

# Enfermedades cerebrovasculares

## Caso clínico

KRANION. 2007;7:144-6

## Depresión precoz postictus: presentación de dos casos clínicos

I. JIMÉNEZ, M. BLANCO, M.<sup>a</sup> POUSO, M.<sup>a</sup> SABUCEDO, M. RODRÍGUEZ-YÁÑEZ, X. RODRÍGUEZ-OSORIO, S. ARIAS, R. LEIRA Y J. CASTILLO

### Introducción

La depresión es el trastorno afectivo que aparece con mayor frecuencia tras un ictus<sup>1</sup>. Presenta un impacto social importante, debido a su prevalencia, y a que influye negativamente en la calidad de vida de los pacientes. Su presencia ejerce un efecto desfavorable, alargando el tiempo de recuperación y empeorando el pronóstico a medio y largo plazo<sup>2</sup>. La depresión asociada al ictus provoca un mayor grado de discapacidad, mayor deterioro cognitivo, peor recuperación funcional y mayor mortalidad<sup>3</sup>. Es importante identificar y tratar adecuadamente la depresión en este tipo de pacientes, ya que consiguiendo su remisión se puede producir una mejoría en el grado de recuperación<sup>4</sup>.

Se considera depresión postictus aquella que se produce tras un infarto o hemorragia cerebral. Se clasifica en precoz, cuando sucede en los primeros 3 meses, y tardía cuando ocurre transcurrido ese periodo. Otros autores la dividen en aguda (cuando aparece en el primer mes después del ictus), subaguda (entre 1-6 meses) y crónica (después de los 6 meses)<sup>5</sup>. Las características de la depresión postictus se modifican en función del tiempo transcurrido desde el ictus al desarrollo de la depresión<sup>6</sup>.

A continuación presentamos dos casos clínicos de pacientes que no presentaban depresión en el momento

del alta tras el ictus, y que la desarrollaron durante el primer mes.

### Caso 1

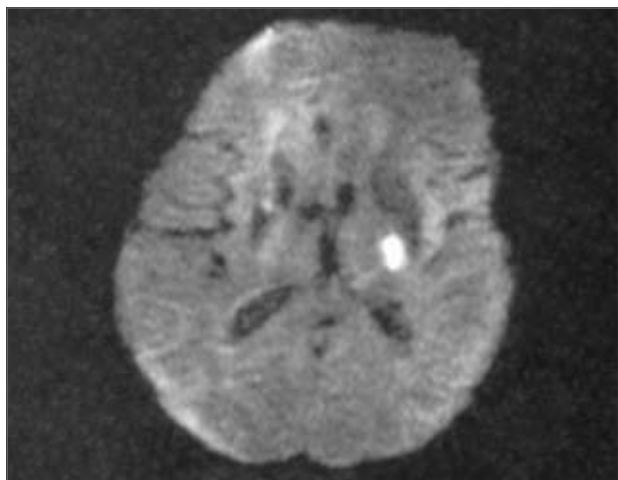
Varón de 85 años que ingresa por presentar un cuadro brusco de sensación de mareo, con inestabilidad de la marcha, diplopía y dificultad para la articulación del lenguaje. Entre los antecedentes destaca la presencia de cardiopatía isquémica, marcapasos endocavitario, EPOC y un ictus isquémico previo cursando con hemiparesia izquierda sin secuelas. La resonancia magnética (RM) de difusión mostró una lesión isquémica en fase aguda mesencefálica derecha de 1 cc de volumen, y en la secuencia FLAIR se evidenció la presencia de leucoaraiosis grado I-II. La evolución durante el ingreso fue favorable, mejorando de su déficit neurológico, presentando en el momento del alta ligera diplopía en la mirada horizontal hacia la izquierda y ligera inestabilidad de la marcha (NIHSS: 0; escala de Rankin: 3; índice de Barthel: 100).

