

## Depresión, primera manifestación de lupus eritematoso sistémico

R. Ramírez Parrondo

Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina Psicosomática. Clínica Universitaria. Universidad de Navarra. Madrid. España.

La depresión es de etiología multifactorial, puede ser reactiva a situaciones socio-familiares del paciente y puede ser manifestación de síndromes clínicos. Se presenta con relativa frecuencia en las enfermedades reumatológicas, sobre todo en el lupus eritematoso sistémico. La primera manifestación de esta enfermedad puede afectar a cualquier órgano, siendo la depresión muy raramente la primera manifestación.

Se presenta el caso de una paciente que acude a consulta presentando un trastorno depresivo, en principio reactivo a una situación de estrés profesional, y que en las consultas programadas sucesivas se observó que formaba parte de un cuadro clínico que el *American College of Rheumatology* (ACR) clasifica de lupus eritematoso sistémico.

*Palabras clave:* depresión, lupus eritematoso sistémico.

Depression has a multifactorial etiology, can be reactive to socio-family disorders of the patient and can be a manifestation of clinical syndromes. It appears in rheumatology diseases with relative frequency, especially systemic lupus erythematosus. The first manifestation of this illness may be organ damage, depression rarely being the first manifestation.

We present the case of a patient with reactive depressive disorder due to work stress. During successive scheduled visits, it was observed that this formed a part of a clinical picture classified by ACR as systemic lupus erythematosus (SLE).

*Key words:* depression, systemic lupus erythematosus.

### INTRODUCCIÓN

En Atención Primaria casi un 30% de los pacientes presentan trastornos del estado de ánimo<sup>1</sup>. En muchas ocasiones en estas consultas se puede realizar un abordaje diagnóstico y terapéutico de la depresión.

Conviene tener presente que la depresión es una enfermedad de etiología multifactorial y que puede ser una manifestación más de una enfermedad orgánica. El lupus eritematoso sistémico (LES) puede ser una de estas enfermedades<sup>1</sup>.

El LES es una enfermedad autoinmune donde sus primeras manifestaciones suelen ser articulares y dermatológicas. La depresión puede ser uno de sus síntomas, siendo muy raro que comience con esta manifestación<sup>2,3</sup>.

A continuación se presenta el caso clínico de una paciente que acude a consulta presentando un cuadro clínico de depresión que, con el seguimiento longitudinal en las consultas programadas sucesivas, resultó ser la primera manifestación de LES.

### EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 40 años de edad, que consulta porque desde hace unos tres meses presenta insomnio, cansancio intenso, "presión en la cabeza" y "dolor en el cuello".

En el último año ha tenido mucha sobrecarga profesional por escasez de personal en la empresa en la que está. Ha trabajado con más urgencia de lo habitual y más horas que el horario normal, porque ella se sentía incapaz de irse a su hora viendo todo lo que quedaba pendiente por hacer.

No presenta antecedentes personales significativos, ni alergias conocidas. Ocasionalmente para tratar su dolor de cabeza toma paracetamol.

Entre sus antecedentes familiares refiere que su padre falleció por un carcinoma pulmonar y su madre presenta obesidad mórbida.

En la anamnesis por aparatos indica: astenia intensa, dolor cervical y cefalea de características tensionales.

Correspondencia: R. Ramírez Parrondo.  
Clínica Universitaria. Universidad de Navarra.  
C/ General López Pozas, 10.  
28036 Madrid.  
Correo electrónico: rrparrondo@yahoo.es

Recibido el 09-07-06; aceptado para su publicación el 19-12-06.

Mediante una entrevista clínica semiestructurada se estudiaron su estado de ánimo, sus rasgos de personalidad y su situación socio-familiar. Se observó que presentaba los siguientes ítems de los trastornos del estado de ánimo del DSM-IV-TR correspondientes al episodio depresivo mayor: estado de ánimo depresivo durante todo el día, despertar precoz, enlentecimiento psicomotor, fatiga, sentimientos de inutilidad y disminución de la capacidad de concentrarse, produciendo todos estos síntomas deterioro social y laboral. Entre los rasgos de personalidad se pueden destacar: la dificultad para delegar, la negación de la necesidad de descanso por considerar que eso significa “ser una persona débil”, la preocupación por el orden y la necesidad de tener todo controlado. En su ambiente familiar es apreciada, pero ella se siente “incomprendida” porque le insisten que no dedique tantas horas a su trabajo.

En la exploración física se objetiva que la paciente está consciente y orientada. Tiene buena coloración de piel y mucosas. No presenta adenopatías, ni bocio, ni ingurgitación yugular. Tiene contractura muscular cervical con conservación de la movilidad de la columna.

