



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2350 - LA CARA B DE LA DEPRESIÓN

J.V. Alfaro González<sup>a</sup>, M.T. Izquierdo Ros<sup>b</sup>, I. Alfaro Abia<sup>c</sup>, J.L. Cebrián Casas<sup>d</sup>, A. Rodríguez Martínez<sup>e</sup>, J. Russo<sup>f</sup>, M. Sánchez López<sup>b</sup>, M. Roca Carles<sup>b</sup>, A. García Pérez<sup>f</sup> y M.C. Herrera Valvueda<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Murcia Centro San Juan. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Psiquiatría. Hospital Reina Sofía. Murcia. <sup>c</sup>Estudiante de Medicina de 2º Curso. Facultad de Medicina. UCAM. Murcia. <sup>d</sup>Dirección de Enfermería. Centro de Salud Alguazas. Murcia. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Guadalupe. Murcia. <sup>f</sup>Médico Residente de 2º año de Psiquiatría. Hospital Reina Sofía. Murcia. <sup>g</sup>Dirección de Enfermería. Hospital Reina Sofía. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 32 años, soltero, acude al centro de salud aquejado de falta de ánimo, llanto inmotivado, hipersomnias, abandono de su actividad favorita (entrenar triatlón), ideación de muerte, desesperanza, autorreferencialidad y dificultades de concentración desde hace unas tres semanas. Es abogado. Dice fumar cannabis de forma ocasional pero que “no está enganchado”. Atendido por un médico sustituto; le llama la atención que éste sea ya el tercer episodio depresivo endógeno, con franca mejoría al iniciar el tratamiento.

**Exploración y pruebas complementarias:** Antecedentes Personales somáticos: sin interés. AP psiquiátricos: 2 episodios depresivos. AP psiquiátricos familiares: hace referencia a un familiar de 2º grado al cuál tenían como “el raro “ de la familia. Exploración física dentro de lo normal; así como la analítica de sangre, TAC craneal sin contraste, ECG y EEG. Tóxicos en orina: tetrahidrocannabinoides THC (+). Escala de Hamilton para depresión = 16. EPP: CyO en las tres esferas. Olvidos frecuentes. Atención conservada. Alteración del ánimo de ritmo endógeno. Lenguaje enlentecido, facies triste. Lentitud psicomotriz. Refiere vivencias de autorreferencialidad, de las que hace crítica. Hipersomnias, hiporexia sin repercusión ponderal. Ideación de muerte sin plan estructurado. Conciencia de enfermedad. Juicio de realidad conservado.

**Juicio clínico:** Episodio depresivo recurrente. Consumo de tóxicos.

**Diagnóstico diferencial:** Depresión grave vs episodio depresivo de un TBP tipo II vs Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de cannabinoides. Se debería descartar sistemáticamente la posibilidad de un trastorno bipolar en los pacientes con depresión de nuestra consulta.

**Comentario final:** Es más probable que los pacientes acudan al médico durante un episodio depresivo que en la fase de manía o hipomanía, ya que en ese momento el paciente no se siente enfermo. Alrededor del 40% de pacientes que habían sido diagnosticados de trastorno depresivo unipolar, tanto en AP o psiquiatría pasaron a ser diagnosticados de TBP, fundamentalmente tipo II. Por ello es importante conocer si existe historia previa de síntomas hipomaniacos y buscar un

“informante clave” para contrastar hechos, porque la percepción puede estar alterada. Un 35% de pacientes no buscan tratamiento hasta 10 años después del episodio inicial. Síntomas que nos pueden hacer pensar un TBP. Edad de comienzo menor de 25 años, síntomas atípicos (somnolencia o aumento de peso), síntomas psicóticos, abuso de sustancias, antecedentes familiares de TBP, antecedentes de síntomas maníacos o hipomaníacos inducidos por el tratamiento con antidepresivos. Los médicos de familia debemos estar apropiadamente formados sobre el diagnóstico y manejo del TBP y deben de mejorar el trabajo en equipo para llegar al diagnóstico y los circuitos de interconsulta/derivación.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y psiquiatría. Barcelona: Elsevier. Masson; 2011.
2. Kaye NS. Is your depressed patient bipolar? Journal of the American Board of Family Medicine. 2005;8(4).
3. Guía Práctica Clínica Trastorno Bipolar. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española Neuropsiquiatría. 2012. UAH/AEN n. 2012.
4. Aragonés E, López Rodríguez JA. Cribado para el trastorno bipolar en pacientes en atención primaria que presentan síntomas psicológicos. Aten Prim. 2015;47(3):167-74.