

Cartas al editor

Depresión y esclerosis múltiple

C. Even¹, J. L. Goeb¹, D. Taussig², R. Dardennes¹,
M. Haguenau³ y C. M. Hakim-Kreis¹

¹Servicio de Psiquiatría, Clínica de Enfermedades Mentales y del Encéfalo y ²Servicio de Neurología, Hospital de Santa Ana, Universidad París V - Facultad Cochin-Port Royal, París;

³Servicio de Neurología, Hospital Lariboisière, Universidad París VII - Facultad Lariboisière-San Luis, París, Francia

Un profesional varón de 35 años fue hospitalizado por depresión en noviembre de 1995. Durante los últimos 8 años había experimentado cuatro ataques de una esclerosis múltiple (EM) con recaídas y remisiones clínicamente clara según los criterios de Poser (Poser *et al*, 1983). También sufría un trastorno afectivo bipolar, igual que su hermana, que recibía tratamiento de litio profiláctico.

En enero de 1995, el paciente tuvo un episodio maniaco espontáneo tratado con litio y neurolepticos. La profilaxis de litio se mantuvo desde entonces y el paciente estuvo eutímico durante 3 meses más. En octubre de 1995, aparecieron progresivamente síntomas depresivos, asociados con un dolor constrictivo de los miembros inferiores. Inicialmente, se excluyó el diagnóstico de recaída de esclerosis múltiple, pues el examen neurológico fue normal. La queja de dolor se atribuyó a la depresión y se derivó al paciente a la unidad psiquiátrica. Mostraba los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (10ª revisión) para depresión bipolar grave. Recibió 150 mg/d de clomipramina durante 2 semanas y 200 mg/d durante 4 semanas sin ninguna mejoría de su dolor o de su depresión. De hecho, el dolor había empeorado y su tolerancia al ejercicio había disminuido. Apareció un síndrome piramidal bilateral junto con una disminución en la sensación de pinchazo con aguja por debajo de D6. Se mantuvo al paciente con clomipramina y litio y se inició una terapia de metilprednisolona intravenosa gota a gota (IMPT) (500 mg/d durante 5 días). Los niveles de litio en sangre se mantuvieron entre 0,5 y 0,9 mEq/L. Se prescribió una restricción breve y moderada de sal en la dieta y no hubo signos clínicos de toxicidad de litio.

Después de la IMPT, el dolor había disminuido y la depresión había mejorado espectacularmente. La puntuación en la Escala de Valoración de Hamilton para la Depresión (17 elementos) (Hamilton, 1967) había disminuido de 17 a 3. El paciente no mostró signos de reacción hipomaniaca y fue dado de alta 4 días después del final de la terapia de corticosteroides. Los síntomas y signos neurológicos desaparecieron en un plazo de tres semanas después del alta y el paciente seguía eutímico 6 meses después.

Se sabe que los corticosteroides inducen con frecuencia trastornos afectivos (Lewis y Smith, 1983). Sin embargo, prescribimos de buena gana la IMPT a nuestro paciente por tres razones. En primer lugar, raramente se observan efectos secundarios psiquiátricos en los tratamientos esteroideos de curso corto (Chrousos *et al*, 1993). En segundo lugar, no hay pruebas de que una historia previa de trastorno afectivo predisponga a trastornos mentales inducidos por esteroides. En tercer lugar, se ha mostrado que el co-tratamiento con litio disminuye la incidencia de los trastornos mentales inducidos por esteroides (Falk *et al*, 1979).

Por consiguiente, en los casos de depresión concomitante y recaída de la EM, el uso de IMPT bajo cobertura de litio es factible y posiblemente útil. La depresión de nuestro paciente se recuperó cuando recibió corticosteroides. Puede haber sido pura coincidencia o podría reflejar una respuesta con intervalo a la clomipramina. La cuestión clásica de los orígenes orgánicos o psicógenos de los estados depresivos durante la EM está más allá de nuestro alcance, pero subyace directamente a una pregunta terapéutica práctica cuya ausencia en las publicaciones llama la atención: si se considerara como orgánica, ¿debería tratarse la depresión en la EM con corticosteroides? La cuestión se sigue eludiendo cautelosamente.

Esperamos con interés otros informes de depresión bipolar concomitante y recaída de EM para formular recomendaciones para el manejo clínico de esta condición.

