

Depressió Vascular



Mireia Malo López

Aïna Pérez Guitart

MIR-R2 Psiquiatria

Xarxa Assistencial de Manresa

CAS CLÍNIC



Motiu d'ingrés

- Pacient que és traslladada des de l'Hospital Arnau de Vilanova per petició de la família per proximitat, després d'haver patit un infart en territori de l'ACM dreta de probable etiologia ateromatosa.

Antecedents

- Dona de 68 anys, autònoma per a les ABVD.
- **ORGÀNICS**
 - No hàbits tòxics.
 - Al·lèrgica al **Nolotil i Voltaren** (rash).
 - **HTA** en tractament amb dieta hiposòdica.
 - No tractament farmacològic.
- **PSIQUIÀTRICS**
 - **Familiars:** no en refereix.
 - **Personals:** mai vinculada a xarxa de Salut Mental ni tractament psicofarmacològic previ.
- Casada. Viu amb el seu marit. Té 2 fills ja independenditzats amb qui té bona relació.

Malaltia actual

- Pacient que acudí a urgències de l' Hospital Arnau de Vilanova el 05/12/09 per impotència funcional d'hemicòs esquerre i caiguda al terra mitja hora després d'haver anat a dormir, amb alteració del llenguatge.
- Referia que durant el dia previ havia tingut sensació de parestèsies en braç i mà esquerreres, sense dèficits motors aparents.



Exploració física i exploracions complementàries

A Lleida... (5/12 a 18/12/2009)

- **TAC cranial** (06/12/09): no lesions focals, sistema ventricular de morfologia i tamany normal, simètric. Solcs corticals, cisternes peritronculars i de la base cranial sense alteracions.
- **Exploració NRL a l'ingrés:**
 - hemiplègia esquerra
 - disàrtria
 - hemianòpsia homònima esquerra, hemihipoestèsia i negligència esquerres.
- Després de 4 hores d'evolució es va decidir **NO** administrar tractament fibrinolític.

A Manresa... (18/12/2009)

■ Exploració física:

- t^a 36°C, TA 162/86, SO₂ 96%
- AC: tons rítmics sense bufs ni frecs.
- AP: MVC, sense roncus ni sibilàncies.

■ Exploració NRL:

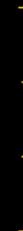
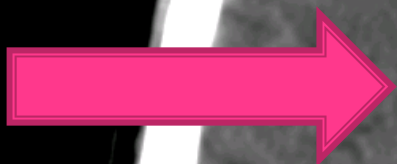
- Pacient conscient i orientada en temps, espai i persona.
- Molt agitada i nerviosa.
- Disàrtria, no afàsia.
- Paràlisi facial esquerra. Paràlisi hemicòs esquerra (0/5), sensibilitat disminuïda a ESE i EIE, ROTs ESE exaltats, RCP esquerra extensor (Babinski), dret no valorable.
- Campimetria per confrontació amb hemianòpsia homònima esquerra. No anosognòsia. Probable asomatognòsia.

TAC cranial (21/12/2009)

- Ictus isquèmic artèria cerebral mitja dreta; ateromatosi.
- TAC cranial previ (06/12/09) Hospital de Lleida: sense lesions focals
- **INFORME:**
- Ventricles laterals simètrics respecte a la línia mitja, tercer i quart ventricle centrats.
- Infart isquèmic caudat càpsulo-lenticular dret amb un petit focus de hemorràgia paraventricular al seu interior.
- Resta sense troballes a valorar.
- **CONCLUSIÓ:** Infart isquèmic caudat càpsulo-lenticular dret amb un petit focus de hemorràgia paraventricular al seu interior.

