

R. Ramos-Ríos
J. Berdullas Barreiro
P. Varela-Casal
A. Araúxo Vilar

Depresión vascular con síntomas melancólicos: respuesta a terapia electroconvulsiva

Servicio de Psiquiatría
Hospital Gil Casares
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela
Santiago de Compostela (A Coruña)

El concepto de depresión vascular hace referencia a casos de depresión de inicio tardío, con infartos cerebrales en técnicas de imagen y factores de riesgo cardiovascular, con déficit cognitivos y pobre respuesta a fármacos antidepressivos. Se presenta el caso de una mujer de 71 años, sin antecedentes psiquiátricos y con factores de riesgo vascular, que reingresa en una unidad de hospitalización psiquiátrica por depresión melancólica con síntomas psicóticos. La resonancia magnética de la paciente mostró un infarto lacunar subcortical y una ligera leucoaraiosis y presentó déficit cognitivos en las pruebas neuropsicológicas. En los ingresos previos fue refractaria a psicofármacos, respondiendo únicamente a terapia electroconvulsiva (TEC). En este ingreso se aplicó TEC, con remisión de la sintomatología, incluyéndose en programa de TEC de mantenimiento. El concepto de depresión vascular podría explicar las especiales características y evolución del caso.

Palabras clave:
Depresión vascular. Depresión de inicio tardío. Terapia electroconvulsiva. Funciones ejecutivas.

Actas Esp Psiquiatr 2007;35(6):403-405

Vascular depression with melancholic symptoms: response to electroconvulsive therapy

The concept of vascular depression includes cases of late-onset depression, with cerebral infarction observed in imaging modalities and cardiovascular risk factors, with cognitive disabilities and poor response to antidepressant drugs. A case of a 71 year-old woman with no psychiatric background and with vascular risk factors who was re-admitted to a psychiatric hospitalization unit for melancholic depression with psychotic symptoms is presented. The magnetic resonance imaging showed a subcortical lacunar

lesion and mild leukoaraiosis lesions and the neuropsychological examinations showed mild cognitive impairments. In the previous admissions the symptoms were refractory to several psychopharmacology strategies, responding only to electroconvulsive therapy (ECT). In this admission she received ECT, with remission of the symptoms, and was included in an ECT maintenance program. The vascular depression concept would explain the special features and outcome of this case.

Key words:
Vascular depression. Late-onset depression. Electroconvulsive therapy. Executive functions.

INTRODUCCIÓN

Hace poco más de una década Krishnan (1995) enuncia la hipótesis de la depresión aterosclerótica¹ y Alexopoulos (1997) introduce el concepto de depresión vascular² al proponer que la enfermedad cerebrovascular podría predisponer, precipitar o perpetuar la depresión en la edad geriátrica, señalando las características que le serían propias: factores de riesgo cardiovascular, focalidad neurológica, alteraciones neuropsicológicas, hiperseñales o infartos silentes en la resonancia magnética (RM), inicio tardío, ausencia de antecedentes familiares afectivos y, entre las características clínicas, mayor frecuencia de datos de endogenidad e importante discapacidad, así como posible alteración de las funciones ejecutivas (síndrome depresión-disfunción ejecutiva³). Se propone una fisiopatología común para la depresión postictus, la depresión vascular y el síndrome depresión-disfunción ejecutiva basada en la disrupción de vías subcorticales a nivel prefrontal, con alteración de los circuitos de neurotransmisión monoaminérgicos.

