



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,
Psicología y Salud Mental

TRASTORNO DEPRESIVO EN PACIENTE CON HIPERPARATIROIDISMO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Juan Guillermo Muñío Redondo, Batirtze Goitia Aritxa, Rafael García Martínez, Tania Escrich Ochoa, Inmaculada Maiso López

gmunio.redondo@gmail.com

hiperparatiroidismo, depresión

RESUMEN

Presentamos el caso de una paciente de 54 años de edad que realiza seguimiento habitual en la unidad de salud mental por un trastorno depresivo persistente (DSM 5) y que en el último año acontece un episodio depresivo mayor. En un análisis de sangre rutinario presenta hipercalcemia con elevación de la PTH y tras pruebas complementaria es candidata para tratamiento quirúrgico.

El hiperparatiroidismo primario (HPTP) es un trastorno endocrino frecuente que cursa con la elevación de los niveles séricos de calcio debido a una producción excesiva de hormona paratiroidea (PTH). Esta entidad, se ha relacionado con diversas manifestaciones psiquiátricas entre las que se encuentran ansiedad, depresión, fatiga, labilidad emocional, delirios, alucinaciones y confusión.

INTRODUCCIÓN

El hiperparatiroidismo (HPT) se produce por un aumento de la actividad de las glándulas paratiroideas, lo que conduce a una producción inadecuada o excesiva de la paratohormona (PTH). Todo ello implica un cambio en el metabolismo del calcio produciendo hipercalcemia y alteraciones estructurales óseas (Gilsanz Fernández, 2009). Esta entidad se ha relacionado con diversas manifestaciones psiquiátricas entre las que se encuentran ansiedad, depresión, fatiga, labilidad emocional y en ocasiones síntomas psicóticos y confusión. (Spivak et al., 1989)

Presentamos el caso de una paciente de 54 años de edad que realiza seguimiento habitual en la unidad de salud mental por un trastorno depresivo persistente (*DSM-5. Manual de*

TRASTORNO DEPRESIVO EN PACIENTE CON HIPERPARATIROIDISMO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Diagnóstico Diferencial - *DSM-5*®, n.d.) y que en los últimos meses presenta un episodio depresivo mayor. Al realizarle un análisis de sangre rutinario presenta una elevación de los niveles séricos de calcio con elevación de la PTH y, tras los estudios complementario, es candidata para tratamiento quirúrgico de paratiroidectomía.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 54 años que acude a la consulta en el Centro de Salud Mental tras ser remitida por su Médico de Atención Primaria en el contexto de sintomatología ansiosa. En los dos años anteriores la paciente había presentado síntomas depresivos recibiendo tratamiento con sertralina 150 mg al día. A pesar del tratamiento no se había alcanzado una remisión completa del cuadro persistiendo síntomas depresivos leves.

En las primeras exploraciones, la paciente describía un empeoramiento anímico en los últimos dos meses predominando un ánimo deprimido con pérdida de interés y abandono de actividades gratificantes, así como sentimientos de inutilidad y vacío. Manifestaba debilidad con cansancio extremo, problemas de concentración, pérdida de apetito y dificultades en la 1ª y 3ª fase del sueño. Verbalizaba deseos pasivos de muerte sin presentar una ideación autolítica estructurada.

Entre sus antecedentes personales cabe destacar un primer intento autolítico a la edad de 18 años en el contexto de un trastorno de adaptación. Estuvo realizando tratamiento psicológico y farmacológico. A la edad de 28 años realiza un nuevo intento autolítico estableciéndose el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor e instaurándose tratamiento con ISRS (fluoxetina) y medicación ansiolítica (benzodiazepina). Realizó seguimiento en consultas ambulatorias durante un año con buena evolución y recuperación completa. Presentó un buen funcionamiento en los años posteriores hasta que a la edad de 39 años acontece una nueva recaída depresiva. En un primer momento fue tratada con fluoxetina hasta 40 mg al día y posteriormente con sertralina obteniendo buena respuesta y una evolución favorable. Realizó seguimiento durante dos años tras los cuales se inició la retirada progresiva del tratamiento sin incidencias reseñables.

Como antecedentes somáticos de relevancia se registra la presencia de una hipertensión arterial diagnosticada a la edad de 45 años y tratada con β -bloqueante. Con 25 años padeció un episodio de litiasis renal. Entre sus antecedentes familiares destacaba el tratamiento de la madre por un trastorno depresivo crónico.