Se trata de un empresario jubilado, que había sido oficial del ejército, donde cursó estudios secundarios (cursos empresariales), y que vivía con su mujer. No presentaba antecedentes personales ni familiares de depresión, pero se encontraba en tratamiento con bromacepam por ansiedad. En la entrevista psicológica en el momento del

Laboratorio de Neuropsicología  
Servicio de Neurología  
Hospital Clínico Universitario  
Universidad de Santiago de Compostela  
Santiago de Compostela

### Dirección para correspondencia:

Isabel Jiménez Martín  
Laboratorio de Neuropsicología  
Servicio de Neurología  
Hospital Clínico Universitario  
Trav. da Choupana, s/n  
15706 Santiago de Compostela  
E-mail: isajmartin@yahoo.es



**Figura 1.** Caso clínico 2. Imagen de RM de difusión en la que se observa infarto lacunar agudo talamocapsular izquierdo.

alta refiere no encontrarse triste ni decaído, aunque está preocupado por su estado de salud. Refiere una pérdida de peso tras una neumonía previa 6 meses antes. Tiene leves dolores de cabeza y molestias gastrointestinales. No duerme bien algunas noches y se encuentra irritable y fatigado durante el día. Ocasionalmente ha pensado que sería mejor estar muerto, pero no tiene ideas autolíticas. Se realiza test de Hamilton en el que presenta 13 puntos (punto de corte para ansiedad 13 puntos), y test de Yesavage en el que presenta 12 puntos (punto de corte para depresión 11 puntos). La puntuación en la escala Mini-Mental fue de 28 puntos.

Al cabo del mes el paciente presentaba mejoría clínica (NIHSS: 0; escala de Rankin: 2; índice de Barthel: 100), pero esta vez sí un empeoramiento en su estado de ánimo, se encuentra triste y decaído, con poco apetito, y sigue manteniendo una pérdida importante de peso. Presenta dificultad para conciliar el sueño todas las noches, y se queda dormido durante el día, sintiéndose cansado y con falta de energía. De forma ocasional continúa presentando leves dolores de cabeza, y con mayor frecuencia vértigos, palpitaciones y dolor torácico, con sensación de ahogo y falta de aire. Refiere encontrarse irritable y preocupado por su salud, y nota problemas de concentración y de memoria. No refiere pensamientos de muerte. En el test de Hamilton muestra 22 puntos, en el de Yesavage 15, y en el Mini-Mental 29.

#### *Comentarios sobre el caso 1*

En el momento del alta, el paciente cumplía sólo cuatro de los síntomas requeridos para el diagnóstico de depresión (pérdida de apetito, insomnio, fatiga, disminución de la capacidad de concentración y pensamientos

de muerte). El paciente niega insistentemente sentirse triste, decaído o sin falta de interés por las cosas o placer en las actividades que realizaba. En la visita del mes, sin embargo, cumple seis de los nueve criterios diagnósticos de depresión (pérdida de apetito, insomnio, estado de ánimo depresivo, fatiga, problemas de concentración y nerviosismo), siendo necesarios al menos cinco para el diagnóstico de depresión mayor. Asimismo, presenta un aumento notable de la puntuación en las escalas de ansiedad y depresión.

#### **Caso 2**

Varón de 57 años, ingresado por presentar de forma brusca pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho. Entre sus antecedentes destacan hipertensión arterial a tratamiento farmacológico, diabetes *mellitus* tipo 2 de años de evolución, con retinopatía diabética y amaurosis de ojo izquierdo e hipoacusia neurosensorial. Niega consumo de alcohol o tabaco. A su ingreso presentaba hemiparesia facio braquiocrural derecha (3/5 en brazo, 2/5 en pierna) con sensibilidad conservada (NIHSS: 7). La RM mostró infarto lacunar agudo talamocapsular izquierdo (Fig. 1). Durante el ingreso el paciente presenta mejoría clínica, persistiendo en el momento del alta hemiparesia derecha de predominio crural (NIHSS: 2; escala de Rankin: 4, índice de Barthel: 35).