Existen numerosas referencias a la frecuente refractariedad al tratamiento psicofarmacológico en estos pacientes, por lo que la terapia electroconvulsiva (TEC) se erige como alternativa⁴, habiendo datos de su efectividad en pacientes resistentes o con intolerancia a fármacos antidepressivos, similar a las de aquellos sin alteraciones en la neuroimagen⁵, aunque trabajos posteriores no han confirmado esta supe-

Correspondencia:
Ramón Ramos Ríos
Unidade de Hospitalización Psiquiátrica
Hospital Gil Casares
Complejo Hospitalario Universitario
de Santiago de Compostela
Travesía da Choupana, s/n
Santiago de Compostela (A Coruña)
Correo electrónico: treserres30@yahoo.es

rioridad⁶. La TEC no produce déficit cognitivos a largo plazo, mejorando este aspecto en paralelo con el síndrome depresivo⁷. Sí se produce con mayor frecuencia *delirium* interictal. No se ha demostrado un avance de la enfermedad cerebrovascular en relación con los cambios hemodinámicos durante la TEC, ni la aparición de cambios en neuroimagen estructural⁸, considerándose una técnica segura y eficaz en estos pacientes⁹.

CASO CLÍNICO

Se presenta una paciente de 71 años, viuda desde hace 1 año, sin hijos y asilada en una residencia. Como antecedentes somáticos destacan hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes mellitus no insulino dependiente, sin que se identifiquen antecedentes personales ni familiares de enfermedad mental. A los 70 años, coincidiendo con la enfermedad de su marido, ingresa por una melancolía delirante, presentando anhedonia, ideas de culpa, episodios de agitación, anorexia e insomnio, con ideación delirante de ruina, autorreferencialidad y alucinaciones olfatorias, además de ideación suicida. Fue tratada con paroxetina 40 mg/día, venlafaxina 300 mg/día, mirtazapina 15 mg/día, risperidona 4,5 mg/día y olanzapina 5 mg/día, sin mejoría, tras lo que recibió seis sesiones de TEC bilateral con recuperación *ad integrum*. Dos meses después reingresó con un cuadro similar, resolviéndose con seis sesiones de TEC bilateral. Se realizó RM cerebral que no evidenció lesiones agudas, aunque informó de una lesión lacunar en el centro semioval izquierdo y mínimas le-

siones de leucoaraiosis en territorios frontera posteriores (fig. 1). Al alta presentaba importantes alteraciones mnésicas y recibió un segundo diagnóstico, el de demencia vascular con melancolía. Dos meses después del alta reingresa por una nueva recaída y recibe siete sesiones de TEC, espaciadas, tratando de evitar las consecuencias desfavorables en la esfera cognitiva. Tras esta alta acudió a la consulta de psicogeriatría, donde se valoró que no presentaba demencia. Tres meses después reingresaba con un cuadro de estupor melancólico: mutista, hipoproséxica, bradipsíquica, negativista, suspicaz, inhibida; con tristeza patológica y anhedonia; con ideación delirante de ruina y perjuicio, sin conciencia de trastorno y con compromiso de los hábitos básicos (rechazo de la ingesta y de los cuidados). El electroencefalograma presentó un trazado mal integrado, polirrítmico con interferencia lenta e irritativa difusa, predominantemente en áreas centrales, compatible con etiología vascular. En una nueva RM cerebral no se objetivaron cambios respecto al estudio previo. Fue tratada con TEC bilateral (ocho sesiones con 225 s de convulsión electroencefalográfica total), alcanzando la eutimización y presentando, como efecto secundario de la TEC, desorientación temporal y dificultades mnésicas (Mini-Examen Cognoscitivo de 29/35¹⁰). Todo lo anterior llevó al diagnóstico de depresión mayor melancólica de origen vascular (DSM-IV-TR 293.83) y deterioro cognitivo leve. Al alta se pautó duloxetine 60 mg/día y quetiapina 100 mg/día y se programó para TEC de mantenimiento. En la evaluación neuropsicológica, en período de remisión (entrevista clínica, selección de ítems del PIEN Barcelona, del WAIS-III y del WMS-III, Torre de Hanoi, Figura Compleja de Rey y Test de

