



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/469 - TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE SECUNDARIO: HIPOVITAMINOSIS B12

P. Peña Guerrero^a, M. Suárez Rodríguez^b y F. López Álvarez^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Sanlúcar la Mayor. Sevilla. ^bMédico de Familia. UGC Palos de la Frontera. Huelva. ^cMédico de Familia. UGC Condado Occidental. Huelva.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 57 años. Antecedentes personales: Trastorno depresivo recurrente. DM tipo II. HTA. Alergia a fluoxetina. Seguimiento en Salud Mental desde 1990 (hace 26 años) por trastorno depresivo recurrente, en tratamiento con perfenazina 2 mg/amitriptilina 10 mg y alprazolam 0,25 µg durante años sin presentar remisión del cuadro.

Exploración y pruebas complementarias: No presenta otra sintomatología. Acude a su médico de familia solicitando analítica anual rutinaria. Tras una revisión se detecta hipovitaminosis B12 (valores en 149 pg/mL con intervalo de referencia 179-1.161 pg/mL), siendo el resto de parámetros normales. Inmediatamente se inicia tratamiento con vitamina B12 intramuscular presentando mejoría de sintomatología psiquiátrica al mes, con posterior compensación y retirada de medicación psicotrópica. Más tarde es derivado a consulta de Medicina Interna para buscar causa del déficit de VitB12, estando actualmente pendiente de realización de gastroscopia para descartar malabsorción.

Juicio clínico: Trastorno depresivo recurrente secundario a hipovitaminosis B12.

Diagnóstico diferencial: Trastorno depresivo, trastorno del humor.

Comentario final: En ocasiones los trastornos orgánicos pueden ser confundidos con alteraciones psiquiátricas, por lo que el no identificar una condición médica subyacente va a impedir un tratamiento óptimo que se reflejará en consulta como una respuesta inadecuada o resistencia al tratamiento psicotrópico, como le ha sucedido a nuestro paciente, que ha estado 26 años en tratamiento para la depresión sin presentar remisión. La vitamina B12 juega un papel importante en la síntesis de ADN y la función neurológica. Su deficiencia se asocia con manifestaciones hematológicas, neurológicas y psiquiátricas, entre las que se incluyen la irritabilidad, cambio de personalidad, depresión, demencia y raramente psicosis. En ocasiones, los síntomas neuropsiquiátricos pueden preceder a los signos hematológicos y ser el único signo de la hipovitaminosis. Como conclusión, el nivel de B12 debe evaluado en pacientes con historia de trastornos mentales orgánicos, síntomas psiquiátricos atípicos, resistencia al tratamiento, trastornos depresivos y factores de riesgo para la hipovitaminosis B12.

Bibliografía

1. Milanlolu A. Vitamin B12 deficiency and depression. J Clin Exp Invest. 2011;2(4):455-6.
2. Syed EU, Wasay M, Awan S. Vitamin B12 supplementation in treating major depressive disorder: a randomized controlled trial. Open Neurol J. 2013-7:448.

Palabras clave: Depresión. Trastorno depresivo resistente a tratamiento. Deficiencia de vitamina B12.