El paciente tiene un nivel educativo medio-bajo (estudios primarios incompletos) y vivía con su mujer. Había trabajado de carpintero y ejercía como conserje de un instituto en el momento en el que sufrió el ictus. En el momento del alta no reconoce estar triste, decaído ni deprimido, pero durante la realización de los tests de depresión muestra respuestas contradictorias: por una parte refiere sentirse inútil y sin esperanza, y por otra está la mayor parte del tiempo de buen humor. Niega cualquier tipo de sintomatología ansiosa o vegetativa, aunque durante la entrevista muestra actitud de nerviosismo y preocupación, que justifica por su estado de salud. La puntuación en el test de ansiedad de Hamilton fue de 0 puntos, en el de depresión de Yesavage de 11, y en el Mini-Mental de 27.

En la revisión del mes presenta mejoría de sus síntomas neurológicos (NIHSS: 1; escala de Rankin 3, índice de Barthel 60). Reconoce estar triste y decaído por su situación, se siente inútil y una carga para su familia. Refiere dolores de cabeza leves y dificultad para conciliar el sueño. Se encuentra muy nervioso y preocupado, sobre todo por su estado de salud. Se siente fatigado, y en ocasiones refiere que preferiría estar muerto. En el test de Hamilton puntúa 9, en el de Yesavage 22, y en el Mini-Mental 20.

### Comentarios sobre el caso 2

El paciente niega en el momento del alta cualquier sintomatología depresiva, aunque en el test de depresión se evidencian datos contradictorios y su comportamiento muestra preocupación y nerviosismo, sin embargo estos datos no son suficientes para el diagnóstico de depresión. Al cabo del mes, sin embargo, ya reconoce su situación clínica y cumple criterios DSM-IV para el diagnóstico de depresión mayor (estado de ánimo depresivo, insomnio, fatiga, sentimiento de culpabilidad y carga familiar, ideas de muerte).

### Discusión

Hemos seleccionado dos casos clínicos que son de personas que según estudios previos tienen riesgo bajo de desarrollar depresión postictus. Se ha visto que la depresión, tanto en población general como tras el ictus, es más frecuente en mujeres<sup>5,7,8</sup>, y cuando ocurren en personas jóvenes suele estar asociada al consumo de alcohol<sup>9</sup>. También se ha encontrado que es más frecuente en personas que viven solas o institucionalizadas, sobre todo cuando son ancianos<sup>10</sup>. Sin embargo, la depresión postictus es frecuente, y en algunos casos puede pasar desapercibida. Es importante señalar que algunas de las características típicas de la depresión están poco presentes en la depresión postictus. En la depresión asociada al ictus no suelen existir síntomas melancólicos, y suelen tener menos trastornos del pensamiento y un mayor número de síntomas físicos<sup>11</sup>, por lo que en ocasiones resulta difícil realizar el diagnóstico de depresión, sobre todo cuando el paciente niega estar triste, como es el caso de los dos pacientes que presentamos.

Un dato importante a tener en cuenta es la presencia de ansiedad concomitante. Uno de cada cuatro pacientes que sufren un ictus presenta síntomas ansiosos, y esta ansiedad puede afectar a la recuperación funcional e incluso a la realización de las actividades de la vida diaria<sup>12</sup>.