TRASTORNO DEPRESIVO EN PACIENTE CON HIPERPARATIROIDISMO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Tras las exploraciones iniciales se estableció el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor y se optó por la sustitución del tratamiento que venía tomando por un fármaco de acción dual (venlafaxina) en dosis crecientes hasta alcanzar 150 mg al día y un fármaco con acción hipnótica (zolpidem). A las tres semanas de tratamiento no se evidencia mejoría alguna por lo que optamos por una maniobra de optimización de dosis junto con la combinación de mirtazapina 30 mg al día.

A las ocho semanas de tratamiento sigue persistiendo la clínica depresiva nuclear sin apenas variación, manifestando un cansancio extremo que le llega a interferir en el mantenimiento de los hábitos básicos. Ante esta apreciación se decide realizar de una analítica sanguínea completa con bioquímica general y hemograma.

Los resultados iniciales mostraron una disminución del filtrado glomerular (filtrado glomerular de 54 mL/min) respecto a las cifras de la analítica realizada en los seis meses anteriores. Tras ampliar los parámetros a estudio se arroja el hallazgo de unas cifras de PTH intacta de 188 pg/ml (valores de referencia 15-65 pg/ml), calcio en suero 11.2 mg/dl (8.5 - 10.5) y fósforo en suero 2.34 mg/dl (2.5 - 4.8) . A raíz de estos resultados inicia el seguimiento por parte de los servicios de nefrología y endocrinología en el contexto de un hiperparatiroidismo primario.

Durante las 12 semanas de seguimiento se han intentado diferentes estrategias de combinación y potenciación del tratamiento antidepresivo, así como intervención psicológica sin alcanzarse resultados significativos hasta fecha. En la actualidad se encuentra pendiente de intervención quirúrgica.

DISCUSIÓN

El HPT es una entidad que afecta al metabolismo del calcio y está caracterizada por hipercalcemia y una elevación inadecuada en las concentraciones de PTH. El HPT primario tiene una incidencia entre 20-30 casos cada 100.000 habitantes, con un predominio de afectación en mujeres con un ratio aproximado de 3-4:1. Se suele presentar en la edad media de la vida y en la tercera edad (Gilsanz Fernández, 2009) (Bilezikian et al., 2017). A nivel clínico sus síntomas más característicos incluyen la urolitiasis, la osteopenia, la osteoporosis, las náuseas y la úlcera péptica.

En nuestro caso la paciente presentaba un agravamiento de los síntomas depresivos y durante las primeras semanas no evidenciamos una clara respuesta al tratamiento por lo que nos hizo plantearnos la hipótesis de que se pudiese tratar de un caso de depresión resistente.

TRASTORNO DEPRESIVO EN PACIENTE CON HIPERPARATIROIDISMO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Una de las manifestaciones que realizaba la paciente verbalizaba con mayor intensidad era la presencia de un cansancio extremo que le producía una importante limitación para mantener sus actividades de su vida cotidiana. Este hecho, junto con la persistencia de la sintomatología afectiva, hizo necesario replantearnos la orientación diagnóstica inicial con el apoyo de exploraciones complementarias. Realizamos una analítica sanguínea con una bioquímica que mostró unos parámetros compatibles con un HPT primario.

Se ha establecido a la depresión como uno de los diversos síntomas del HPT. Otros trastornos neuropsiquiátricos como la ansiedad, psicosis y disfunción cognitiva han sido relacionados también con esta entidad. (Bollerslev et al., 2007) (Weber et al., 2013).

Varios estudios han intentado establecer la frecuencia de aparición de los síntomas psiquiátricos en la población afectada de HPT así como la respuesta al tratamiento quirúrgico (Espiritu et al., 2011). En un estudio realizado en población anciana con HPT arrojó cifras afectación neuropsiquiátrica en el 73% de los casos, siendo la confusión y la depresión los síntomas más frecuentes (30% y 27 % respectivamente). Entre sus conclusiones destacaban la cirugía como un tratamiento eficaz y que ayudó a la mejoría en 13 de los 30 casos analizados (Pfitzenmeyer et al., 1993).

En contrapartida, el estudio llevado a cabo por Bollerslev et al, los pacientes fueron aleatorizados en un grupo que recibiría tratamiento quirúrgico y otro grupo que permanecería bajo observación médica. Al finalizar el estudio no se hallaron diferencias clínicas significativas respecto a los síntomas psicológicos entre estos dos grupos. (Bollerslev et al., 2007).