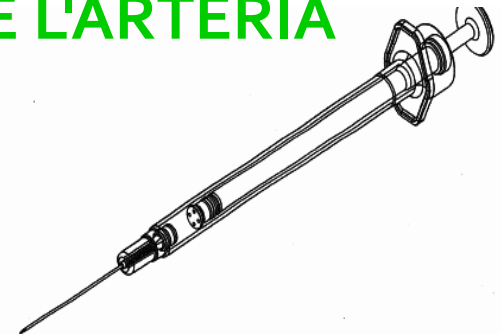
Id: 649453B
BD: 19410309

R



Exploracions complementàries

- **Analítica:** Hb 14,3g/dL, hto 41,6%, leucòcits $11,7 \times 10^9/L$, neutròfils $8,3 \times 10^9/L$, plaquetes 458.000/L, VSG 47, glucosa 117, urea 54, creatinina 0,63, colesterol 153 mg/dL, triglicèrids 191 mg/dL, , Na⁺ 141 mmol/L, K⁺ 4,7 mmol/L, albúmina 3.40 g/dL, proteïnes 6.40 g/dL.
- **Sediment d'orina:** >100 leucos per camp, 5-10 hematies per camp, abundant bacteriúria.
- **Urinocultiu:** >100.000UFC de *Klebsiella pneumoniae*.
- **Eco Doppler TSA/TC:** ESTENOSI GREU DE L'ARTÈRIA CARÒTIDA INTERNA DRETA (> 90%).



Diagnòstic

- ICTUS ISQUÈMIC A.C.M. DRETA
D'ETIOLOGIA ATEROMATOSA
- ATEROMATOSI CAROTÍDIA DRETA GREU
- INFECCIÓ TRACTE URINARI

→ **Trasllat al Centre Hospitalari dia
30/12/2009**



Ingrés convalescència CH
fins 9 d'abril 2010

IC psiquiatria 7 gener 2010

- Pacient sense antecedents psiquiàtrics d'interès que presenta simptomatologia depressiva post-AVC.
- Destaca ansietat important i inquietud, especialment per la nit i en relació a cefalea de probable origen orgànic (crisis hipertensives).
- A l'exploració d'avui no destaca simptomatologia confusional ni psicòtica, sinó estat d'ànim depressiu, amb apatia marcada, anhedonisme, sentiments d'incapacitat i inutilitat, amb idees de mort i ideació suïcida.

- **OD:**
 - Depressió major post-AVC

- **PLA:**
 - S'instaura tractament ATD amb **citalopram**.
 - Es deixa pautat **haloperidol** només opcional, en no destacar símptomes psicòtics ni confusionals.
 - S'afegeix pauta ansiolítica i hipnòtica amb **lorazepam**.

Evolució a convallescència

- Lenta i amb **poca evolució** de millora funcional. La Rehabilitació ha estat dificultosa per la poca resposta de la pacient. Es **fatiga** fàcilment. No pot **caminar** si no és agafada per 2 persones i amb molta dificultat. Greus problemes per mantenir **l'equilibri**. Necessita cadira de rodes per desplaçaments.
- En els darrers dies ha presentat cefalea de tipus tensional (TAC sense canvis) i **empitjorament del seu estat d'ànim**, amb inquietud i agitació, i demandes contínues de presència del seu marit.
- Ha precisat augment de dosi de **citalopram fins a 40mg/dia** per controlar el **comportament emocional**.
- L'índex de Barthel a l'alta és de **50/100**, i no millorarà més. Només ha millorat una mica l'ajuda en transferències, per vestir-se i el menjar. Segueix molt **depenent** per totes les AVDs.

Reingrés 29/07 al 12/08/2010

- En la setmana prèvia a l'ingrés acudí 3 cops a urgències de Psiquiatria per presentar episodis de desorientació temporo-espacial, marcada agitació psicomotriu per les nits i persistència de clínica depressiva.
- Finalment, ingressà a Medicina davant la impossibilitat per ingerir, freqüents bronco-aspiracions, febre i disminució del nivell de consciència.



IC psiquiatria 5 agost 2010

- La pacient ha realitzat tractament amb **citalopram**, recentment canviat des d'Urgències a **fluoxetina** per baixa resposta i per millor tolerància en **xarop**, en relació a simptomatologia actual, i amb **haloperidol** i **risperidona**, en relació a quadre de tipus conductual, associat a important ansietat reactiva.
- Psicopatològicament, la pacient està vigil i orientada. Actitud col·laboradora. Contacte inquiet; irradia ansietat i desbordament. Verbalitza sentiments de desesperança. No actual simptomatologia de l'esfera psicòtica ni alteracions del curs o contingut del pensament. Important ansietat, mal tolerada i amb elevada afectació en el funcionament de base. Refereix mal descans nocturn en relació a ruminacions de tipus invasiu. No expressa ideació autolítica.
- **PLA:**
 - Fluoxetina 20mg (5ml de xarop)**
 - Lorazepam 1mg 0.5-0.5-1**
 - * Si excessiva sedació diürna amb lorazepam, valorar reajustament farmacològic.
 - * Si continua ansietat, augmentar lorazepam a 1-1-1