En muchas ocasiones se minimizan los síntomas depresivos, y se tiende a pensar que los síntomas vegetativos son debidos a la enfermedad médica, y no se incluyen en el cuadro depresivo. Sin embargo, esto es un error, ya que en pacientes que han sufrido un ictus la presencia de estos síntomas vegetativos sigue siendo más frecuente en las personas que presentan depresión<sup>13</sup>, por lo que debemos darle la misma importancia que al resto de los síntomas cognitivos.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que en algunos casos la presencia de depresión puede estar relacionada con la propia lesión. Aunque en los dos casos clínicos

que presentamos las lesiones son de pequeño tamaño, existen estudios que demuestran que la afectación de las áreas subcorticales y de vías frontosubcorticales se asocian con el desarrollo de depresión, sobre todo precozmente<sup>5</sup>. Asimismo, la depresión puede estar relacionada con la situación funcional. Aunque existen estudios contradictorios que están a favor<sup>14</sup> o en contra<sup>15</sup> de la relación de la gravedad del ictus y la presencia de depresión, debemos tener en cuenta que las limitaciones del paciente, sobre todo en el caso de los más jóvenes en relación con su vida laboral<sup>16</sup>, pueden contribuir a la presencia de dicha depresión, como sucede en el caso 2.

En resumen, debemos estar atentos a la posibilidad del desarrollo de depresión en todos los pacientes que han sufrido un ictus, y no sólo en los que clásicamente se han asociado a la depresión, como las mujeres con antecedentes de depresión y gran afectación neurológica, ya que en la depresión postictus predominan los síntomas físicos más que la melancolía, y en ocasiones el paciente niega las alteraciones del estado de ánimo. Es importante diagnosticar de manera precoz la presencia de depresión, ya que puede afectar a la recuperación funcional del paciente.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Gordon WA, Hibbard MR. Poststroke depression: an examination of the literature. *Arch Phys Med Rehabil* 1997;78:658-63.
2. Kolita M, Numminem H, Waltimo O, Kaste M. Poststroke depression and functional recovery in a population-based stroke register. *Eur J Neurol* 1999;6:309-12.
3. Whyte EM, Mulsant BH. Poststroke depression: epidemiology, pathophysiology, and biological treatment. *Biol Psychiatry* 2002;52:253-64.
4. Chemerinski E, Robinson RG, Kosier JT. Improved recovery in activities of daily living associated with remission of poststroke depression. *Stroke* 2001;32:113-7.
5. Carod-Artal FJ. Depresión postictus (I). Epidemiología, criterios diagnósticos y factores de riesgo. *Rev Neurol* 2006;42:169-75.
6. Tateno A, Kimura M, Robinson RG. Phenomenological characteristics of poststroke depression: early vs. late onset. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;10:575-82.
7. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet* 2005;365:1961-70.
8. Heun RY, Hein S. Risk factors of major depression in the elderly. *Eur Psychiatry* 2005;20:199-204.
9. Naess H, Nyland HI, Thomassen L, Aarseth J, Myhr KM. Mild depression in young adults with cerebral infarction at long-term follow-up: a population-based study. *Eur J Neurol* 2005;12:194-8.
10. Sharpe M, Hawton K, Seagroatt V, et al. Depressive disorders in long-term survivors of stroke. Associations with demographic and social factors, functional status, and brain lesion volume. *Br J Psychiatry* 1994;164:380-6.
11. Beblo T, Driessen M. No melancholia in poststroke depression? A phenomenologic comparison of primary and poststroke depression. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2002;15:44-9.
12. Huffman JC, Stern TA. Poststroke neuropsychiatric symptoms and pseudoseizures: a discussion primary care companion. *J Clin Psychiatry* 2003;5:85-8.
13. Spalletta G, Ripa A, Caltagirone C. Symptom profile of DSM-IV major and minor depressive disorders in first-ever stroke patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13:108-15.
14. Hackett ML, Anderson CS. Predictors of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke* 2005;36:2296-301.
15. Herrmann M, Bartels C, Schumacher M, Wallesch CW. Poststroke depression. Is there a pathoanatomic correlate for depression in the postacute stage of stroke? *Stroke* 1995;26:850-6.
16. Brocklehurst JC, Morris PM, Andrews K, Richards B, Laycock P. Social effects of stroke. *Soc Sci Med* 1981;15:35-9.