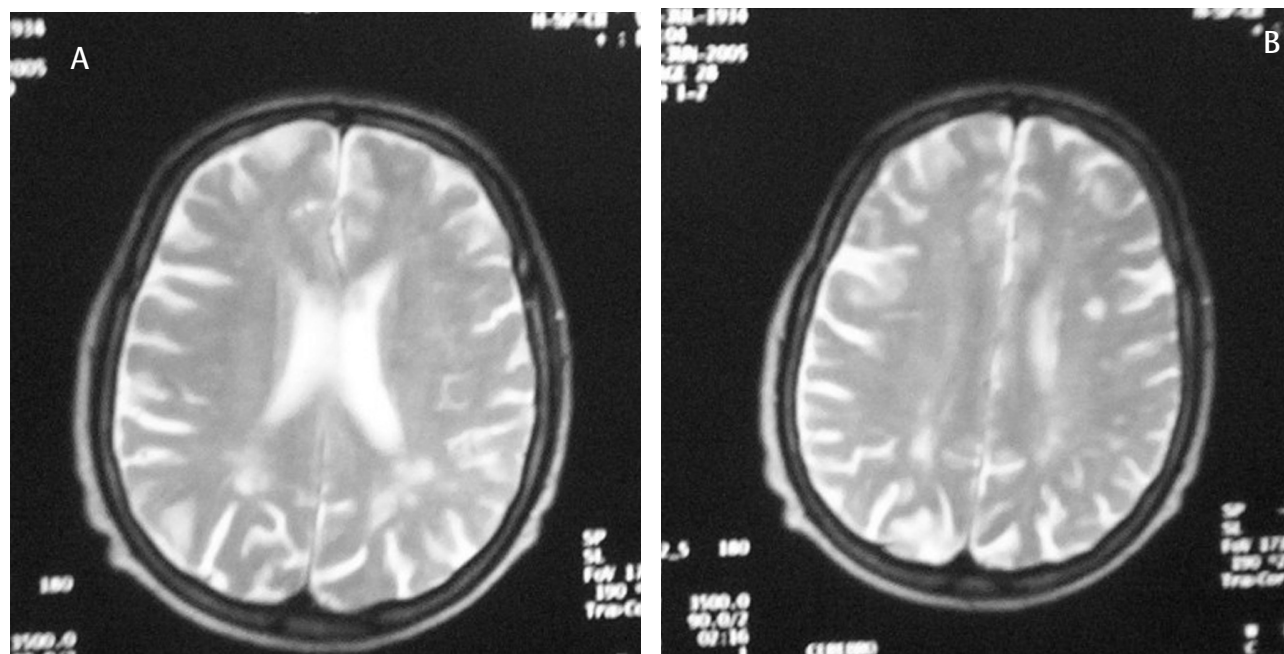


Figura 1 | Resonancia magnética en T2. Se observa la lesión lacunar izquierda subcortical (A) y la leucoaraiosis de territorios frontera posteriores (B).

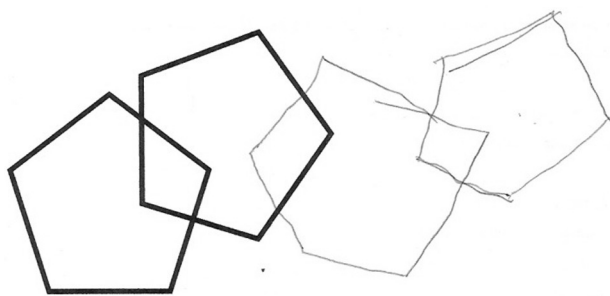


Figura 2 | *Pentágonos del MEC. A pesar de la ejecución correcta se observa el déficit de planificación al realizar la tarea.*

Wisconsin) se obtuvo un déficit en evocación fonética; conservación de la memoria evocativa inmediata con déficit evocativo a corto-medio plazo y reconocimiento conservado; disfunción ejecutiva con déficit en planificación y ejecución y falta de flexibilidad cognitiva. La paciente era consciente de los déficit (fig. 2).

En los 8 meses siguientes no se produjo ninguna recaída de la sintomatología depresiva, manteniéndose en programa de TEC (periodicidad de una sesión por mes) y con tratamiento antidepressivo con duloxetine 60 mg/día.