IC psiquiatria 11 agost 2010

- Es tracta de pacient sense antecedents psiquiàtrics previs fins a desembre de 2009 quan presenta ictus i des de llavors de manera progressiva apareix simptomatologia ansiosa amb puntuals alteracions conductuals i inquietut psicomotriu, junt amb simptomatologia depressiva, apatia i anhedònia.
- Ingressada fa 2 setmanes. Durant l'estada la família refereix puntual milloria de l'ànim però molta inestabilitat, amb persistència del component ansiós amb incontinència emocional i elevada dificultat per l'autocontrol dels símptomes ansiosos amb desesperança, queixes somàtiques múltiples i puntual insomni.
- **OD:**
Tr. Depressiu major post-AVC
- **PLA:**
fluoxetina solució 5 ml /mati
lorazepam 1mg 0.5-0.5-1 (+0.5 si ansietat)
inici trazodona 100mg 0-0-0.5
→ Derivació CSM 1ª Visita

CSAM 1^a visita

- Vigil. No orientada en temps, sí en espai i persona. Actitud pueril, poc col·laboradora, amb incontinència emocional i passant la visita amb plors i sons infantils, buscant el contacte tàctil tant del seu marit com el de la psiquiatra, que la tranquil·litza. Discurs extremadament simple però coherent. Inquietud psicomotriu. Anímicament difícil d'explorar, però refereix la família apatia i anhedonisme que abans no existien. Comenten que amb el lorazepam es queda més dormida però si no el pren està molt inquieta. Queixes contínues de cefalea de manera molt superficial i que refereixen que li millora amb placebo. Pren tota la medicació triturada.
- **PLA:**
 - augment trazodona a 100mg 0-0-1**
 - disminució lorazepam 1mg a 0.5-0.5-0.5**
 - inici risperidona 0.5 ml/nit**
 - mantenir fluoxetina 5 ml/nit**
- Propera visita en 15 dies.

Diagnòstic

- **Eix I:** Trastorn Depressiu Major degut a AVC.
- **Eix II:** Sense diagnòstic.
- **Eix III:** HTA, AVC artèria cerebral mitja dreta.
- **Eix IV:** Cap.
- **Eix V:** GAF 30.

CSAM 31/08/2010

- Lleugerament més tranquil·la, però segueix amb conductes alterades i continus moviments simples, amb discurs puntualment incoherent. A vegades encara es mostra angoixada, persisteix tristesa marcada, amb negació a continuar qualsevol activitat (es negava a anar a RHB, negació a la ingesta...).
- PLA:
 - canvi fluoxetina per venlafaxina 150 mg/d
 - trazodona 100mg 0-0-1
 - risperidona 0.5 ml/nit
 - lorazepam 1mg 0.5-0.5-0.5

CSAM 04/10/2010

- Millor. Més tranquil·la i amb milloria important de les alteracions conductuals. Anímicament, menys hipotímica i negativista, tot i persistència de limitació funcional.
Explica episodis de cefalea que semblen de característiques contracturals.
- **PLA:**
canvi lorazepam per dzp 5mg 1-0.5-1
resta igual
venlafaxina 150 mg/d
trazodona 100mg 0-0-1
risperidona 0.5 ml/nit
- Propera visita novembre.

CSAM 09/11/2010

- Segueix molt millor. Tranquil·la, han remès completament les alteracions de la conducta i es mostra somrient. Segueix milloria anímica. El marit explica que té ganes de fer coses dins les seves possibilitats, d'anar a veure el fill a Huesca i de sortir amb cotxe totes les tardes. Tolera progressivament millor la RHB. Han disminuït DZP amb bon resultat.
- **PLA:**
dism dzp 5 a 0-0-1/2
Resta de tractament igual
venlafaxina 150 mg/d
trazodona 100 mg 0-0-1
risperidona 0.5 ml/nit
- Propera visita desembre.

