

Duloxetina en Trastorno Depresivo Mayor. A propósito de un caso.

R. Sáez¹, L. González², MD. Sánchez³, M. Barberán⁴, J. Monederos⁵, A. Pérez⁶.

Médico Psiquiatra. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Servicio de Salud Mental. Albacete. España.

Médico Residente de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Servicio de Salud Mental. Albacete. España.

Médico Psiquiatra. Hospital de Almansa. Servicio de Salud mental. Albacete. España

Médico Psiquiatra. Hospital Francisc de Borja. Gandía. España.

Médico Medicina Comunitaria y Familia. Hospital de Almansa. Servicio de Urgencias. Albacete. España⁶. Alejandro Pérez Domínguez 74521945J Médico Residente Medicina Comunitaria y Familia. Hospital de Almansa. Servicio de Urgencias. Albacete. España

Introducción

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es considerado por la Organización Mundial de la Salud como una de las principales causas principales de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad. La farmacoterapia incluso no tiene una efectividad uniforme. Muchos episodios no responden completamente al antidepresivo inicial.

Es importante revisar la evidencia de los tratamientos de primera línea de TDM y las estrategias para pacientes, en concreto el caso presentado con dicho diagnóstico y con una buena respuesta al tratamiento con duloxetina.

Metodología

Se expone un caso clínico extraído de las consultas externas de psiquiatría a través de una revisión retrospectiva de la historia clínica. Se añade también una revisión sobre el tratamiento de la depresión mayor con duloxetina utilizando *pubmed como motor de búsqueda*. Se acota la búsqueda a los últimos 5 años.

Resultados

Mujer de 49 años que fue derivada en noviembre de 2020 a nuestra consulta de psiquiatría de enlace desde el Servicio de Reumatología por afectación afectiva en el contexto de Fibromialgia severa. La paciente llevaba tratamiento con paroxetina 20 mg 1,5 comprimidos al día sin haber presentado respuesta. Además, cumple tratamiento con lormetazepam 2 mg antes de dormir.

En nuestra paciente exploramos un malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, con dificultad en la adaptación al mismo. Hay un deterioro significativo en lo social, laboral y familiar. En concreto, nuestra paciente presenta un cuadro clínico compatible con: **Trastorno adaptativo con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido 309.28 (F43.23)**. Predomina una combinación de depresión y ansiedad. Se realiza ajuste progresivo para retirar paroxetina y pautar duloxetina hasta dosis de 60 mg al día.

Al mes y medio del ajuste de tratamiento, se aprecia una mejoría importante en ánimo, menor intensidad de la hipotimia. Las crisis de ansiedad han pasado de una frecuencia 5/7 días de la semana a 1 cada 2 semanas. Disminución de la ansiedad basal. Han cedido las ideas de hastío vital. No hay oclusión de futuro. Menor rumiación sobre la pérdida de funcionalidad. Por otro lado, la paciente identifica una mejoría parcial en dolor.

La duloxetina es un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina aprobado para el tratamiento de trastorno depresivo mayor (TDM), trastorno de ansiedad generalizada (TAG), dolor neuropático, fibromialgia e incontinencia urinaria de esfuerzo (SUI). Estas enfermedades tienen similitudes en la fisiopatología por lo que el tratamiento con duloxetina podría ser una alternativa eficaz y segura. En la revisión sistemática que hemos realizado se confirma que el mecanismo dual de la duloxetina beneficia el tratamiento tanto de la clínica depresiva y ansiosa como de patología física algíca comórbida, suponiendo una alternativa eficaz, segura y en general bien tolerada para tratamientos a corto y largo plazo (1).

Conclusiones

Podemos afirmar que nuestra paciente ha experimentado una mejoría notoria en ánimo y en dolor con el inicio de tratamiento. El aumento de duloxetina a la dosis actual de 60 mg ha producido una mejoría importante en la parte afectiva así como en el dolor. No podemos obviar que el abordaje del dolor en la fibromialgia es todavía complicado por la falta de conocimiento sobre la etiología y proceso de la enfermedad. Cada vez más la evidencia nos dice que no hay una afectación periférica en musculatura ni inervación sino un procesamiento del dolor erróneo a nivel central que hace percibir una señal normal como una señal de dolor. Esto nos explicaría por qué hay una respuesta muy pobre a la analgesia que habitualmente se utiliza, incluso los derivados de opioides.

Bibliografía

1. D.Rodrigues-Amorim, J. M. Olivares, C. Spuch, T. Rivera-Baltanás A Systematic Review of Efficacy, Safety, and Tolerability of Duloxetine. Front Psychiatry. 2020; 11: 554899
- 2, Kremer M, et al. A dual noradrenergic mechanism for the relief of neuropathic allodynia by the antidepressant drugs duloxetine and amitriptyline. J. Neurosci. 2018;38:9934–9954
3. American Psychiatric Association. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM -5; APA, 2013).