismo clínico; entre el 4% y el 40% hipotiroidismo subclínico que se diagnostica pasado el año de tratamientos fallidos.

Los valores de TSH, T3, T4 quedan expuestos en los tablas III,IV y V respectivamente donde encontramos tres pacientes con niveles altos de tetrayodotironina y tres con niveles bajos de la misma hormona que representan cada uno el 7,5%. El 10% presentó alguna alteración de los valores de T3 tanto un aumento, como disminución en dos pacientes, respectivamente.

La TSH se comportó dentro del rango de valores normales, bajos y altos en 22 (55%), 15 (37,5%) y 3 (7,5%) pacientes, respectivamente. Dos enfermos reflejaron valores bajos tanto en la TSH como en la T3 y uno tuvo TSH bajos, T3 y T4 altos, mientras que en otros dos cursaron con TSH baja, en uno se comportó con T4 alta y el otro con valores bajos.

Tabla III: Valores de T4. Holguín, enero – junio 2006.

T 4	No.	%
75 - 144	34	85%
Menos de 75	3	7,5%
Más de 144	3	7,5%
Total	40	100%

Fuente: CRD

Tabla IV: Valores de T3. Holguín, enero – junio 2006.

T 3	No.	%
0,8 – 2,4	36	90%
Menos de 0,8	2	5%
Más de 2,4	2	5%
Total	40	100%

Fuente: CRD

Tabla V: Valores de TSH. Holguín, enero – junio 2006.

T SH	No.	%
0,8 – 3,8	22	55%
Más de 0,8	15	37,5%
Más de 3,8	3	7,5%
Total	40	100%

Fuente: CRD

En la tabla VI se muestra la presencia de síntomas evaluados por la clínica psiquiátrica y el HAM-D, que fueron manifestación típica de disfunción tiroidea, la tristeza fue encontrada en la totalidad de los pacientes; los trastornos del sueño y la inhibición (lentitud de pensamiento de palabra, facultad de concentrarse empeorada, actividad motora disminuida) en 20 y 14 enfermos con el 91% y 63,63%, respectivamente.

Igual número (14) de enfermos aportó el referido a trabajos y otras actividades, seguidos de 13 con ansiedad somática y 12 con anorexia que incluimos dentro de otros síntomas y reflejaron el 54,54%. Once y ocho pacientes mostraron síntomas somáticos generales y pérdidas de peso corporal, respectivamente.

Fardella Bello ⁽⁴⁾ recuerda que el comportamiento del sistema nervioso central con la disfunción tiroidea puede generar sintomatología difícil de diferenciar de aquella propia de enfermedad primariamente perteneciente a la esfera psiquiátrica.

Tabla VI. Síntomas según la escala Hamilton. Holguín, enero – junio 2006.

Síntomas según escala de HAMD	No.	%
Tristeza	22	100%
Trabajos y otras actividades	14	63,63%
Inhibición	14	63,63%
Agitación	4	18,18%
Ansiedad Psíquica	4	18,18%
Ansiedad Somática	13	59,09%
Síntomas somáticas generales	11	50 %
Pérdida de peso	8	36,36%
Trastornos del sueño	20	91%
Anorexia	12	54.54
Constipación o diarrea	3	13.63

Fuente: CRD

Autores como García Tobarruela y colaboradores ⁽²⁾, Lara Capellán ⁽²²⁾, Méndez Gómez y colaboradores y Dos Santos Teixeira coinciden con nuestro estudio.

CONCLUSIONES

Las mujeres padecían más de depresión que los hombres, en una razón de seis a uno. Los grupos de edades, de ambos sexos comprendidos entre 30 – 49 años fueron donde más pacientes se encontraron. Los episodios depresivos leves fueron más comunes en las mujeres, no fue así en los hombres donde de seis enfermos, cinco fueron moderados.

El 55% de los pacientes presentó algún tipo de alteración en las hormonas tiroideas y fue en ellos, donde la evolución del episodio duró más de seis meses.

Los conflictos de parejas fueron los más comunes como posibles desencadenantes del episodio depresivo, que se reflejaron con síntomas somáticos y físicos de diversa índoles que fueron causados o agravados por disfunción tiroidea.

BIBLIOGRAFIA

1. García Sáez, Francisco Carvajal Martines, Pedro González Fernández, Daysi Navarro Despaigne. Hipotiroidismo subclínico. Actualización. Rev. Cubana Endocrinol sep-dic 2005, 16(3).
2. García – Tobarruela A. S. Hernández – Albuja, P. Gargantilla Madera, D. Puertos Alcalá. Hipotiroidismo subclínico. Tiempos médicos abril 2005,(611): 7-12.
3. Hamilton M. A rating scale for depression. Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry 1960, 23:56-62.
4. Fardella Bello, Sergio Gloger Kojchen. Función tiroidea y patología psiquiátrica. Boletín de la escuela de medicina Universidad Católica de Chile 2000, (29) (3).
5. Murria CJL López AD. The global burden of disease. Boston, MA: Harvard school of public health, 2002.
6. Weissel M. Possible consequences of subclinical hypothyroidism. Act Med Austriaca. 2003, 30:93-7.
7. Okulate GT, MO Olayinka, Jones. Somatic simtons in depression: evaluation of their diagnostic in an African setting, 2004,184 422-427.
8. Romaldini JH, Sgarbi JA, Farra CS. Subclinical thyroid disease: subclinical hypothyroidism and hyperthyroidism. Arq. Bras Endocrinol metabl. 2004, 48: 147-58.

9. Romaldini JH, Sgarbi JA, Farra CS. Subclinical thyroid disease: subclinical hypothyroidism and hyperthyroidism. Arq. Bras Endocrinol metabl. 2004, 48: 147-58.
10. Sukhwinder SS. Etiology and epidemiology of depresión. The British Journal of psychiatry, 2004. 184:1719.
11. Med Line Plus Enciclopedia medica. Enfermedad de Graves. HTML Document. Marzo/2007.
12. Organización Mundial Salud. Evaluación de los métodos de tratamientos de trastornos mentales. En: serie de informes técnicos. Ginebra: Meditor.1993.
13. Organización Mundial Salud. CIE-10. Pautas diagnosticas y de actuación ante los trastornos mentales en la atención primaria, Madrid: Meditor, 1992.
14. Otero Pérez FJ. Depresión en atención primaria. Tiempos médicos, 2002,(594) 19-26
15. Organización Mundial Salud. CIE-10. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. En: trastornos mentales y del comportamiento. Meditor Madrid 1992.
16. Kehl PA. Depresión mayor: la enfermedad olvidada. Tiempos médicos junio 2005, (620): 5-12.
17. Lara Capellán JL. Hipotiroidismo, una enfermedad frecuente. Tiempos médicos 2004, (611): 7-15.
18. Ballenger JC, Davidson JRT, Lecubrier Y, Consensus statment or the primary care management of depresión. J. Clin. Psychiatri 2003, 60:54-61.
19. Diez JJ, Iglesias P. Spontaneous subclinical hypotiroidism in patients older than 55 years: an análisis of natural course and rish factors for the development of overt thyroid failure. J. Clin Endocrinol Metab. 2004, 89: 4890-7.
20. Barreda P. Trastorno de la tiroides un mal encubierto. 2007. Disponible en <http://www.pediatrinaldia.cl>
21. Consenso en el diagnóstico y tratamiento de las afecciones del tiroides. Rev. Cub Endocrinol. Ene-Abr 2004 15(1)
22. Lara Capellán JL. Hipotiroidismo, una enfermedad frecuente. Tiempos médicos 2004, (611): 7-15