CSAM 21/12/2010

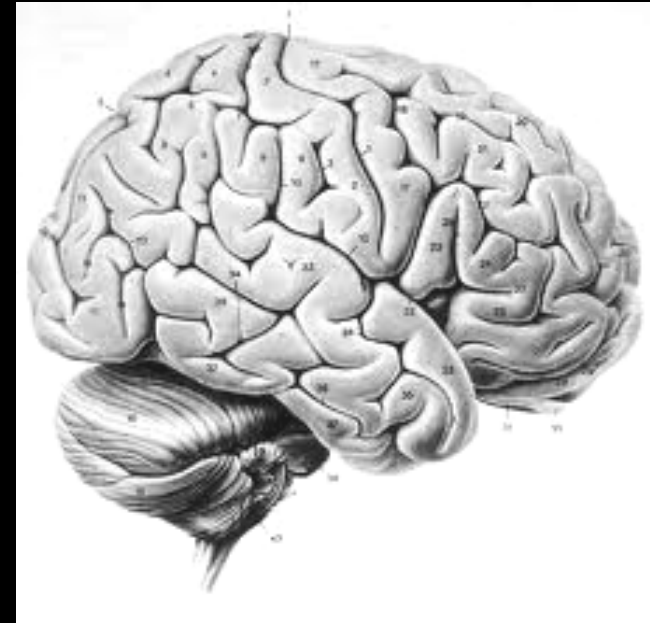
- Prou bé, animada i amb un discurs bastant fluid i espontani, amb ganes de fer coses a mesura que pot i contenta d'anar a RHB. Expliquen puntuals dèficits mnèsics i a vegades alguna visió que critica adequadament.
- **PLA:**
 - stop dzp 5mg**
 - augment risperidona xarop a 0.6 ml/nit**
 - venlafaxina 150 mg/d**
 - trazodona 100mg 0-0-1**
- Propera visita febrer.

CSAM 14/02/2011

- Segueix millorant. Somrient, animada i inclús fent bromes amb el marit, amb ganes de fer coses i amb un discurs fluid i coherent. Pràcticament eutímica. Han remès les visions. Tranquil·la i sense altres alteracions.
- **PLA:**
Mateix tractament
venlafaxina 150 mg/d
risperidona xarop 0.6 ml/nit
trazodona 100 mg 0-0-1
- Propera visita abril.

Depressió vascular

Què és?





- Considerem la **depressió vascular** com la d'aparició tardana, amb alteracions observables per TAC i/o RMN.
- Es relaciona amb:
 - Presència de factors vasculars (DM, HTA, DLP...)
 - Possibilitat d'intercurrència amb un AVC

Etiopatogènia

- Els factors de risc per el desenvolupament de depressió en etapes tardanes de la vida està pobrement estudiat.
- Els factors genètics, per exemple, són menys importants en la depressió tardana que en la depressió d'inici precoç.
- En contrast, els canvis estructurals del cervell, especialment vasculars o isquèmics, sembla que tinguin més rellevància.

Etiopatogènia

- Alguns investigadors van proposar un mecanisme biològic primari d'acord amb el qual la isquèmia directament afectaria als circuits neuronals relacionats amb la regulació de l'humor.
- D'altres proposen un mecanisme psicosocial, d'acord amb el qual els estressors socials i psicològics associats amb l'AVC constituïrien la principal causa de depressió.

Etiopatogènia

- Es suggereix que la depressió en aquest tipus de pacients podria ser el resultat del dany en les vies estriato-pàl·lido-talàmic-corticals.
- El dany degut a les lesions cerebrals pot causar depressió per la disrupció directa dels circuits que regulen l'estat d'ànim o disrupció dels circuits de norepinefrina i serotonina.
- La demostració per diversos estudis que els canvis vasculars cerebrals observats en aquest tipus de pacients estan relacionats amb aterosclerosi carotídia, HTA i h^a d'infart de miocardi, fan veure la necessitat d'avaluar, reduir i tractar els **factors de risc**.

Hipòtesi de la Depressió Vascular

- La malaltia cerebrovascular pot contribuir al desenvolupament de la depressió d'inici tardà.
- La **hipòtesi de la DV*** ve recolzada per
 - L'elevada taxa de depressió en pacients amb hipertensió, diabetis i malaltia coronària
 - L'elevada taxa de depressió en pacients que han patit un ictus
 - L'elevada freqüència d'infart cerebral silent i d'hiperintensitats de matèria blanca en la depressió d'inici tardà
 - La poca freqüència d'història familiar de trastorns de l'estat d'ànim

* Alexopoulos, 1997

- Conceptualitzem el terme “depressió vascular” com la depressió relacionada amb múltiples infarts al cervell.
- Hi ha **5 característiques principals** dels pacients amb **DV**:
 - 1- són pacients més grans
 - 2- l'edat d'inici és més tardana
 - 3- no tenen antecedents familiars de malalties mentals
 - 4- tenen major apatia
 - 5- tenen major deteriorament funcional que els pacients sense canvis vasculars