DISCUSIÓN

El caso clínico presentado se ajustaría a la definición de depresión vascular propuesta por Alexopoulos². El hallazgo de datos de enfermedad cerebrovascular en la RM y la existencia de disfunción ejecutiva demostrada en la exploración neuropsicológica se han asociado con una pobre respuesta al tratamiento psicofarmacológico (en este caso con una evolución caracterizada por la recurrencia de la sintomatología depresiva). Otra característica que aporta mayor interés al caso es que se trata de una depresión vascular con síntomas melancólicos prominentes. La concurrencia de un estresor vital de importancia no resta validez a la hipótesis de la etiología orgánica al entenderse que la enfermedad cerebrovascular no actuaría a modo de desencadenante único, sino como facilitadora y precipitante del trastorno depresivo.

Este caso también aporta una relevante observación referente al tratamiento y pronóstico al mostrar la eficacia de la TEC en casos de depresión de inicio tardío con una mala respuesta terapéutica y un gran deterioro funcional, huyendo así del nihilismo terapéutico¹¹. El tratamiento con TEC no sólo no ha producido un empeoramiento cognitivo, sino que ha logrado una acusada mejoría en una paciente previamente diagnosticada de demencia. Durante el curso del tratamiento se presentaron episodios de *delirium* que fueron adecuadamente manejados y se resolvieron sin complicaciones. Se podría argumentar la posible relación de los déficit ejecu-

tivos con la TEC, pero observaciones recientes no han apoyado esta hipótesis (si han hallado déficit en fluencia verbal fonética)¹². Es difícil valorar la aportación del tratamiento con duloxetine en la prevención de recaídas al mantenerse la paciente en un programa de TEC de mantenimiento.

Este caso clínico con sus particularidades fenomenológicas y evolutivas apoyaría el constructo teórico de depresión vascular que ha contribuido a la comprensión y manejo del mismo.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a Iria Espiño Díaz, psiquiatra de este servicio, su contribución en la revisión bibliográfica necesaria para la elaboración de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Krishnan KRR, McDonald WM. Arteriosclerotic depression. *Med Hypotheses* 1995;44:111-5.
2. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Campbell S, Silbersweig D, Charlson M. Vascular depression hypothesis. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:915-22.
3. Alexopoulos GS. Role of executive function in late-life depression. *J Clin Psychiatry* 2003;64:18-23.
4. Baldwin RC, Simpson S. Treatment resistant depression in the elderly: a review of its conceptualisation, management and relationship to organic brain disease. *J Affect Disord* 1997; 46:163-73.
5. Coffey CE, Figiel GS, Djang WT, Weiner RD. Subcortical hyperintensity on magnetic resonance imaging: a comparison of normal and depressed elderly subjects. *Am J Psychiatry* 1990;147:187-9.
6. Hickie I, Scott E, Mitchell P, Wilhelm K, Austin MP, Bennett B. Subcortical hyperintensities on magnetic resonance imaging: clinical correlates and prognostic significance in patients with severe depression. *Biol Psychiatry* 1995;37:151-60.
7. Rao V, Lyketsos CG. The benefits and risks of ECT for patients with primary dementia who also suffer from depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15:729-35.
8. Blackburn PA, Decalmer P. Is ECT safe in patients with cerebrovascular disease? *Int J Geriatr Psychiatry* 1994;9:757-61.
9. Van der Wurff FB, Stek ML, Hoogendijk WJG, Beekman ATF. The efficacy and safety of ECT in depressed older adults, a literature review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18:894-904.
10. Lobo A, Esquerre J, Gómez Burgada F, Sala JM, Seva A. El Mini-Examen Cognoscitivo: un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1979;3:189-202.
11. Steffens DC, Taylor WD, Krishnan KRR. Progression of subcortical ischemic disease from vascular depression to vascular dementia. *Am J Psychiatry* 2003;160:1751-6.
12. Rami-González L, Bernardo M, Portella MJ, Goti J, Gil-Verona JA, Salamero M. Evaluación de las funciones frontales en pacientes psiquiátricos durante el tratamiento con terapia electroconvulsiva de mantenimiento. *Actas Esp Psiquiatr* 2003; 31:69-72.