

CASO CLÍNICO

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y depresión

EDMUNDO ROSALES-MAYOR¹,
NÉSTOR SOLER PORCAR^{1,2}
Y ARTURO HUERTA GARCÍA^{1,2}

¹Servicio de Neumología. Institut Clínic del Tòrax. Hospital Clínic de Barcelona.

²CIBER de Respiratorio 06/06/0028.

Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad multidimensional y sistémica¹. Frecuentemente está asociada a una o varias comorbilidades, siendo la depresión una de ellas².

Caso clínico

Mujer de 50 años de edad, fumadora activa con dosis acumulada de 100 paquetes/año. Sus antecedentes patológicos incluían hipertensión arterial en tratamiento farmacológico con un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina, diabetes mellitus de tipo 2 en tratamiento con insulina subcutánea y EPOC GOLD II de reciente diagnóstico —hace casi un año— debido a un ingreso por descompensación aguda y en tratamiento con broncodilatado-

res (combinación fija de agonista β_2 y corticoide, y anticolinérgico de larga duración). Su funcionalismo pulmonar en el momento del diagnóstico fue: volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV₁), 1,31 l (57%) con prueba broncodilatadora positiva; capacidad vital forzada (FVC), 2,28 l (79%); FEV₁/FVC, 58%, y capacidad pulmonar total (TLC), 87%. Su gasometría arterial basal mostraba leve hipoxemia sin hipercapnia (pH, 7,43; PaO₂, 77,5 mmHg; PaCO₂, 30,9 mmHg). La paciente, desde su diagnóstico de EPOC, había presentado cinco episodios de agudizaciones, que fueron tratadas de forma ambulatoria sin requerir ingreso hospitalario. Se buscaron y descartaron otras causas de agudización (bronquiectasias, incumplimiento del tratamiento, tabaquismo activo, mala técnica inhalatoria, colonización por bacterias patógenas, insuficiencia cardíaca, reflujo gastroesofágico, etc.). Se sospechó entonces la presencia de ansiedad/depresión, por lo que fue remitida al psiquiatra. Una vez realizado el diagnóstico de depresión, la paciente recibió inicialmente tratamiento con fluoxetina, que no toleró. Se cambió el tratamiento a citalopram, con el que se obtuvo mejoría clínica y aumento en la actividad física. Desde el inicio de tratamiento, la paciente sólo ha presentado un episodio de agudización.

Discusión

Se ha descrito una elevada prevalencia de síntomas y trastornos depresivos en pacientes con EPOC, que oscila entre el 8 y el 80%³⁻⁶. La presencia de depresión en un paciente con EPOC se ha relacionado con una evolución negativa de la enfermedad respiratoria, que incluye: aumento de la mortalidad, la percepción de síntomas y el número de hospitalizaciones; disminución en el estado funcional; calidad de vida, y actividades de la vida diaria^{4,6,7}. Es

ampliamente aceptado que la presencia de depresión y ansiedad tiene un impacto en la percepción de síntomas, y esto puede contribuir a la baja tolerancia al ejercicio⁸. Un estudio realizado por Hanania et al.⁵ en la cohorte de pacientes del estudio ECLIPSE sobre posibles determinantes de la presencia de depresión en pacientes con EPOC mostró que una mayor fatiga, una peor calidad de vida, el sexo femenino, una edad más joven, el tabaquismo activo y los antecedentes de enfermedad cardiovascular se asociaban significativamente con la presencia de depresión, que no se relacionaba con el aumento de citocinas ni con la función pulmonar. A pesar del aumento de la evidencia que sugiere que ciertas intervenciones (como la rehabilitación pulmonar, el uso de antidepresivos y el asesoramiento) pueden mejorar los desenlaces en aspectos de salud, el diagnóstico de depresión en la EPOC continúa pasando desapercibido y la enfermedad infratratada⁸. Se ha observado que iniciar la administración de fármacos antidepresivos (tricíclicos o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) y medidas como la terapia cognitivo-conductual reducen los síntomas depresivos. Además, mejoran marcadores subjetivos (como síntomas respiratorios, confort físico o las actividades de la vida diaria) y objetivos (como el test de la marcha de 6 minutos o el número de agudizaciones o ingresos hospitalarios) del curso de la EPOC^{2,8}.

Conclusión

La depresión constituye una comorbilidad frecuente en el paciente con EPOC. La importancia de tener

presente su elevada prevalencia y realizar un diagnóstico oportuno podría influir en una mejoría en la evolución de la enfermedad y en la calidad de vida.

Bibliografía

1. Cosio BG, Fiorentino F, Scrimini S. Chronic obstructive pulmonary disease and asthma. *Arch Bronconeumol.* 2010;46(Suppl 8):2-7.
2. von Leupoldt A, Taube K, Lehmann K, Fritzsche A, Magnussen H. The impact of anxiety and depression on outcomes of pulmonary rehabilitation in patients with COPD. *Chest.* 2011;Mar 31.
3. Schane RE, Walter LC, Dinno A, Covinsky KE, Woodruff PG. Prevalence and risk factors for depressive symptoms in persons with chronic obstructive pulmonary disease. *J Gen Intern Med.* 2008;23(11):1757-62.
4. Hynninen KM, Breivite MH, Wiborg AB, Pallesen S, Nordhus IH. Psychological characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease: a review. *J Psychosom Res.* 2005;59(6):429-43.
5. Hanania NA, Mullerova H, Locantore NW, Vestbo J, Watkins ML, Wouters EF, et al. Determinants of depression in the ECLIPSE chronic obstructive pulmonary disease cohort. *Am J Respir Crit Care Med.* 2011;183(5):604-11.
6. Quint JK, Baghai-Ravary R, Donaldson GC, Wedzicha JA. Relationship between depression and exacerbations in COPD. *Eur Respir J.* 2008;32(1):53-60.
7. Maurer J, Rebbapragada V, Borson S, Goldstein R, Kunik ME, Yohannes AM, et al. Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs. *Chest.* 2008;134(4 Suppl):43S-56S.
8. Nici L, Donner C, Wouters E, Zuwallack R, Ambrosino N, Bourbeau J, et al. American Thoracic Society/ European Respiratory Society statement on pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med.* 2006; 173(12):1390-413.