Depressió després de l'ictus

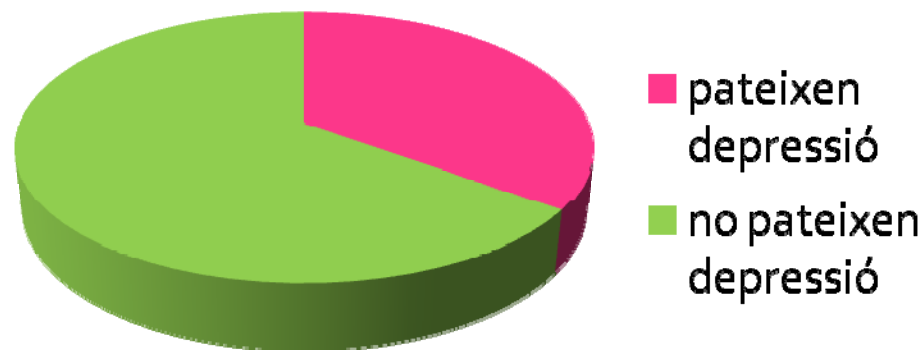
- La depressió major ocorre molt freqüentment després d'un AVC.
- A més de beneficiar el benestar emocional del pacient que ha patit un AVC, el **reconeixement** i **tractament** de la depressió són molt importants, ja que la depressió està associada a **discapacitat**, resultats més pobres en la **rehabilitació**, **deteriorament cognitiu**, major **morbidity** i **mortalitat** així com major **ideació de mort** i **autòlisi**.

Diagnòstic

- Malgrat el terme de “**Depressió post-AVC**” ja ha estat descrit en la literatura, no existeixen però criteris estàndards per al seu diagnòstic.
- Tot i que hi ha una elevada prevalença de depressió després d'un AVC, està infradiagnosticat i sovint poc tractat.
- La prevalença clarament varia segons el temps d'evolució, amb uns pics aparents als **3 i 6 mesos després de l'AVC** i un subsegüent declinament a l'any.

Prevalença

- Si s'utilitzen criteris diagnòstics (tant el DSM com el Research Diagnostic Criteria) per establir la presència d'episodis majors depressius, la depressió esdevé, al menys temporalment, en més del **30-40%** dels pacients que han patit un AVC.



- El **tractament** o la **prevenció** de la depressió després de l'AVC depèn en gran part del coneixement del mecanisme psicopatològic relacionat entre l'AVC i la depressió.
- Malgrat que en la classificació del DSM-IV implica que l'AVC causa depressió a través d'un mecanisme biològic directe, la naturalesa del mecanisme relacionant l'AVC amb la depressió està encara en debat a la literatura.

Diagnòstic diferencial



Tr. Depressiu major / Tr. Adaptatiu

Diagnòstic diferencial

- **Trastorn depressiu major**
 - **A)** Presència d'un únic episodi depressiu major
 - **B)** L'episodi depressiu major no s'explica per la presència d'un tr. esquizoafectiu i no està superposat a una esquizofrènia, un tr. esquizofreniforme, un tr. delirant o un tr. psicòtic n/e.
 - **C)** Mai s'ha produït un episodi maníac, un episodi mixt o un episodi hipomaníac.

Diagnòstic diferencial

■ Tr. adaptatiu

- **A)** L'aparició de símptomes emocionals o comportamentals en resposta a un estressor identificable té lloc dins els 3 mesos següents a la presència de l'estressor.
- **B)** Aquests símptomes o comportaments s'expressen clínicament de la següent manera:
 - Major malestar que l'esperable en resposta a l'estrés
 - Deteriorament significatiu de l'activitat social o laboral
- **C)** L'alteració relacionada amb l'estrés no compleix criteris per un altre tr. específic en eix I i no constitueix una simple exacerbació d'un tr. preexistent d'eix I o eix II.
- **D)** Els símptomes no responen a una reacció de dol.
- **E)** Un cop ha cessat l'estressor (o les seves conseqüències), els símptomes no persisteixen més de **6 mesos**.

Tractament

- Aproximadament un terç dels pacients que pateixen un accident vascular cerebral pateixen de depressió moderada-severa durant el període agut després de l'AVC.
- S'ha demostrat que el **citalopram** amb escasses interaccions farmacològiques és molt útil en el tractament de les depressions vasculares.