Se ha establecido la comparativa también entre pacientes afectadas por HPT y un grupo control. Este era el objetivo del estudio llevado a cabo por Walker et al que se propone valorar los síntomas psicológicos y la función cognitiva en el HPT. Para ello establecieron un grupo de mujeres en periodo postmenopáusico y afectadas por HPT y otro grupo de mujeres control sin esta afectación. Las pacientes con HPT fueron sometidas a cirugía de paratiroidectomía. Los resultados del estudio mostraron unos mayores niveles de ansiedad y de depresión en el grupo de mujeres con HPT así como un peor rendimiento en pruebas de memoria verbal y abstracción que en el grupo control. Tras la cirugía se apreció una mejoría de la depresión, en la abstracción y en algunos aspectos de la memoria verbal. (Walker et al., 2009) .

TRASTORNO DEPRESIVO EN PACIENTE CON HIPERPARATIROIDISMO. A PROPÓSITO DE UN CASO

CONCLUSIONES

Ante un caso de depresión resistente debemos plantearnos y verificar diversas posibilidades entre las que se encuentra la adherencia terapéutica, el diagnóstico establecido y las posibles comorbilidades psiquiátricas o médicas. Entre estas últimas, el hiperparatiroidismo primario puede estar enmascarado cuando sus síntomas más característicos no son tan evidentes.

Es necesario ampliar los estudios sobre la presencia de síntomas neuropsiquiátricos e el HPT, así como el beneficio que pudiera tener la cirugía en la evolución y recuperación de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bilezikian, J. P., Cusano, N. E., Khan, A. A., Liu, J., Marcocci, C., Bandeira, F., Diseases, M., Hospital, R., Jiao-tong, S., & Medicine, E. (2017). *HHS Public Access*. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.33.Primary>
2. Bollerslev, J., Jansson, S., Mollerup, C. L., Lundgren, E., Tørring, O., Varhaug, J., Baranowski, M., Aanderud, S., Franco, C., & Freyschuss, B. (2007). *Medical Observation , Compared with Parathyroidectomy , for Asymptomatic Primary Hyperparathyroidism : A Prospective , Randomized Trial*. 92(5), 1687–1692. <https://doi.org/10.1210/jc.2006-1836>
3. *DSM-5. Manual de Diagnóstico Diferencial - DSM-5®*. (n.d.). [Book]. Editorial Médica Panamericana.
4. Espiritu, R. P., Kearns, A. E., Vickers, K. S., Grant, C., Ryu, E., & Wermers, R. A. (2011). Depression in primary hyperparathyroidism: Prevalence and benefit of surgery. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 96(11), 1737–1745. <https://doi.org/10.1210/jc.2011-1486>
5. Gilsanz Fernández, C. (2009). Clínica y diagnóstico diferencial de los hiperparatiroidismos. *Revista Española de Enfermedades Metabólicas Óseas*, 18(4), 70–76. [https://doi.org/10.1016/S1132-8460\(09\)73461-0](https://doi.org/10.1016/S1132-8460(09)73461-0)
6. Pfitzenmeyer, P., Besancenot, J. F., Verges, B., Cougard, P., Lorcerie, B., Cercueil, J. P., Monnier, V., Turcu, A., & Gaudet, M. (1993). Primary hyperparathyroidism in very old patients. *The European Journal of Medicine*, 2(8), 453–456. <http://europepmc.org/abstract/MED/8258044>

TRASTORNO DEPRESIVO EN PACIENTE CON HIPERPARATIROIDISMO. A PROPÓSITO DE UN CASO

7. Spivak, B., Radvan, M., Ohring, R., & Weizman, A. (1989). Primary hyperparathyroidism, psychiatric manifestations, diagnosis and management. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 51(1), 38–44. <https://doi.org/10.1159/000288132>
8. Walker, M. D., McMahon, D. J., Inabnet, W. B., Lazar, R. M., Brown, I., Vardy, S., Cosman, F., & Silverberg, S. J. (2009). *Neuropsychological Features in Primary Hyperparathyroidism: A Prospective Study*. 94(June), 1951–1958. <https://doi.org/10.1210/jc.2008-2574>
9. Weber, T., Eberle, J., Messelhäuser, U., Schiffmann, L., Nies, C., Schabram, J., Zielke, A., Holzer, K., Rottler, E., Henne-Bruns, D., Keller, M., & von Wietersheim, J. (2013). Parathyroidectomy, Elevated Depression Scores, and Suicidal Ideation in Patients With Primary Hyperparathyroidism: Results of a Prospective Multicenter Study. *JAMA Surgery*, 148(2), 109–115. <https://doi.org/10.1001/2013.jamasurg.316>