La auscultación cardiopulmonar es rítmica, sin soplos audibles, con conservación del murmullo vesicular. La presión arterial (PA) es de 120/70 mmHg. Presenta abdomen blando, depresible, no doloroso, sin hapatomesplenomegalia y sin masas. La exploración neurológica es normal.

Se solicitó un hemograma y una bioquímica general, con hormonas tiroideas y sedimento de orina. Los resultados estaban dentro de los límites normales.

Se estableció el diagnóstico de episodio depresivo mayor, rasgos de personalidad obsesivo-compulsivos con mecanismos de defensa de tipo rechazo de ayuda y polarización, en un ambiente socio-familiar de sobrecarga profesional y con retraimiento familiar y social.

Se inició tratamiento combinado con psicofármacos (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) y psicoterapia, con seguimiento en sucesivas consultas programadas.

La paciente, a los dos meses de su evolución, refirió que “le estaban saliendo unas manchitas en la cara” que resultaron ser lesiones discoides y eritema malar.

Ante este hallazgo se repitió la anamnesis por aparatos. La paciente, sin dar ninguna importancia, y sintiéndose en la obligación de referir la más mínima molestia, comentó que ocasionalmente presenta ligero dolor en las articulaciones interfalángicas de las manos que lo relaciona con esfuerzos físicos de dichas articulaciones y que no ha precisado tratamiento analgésico. También refiere que tiene úlceras bucales ocasionales toda la vida “como le pasa a sus amigos”, y a la vez, la evolución de la depresión era más lenta de lo esperado, aunque la paciente indicaba que había seguido el tratamiento indicado, que había estado un mes de baja y que, por sugerencia familiar, había reanudado su actividad laboral en otro trabajo que a ella siempre le había gustado.

La leve respuesta inicial al tratamiento de la depresión junto con estos nuevos datos clínicos llevó a pensar en una posible enfermedad reumatológica.

Se repitió la exploración física y se realizó una analítica con pruebas reumatológicas, una radiografía de tórax y un electrocardiograma (ECG).

Entre los resultados se pueden destacar: anticuerpos anti-nucleares (ANA) +1/320, anticuerpo anti-ADN +156 UI/ml, anticuerpo anticardiolipina 15, tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPA) 46,7 segundos, C3: 75,9 mg/dl.

A la vista de todos los resultados se completó el diagnóstico inicial. La paciente en este momento presenta según el DSM-IV-TR: en el eje I un trastorno del estado de ánimo debido a LES con episodio similar al depresivo mayor, en el eje II como mecanismo de defensa, rechazo de ayuda y polarización, en el eje III LES, en el eje IV ninguno (han desaparecido los problemas laborales) y en el eje V la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) es de 56.

Se continuó con tratamiento combinado. El inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina se mantuvo y se añadió un antidepresivo tricíclico a dosis bajas. La intervención psicoterapéutica fue utilizando técnicas cognitivo-conductuales tipo relajación, reestructuración cognitiva y resolución de problemas.

## DISCUSIÓN

En las consultas de Atención Primaria la depresión es una enfermedad relativamente frecuente. Conviene tener presente que su etiopatogenia es muy heterogénea. Puede existir un componente genético, puede ser reactiva a factores estresantes socio-familiares y/o secundaria a fármacos y/o enfermedades orgánicas. Estas enfermedades pueden ser neurológicas, endocrinas, reumatológicas, etc.<sup>1</sup>

Cuando el paciente acude a la consulta por primera vez puede ser relativamente fácil diagnosticar una depresión, pero el llegar a valorar los factores etiológicos de la misma puede precisar de un seguimiento en las consultas programadas, como ocurre en el caso presentado.

El LES es poco frecuente. Afecta principalmente a mujeres entre los 15 y los 40 años. Es probable que en su etiopatogenia tengan importancia factores genéticos, ambientales y hormonales. Puede comenzar de forma súbita o insidiosa. El compromiso de un solo órgano o sistema puede dominar la presentación clínica en un momento dado, y durante el seguimiento la afectación de otros órganos se hace evidente<sup>3</sup>.

En las primeras fases de esta enfermedad, que es como se suelen encontrar los médicos de Atención Primaria a estos pacientes, se suelen hacer diagnósticos incompletos, como el que se hizo en la primera consulta de esta enferma, por lo que es importante el estudio longitudinal de los pacientes con una visión integral de los mismos y no focalizado en el diagnóstico inicial.

Las anomalías psiquiátricas en el LES están presentes en aproximadamente el 90% de los pacientes. El *American College of Rheumatology* incluye: síndromes cognitivos, trastornos de ansiedad, sintomatología depresiva y psicosis<sup>4,5</sup>.

El trastorno depresivo en el LES responde a los fármacos antidepresivos, observándose a los dos meses mejoría de los síntomas<sup>6</sup>.