Tractament

- Els assaigs clínics revelen l'eficàcia del tractament amb **antidepressius tricíclics** i **ISRS**.
- El **metilfenidat** també pot millorar l'estat d'ànim i millorar els resultats de la rehabilitació*.
- La medicació específica a utilitzar depèn de cada pacient i dels **factors de risc** que presenti (efectes secundaris anticolinèrgics podrien causar taquiarrítmies, somnolència, hipotensió ortostàtica, confusió o retenció urinària), de la presència d'**ansietat** (alguns ISRS i ATC semblen ser més útils per aquests factors) i **rapidesa d'acció** (el metilfenidat pot actuar en pocs dies).

* Andersen G, Vsetergaard K, Lauritzen L: Effective treatment of poststroke depression with the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram. Stroke 25: 1099-1104; 1994.

Tractament

- Alguns assaigs clínics revelen l'eficàcia del **citalopram***.
- Si la depressió i l'apatia limiten al pacient a participar durant la rehabilitació, es tendeix a iniciar tractament amb **metilfenidat** (10 mg després de l'esmorzar i augmentar fins a 20 mg a les 8h i a les 14h posteriorment) (al cap de 7 dies aprox.)
- Es recomana iniciar un **ISRS** com la fluoxetina (10 mg/dia) o sertralina (25-50 mg/dia) i augmentar segons sigui necessari.

*Andersen G, Vsetergaard K, Lauritzen L; effective treatment of poststroke depression with the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram. Stroke 25: 1099- 1104, 1994

Conclusions

- El tipus de pacient afecte de DV sol ser d'edat més avançada, amb factors de risc vascular i sense antecedents psiquiàtrics personals previs.
- Després d'un AVC, cal estar alerta davant simptomatologia afectiva, ja que entre un 30-40% dels pacients presentarà un episodi depressiu.
- El tractament d'elecció sol ser un ISRS, com ara citalopram, sertralina o fluoxetina, associat o no a benzodiazepines o antipsicòtics segons simptomatologia associada.
- Cal incidir en la prevenció dels factors de risc.
- És convenient en l'estudi longitudinal considerar la possibilitat de deteriorament cognitiu.

A photograph showing the dark silhouettes of several rock formations or mountains against a bright blue sky filled with white, fluffy clouds. A faint rainbow is visible in the sky, partially obscured by the clouds. The scene is captured during sunset or sunrise, as indicated by the warm light on the clouds.

*** moltes gràcies!**

Bibliografía

- **Stroke. Pathophysiology, diagnosis and management**
 - J.P.Mohr, Dennis W.Choi, James C.Grotta
 - 4th edition
- **Clinically Defined Vascular Depression**
 - George S. Alexopoulos, M.D., Barnett S. Meyers, M.D., Robert C. Young, M.D., Tatsu Kakuma, Ph.D., David Silbersweig, M.D., and Mary Charlson, M.D
 - Am J Psychiatry 1997; 154:562–565
- **MRI-Defined Vascular Depression**
 - K. Ranga Rama Krishnan, M.D., Judith C. Hays, R.N., Ph.D., and Dan G. Blazer, M.D., Ph.
 - Am J Psychiatry 1997; 154:497–501
- **Depresión vascular, criterios y opciones terapéuticas.**
 - Dra. María Gessell
 - Material extracto del XX Congreso Argentino de Psiquiatría
- **Depresión vascular: del concepto a la práctica clínica.**
 - Rubén Touriño Cantón, Ignacio Gómez-Reino, Purificación Pardo Rojas
 - Archivos de Medicina, nº003, 2007

Bibliografia

- **The challenge of depression in late life.**
 - Gallo J, Coyne J.
 - JAMA 284: 1570-1572, 2000.
- **Stroke and depression in the community: The Framingham Study**
 - Wolf P, Bachman D, Kelly- Hayes M, et al.
 - Neurology 40 (Suppl1): 416, 1990.
- **Mood disorders in stroke patients: Importance of location of lesion.**
 - Robinson R, Kubos K, Starr L, et al.
 - Brain 107: 81-93,1984.
- **Effective treatment of poststroke depression with the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram**
 - Andersen G, Vsetergaard K, Lauritzen L.
 - Stroke 25: 1099-1104; 1994.