BIBLIOGRAFÍA

Poser CM, Paty DW, Scheinberg L, McDonal WI, Davis

- FA, Ebvers GC et al. New diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines for research protocols. *Ann Neurol* 1983; 13: 227-31.
- Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967; 6: 278-96.
- Lewis DA, Smith RE. Steroid-induced psychiatric syndromes. A report of 14 cases and a review of the literature. *J Affect Disord* 1983; 5: 319-32.
- Chrousos GA, Kattah JC, Beck RW, Cleary PA. Side effects of glucocorticoid treatment trial. *JAMA* 1993; 269: 2110-2.
- Falk WE, Mahnke MW, Poskanzer DC. Lithium prophylaxis of corticotropin-induced psychosis. *JAMA* 1979; 241: 1011-2.

¿Ha aumentado la tasa de varones entre los esquizofrénicos húngaros nacidos después de 1945?

Z. Rihmer, I. Kecskés

Departamento de Pacientes Internos y Externos de Psiquiatría N° XIII, Instituto Nacional para Psiquiatría y Neurología, Budapest 27, Pf 1281, Hungría

Estudios recientes han demostrado que la incidencia de la esquizofrenia está disminuyendo, al menos en Escocia, Inglaterra, Gales, Irlanda, Dinamarca y Nueva Zelanda, y esta tendencia ha sido más pronunciada entre las mujeres (Geddes *et al*, 1993; Waddington y Youseff, 1994), lo que ha resultado en una proporción hombre:mujer más alta en las cohortes más jóvenes de pacientes (Iacono y Beiser, 1992).

Recientemente, hemos investigado también la distribución sexual de los pacientes esquizofrénicos en una muestra de pacientes esquizofrénicos con diagnóstico estricto durante un periodo entre el 1 de enero de 1984 y el 31 de diciembre de 1996. Durante estos 13 años, mientras que nuestro departamento psiquiátrico interno atendía a la misma área de captación (aproximadamente, 90.000 habitantes), y los dos psiquiatras principales del departamento eran los mismos, han cumplido los diagnósticos de esquizofrenia (combinados todos los tipos, pero excluido el trastorno esquizoafectivo) del DSM-III, el DSM-III-R y el DSM-IV 272 pacientes internos (185 mujeres y 87 varones). El mayor número de pacientes feme-

Tabla I. Distribución de nacimientos de 272 pacientes esquizofrénicos según diferentes cohortes de nacimiento

Cohorte de nacimiento	Hombres, n	Mujeres, n	Total, n
1976-	1	0	1
1971-1975	4	3	7
1966-1970	6	3	9
1961-1965	7	5	12
1956-1960	8	11	19
1951-1955	14	9	23
1946-1950	9	18	27
1941-1945	13	21	34
1936-1940	10	29	39
1931-1935	9	26	35
1926-1930	2	19	21
1921-1925	1	19	20
1916-1920	1	11	12
1911-1915	2	6	8
1906-1910	0	3	3
1900-1905	0	2	2
	87	185	272

ninos puede ser consecuencia –al menos en parte– del hecho de que nuestro departamento admitió sólo mujeres hasta 1989. Ningún paciente esquizofrénico varón en esta muestra había nacido antes de 1911, y cinco mujeres pacientes nacieron entre 1900 y 1910; sin embargo, después de 1975 había nacido un paciente varón, pero ninguna paciente mujer (tabla I). Tomando en consideración sólo los pacientes nacidos después de 1910 (es decir, excluidos los cinco pacientes mujeres nacidos antes de esa fecha), entre 1946 y 1976 han nacido significativamente más esquizofrénicos varones que mujeres, cuando se compara con el periodo de 1911-1945 (varones: 49/87 = 56%, mujeres: 49/180 = 27%, $\chi^2 = 21,37$, $gl = 1$, $P < 0,001$).

La tasa relativamente más alta de mujeres entre los esquizofrénicos mayores puede ser consecuencia del hecho de que la duración media de la vida de los varones en Hungría es 7-8 años más corta. Por otra parte, la tasa relativamente superior de hombres entre los esquizofrénicos más jóvenes puede ser reflejo –al menos en parte– de la edad 4-5 años más baja del comienzo y la primera hospitalización en los varones (Angermeyer y Kühn, 1988). Sin embargo, excluidos los pacientes nacidos después de 1970 (cinco hombres y tres mujeres), la diferencia es significativa (hombres: 44/82 = 54%, mujeres: 46/177 = 26%, $\chi^2 = 18,92$, $gl = 1$, $P <$