Las intervenciones psicoterapéuticas complementan los efectos de estos fármacos, ya que el LES afecta el funcionamiento no solo físico, sino también psicológico y social a nivel individual y familiar<sup>7-10</sup>. Hay estudios que, en estos enfermos, demuestran la efectividad de las técnicas cognitivo-conductuales dirigidas al mejoramiento de la capacidad de actuar y a la minimización de la respuesta emocional al estrés<sup>2,11</sup>.

Además, el manejo por sí mismo del curso del LES disminuye la fatiga y la depresión y mejora las habilidades del paciente<sup>12</sup>.

Por tanto, el abordaje de los pacientes con LES y trastornos psiquiátricos debería incluir tratamiento de la enfermedad como tal, y tratamiento psicotrópico específico<sup>13,14</sup>.

Conviene tener presente que actualmente no existe ningún tratamiento etiológico del LES. La elección del tratamiento depende de la gravedad e intensidad del órgano afectado, de la actividad de la enfermedad, de los efectos secundarios de los fármacos a emplear y de la respuesta farmacológica<sup>3</sup>.

La paciente que estamos evaluando en 6 meses, de forma progresiva, ha presentado una evolución favorable del cuadro clínico inicial –la depresión– por el que acudió a consulta.

Resumiendo:

1. La depresión es una enfermedad de etiología multifactorial, donde uno de estos factores no excluye a los demás. Por ejemplo: estrés profesional y LES.

2. El LES es una enfermedad cuya primera manifestación clínica puede afectar a cualquier órgano, por lo que debemos tenerla presente ante una sintomatología psiquiátrica como puede ser una depresión.

3. Es importante el estudio longitudinal del paciente desde Atención Primaria porque hay enfermedades, como el LES, que afectan a varios órganos y no necesariamente al mismo tiempo.

4. La coordinación de los médicos de Atención Primaria con otros niveles puede ser fundamental para una adecuada atención del paciente ante enfermedades que pueden

tener una etiología multifactorial y afectar a distintos órganos, como ocurre en el LES.

## BIBLIOGRAFÍA

- González VM. Trastornos afectivos en Atención Primaria. En: Gonçalves F, González VM, Vázquez J, editores. Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad. Organización Médica Colegial de España, Ministerio de Sanidad y Consumo. España: Internacional Marketing & Communications, S.A.; 2003. p. 73-92.
- Giffords ED. Understanding and managing systemic lupus erythematosus (SLE). *Soc Work Health Care*. 2003;37:57-72.
- Hannahs B. Lupus eritematoso sistémico. En: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editores. Principios de medicina interna. 15ª ed. España: McGraw-Hill-Interamericana; 2004. p. 2247-54.
- Haupt M. Psychiatric disorders in rheumatic diseases, as exemplified by systemic lupus erythematosus (SLE). *Z Rheumatol*. 2004; 63:122-30.
- Hanly JG, Fisk JD, McCurdy G, Fougere L, Douglas JA. Neuropsychiatric syndromes in patients with systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2005;32:1459-6.
- Kawakatsu S, Wada T. Rheumatic disease and depression. *Nippon Rinsho*. 2001;59:1578-82.
- Iverson GL, Sawyer DC, McCracken LM, Kozora E. Assessing depression in systemic lupus erythematosus: determining reliable change. *Lupus*. 2001;10:266-71.
- Omdal R, Waterloo K, Koldingsnes W, Husby G, Mellgren SI. Fatigue in patients with systemic lupus erythematosus: the psychosocial aspects. *J Rheumatol*. 2003;30:283-7.
- Sharpe L, Denton F, Schrieber L. Validity of the disease repercussion profile in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2004;13:428-35.
- Doria A, Rinaldi S, Ermani M, Salaffi F, Iaccarino L, Ghirardello A. Health-related quality of life in Italian patients with systemic lupus erythematosus. II. Role of clinical, immunological and psychological determinants. *Rheumatology (Oxford)*. 2004;43:1580-6.
- Kozora E, Ellison MC, Wazmonsky JA, Wamboldt FS, Patterson TL. Major life stress, coping styles, and social support in relation to psychological distress in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2005;14:363-72.
- Sohng KY. Effects of a self-management course for patients with systemic lupus erythematosus. *J Adv Nurs*. 2003;42:479-86.
- Ampelas JF, Wattiaux MJ, Van Amerongen AP. Psychiatric manifestations of lupus erythematosus systemic and Sjögren's syndrome. *Encephale*. 2001;27:588-99.
- Costa DD, Bernatsky S, Dritsa M, Clarke AE, Dasgupta K, Keshani A. Determinants of sleep quality in women with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2005;53:272-8.