



Cuba Salud

IV Convención
Internacional de Salud
17-21 de octubre, 2022

Depresión en pacientes con diagnóstico de hipotiroidismo primario

¹Dra Marelys Yanes Quesada

²Jeddu Cruz Hernández. Email

³Dra Maydelin de la Caridad Mustelier González.

¹Instituto de Endocrinología, La Habana, Cuba

Especialista de 2do grado en Endocrinología. Investigador auxiliar y profesor auxiliar. Msc, Aterosclerosis. marey-
anes@infomed.sld.cu

²Instituto de Endocrinología, La Habana, Cuba

Especialista de 2do grado en Endocrinología. Investigador auxiliar y profesor auxiliar. Msc, Aterosclerosis. celsocruz@infomed.sld.cu

³Instituto de Endocrinología, La Habana, Cuba

Especialista de 1er grado en Endocrinología. smcinen@infomed.sld.cu

Resumen: Introducción. Las enfermedades que afectan la función tiroidea pueden provocar síntomas depresivos que pudieran corregirse con tratamiento de la enfermedad de base. **Objetivo.** Identificar la presencia de depresión en pacientes con hipotiroidismo primario y su evolución después de tratamiento con levotiroxina sódica. **Material y Método.** Estudio descriptivo, prospectivo con 100 pacientes adultos con diagnóstico de hipotiroidismo primario. Para evaluar la depresión se aplicó el Inventario de Depresión de Beck-II al inicio y después del tratamiento con levotiroxina. Se determinaron distribuciones de frecuencia de las media y desviación estándar. Para estimar las asociaciones se empleó chi cuadrado de independencia. **Resultados.** La frecuencia de depresión se observó en un 49 % de los pacientes. Tanto la forma moderada como la leve se asociaron al hipotiroidismo clínico con 50 % y 18,4 % respectivamente. La causa del hipotiroidismo no mostró diferencias significativas al asociarlo a la depresión $p > 0,123$. Después de 6 meses con tratamiento con levotiroxina solo 6 pacientes presentan depresión leve y el 94% no presenta signos de la misma. **Conclusión.** La depresión tiene una elevada frecuencia en pacientes con hipotiroidismo clínico y mejora después de la sustitución con levotiroxina sódica.

Palabras clave: Hipotiroidismo, depresión

I. INTRODUCCIÓN

El hipotiroidismo primario (HP) constituye la entidad más prevalente dentro de las enfermedades del tiroides en los pacientes adultos (1,2.) Los síntomas que habitualmente refieren los pacientes afectados son: cansancio, aumento de peso, sequedad de la piel, intolerancia al frío, constipación entre otros. Así también, pueden aparecer síntomas psíquicos, que traducen una depresión y afectan su calidad de vida. Sin embargo en muchas ocasiones estos son omitidos por los pacientes y tampoco se indagan en el interrogatorio realizado en la entrevista médica. (3,4) Por otra parte, los trastornos psiquiátricos tienen actualmente una de las más altas prevalencia en el mundo. Se estima que los mismos pueden afectar hasta el 36% de la población general y tener costos económicos muy elevados. (5,7) La función normal del eje hipotálamo-hipófisis-tiroides se traduce en la adecuada producción de hormonas tiroideas necesarias para mantener el funcionamiento normal del sistema nervioso central. (8) En el hipotiroidismo, el déficit de hormonas tiroideas puede conllevar a síntomas como: astenia psicomotora, somnolencia, depresión, dificultades en la concentración y pérdida de memoria. (9) Estas alteraciones se presentan debido a la afectación de la sinapsis neuronal. (10) Existen numerosos reportes que identifican la asociación entre las enfermedades tiroideas y síntomas neuropsiquiátricos. (10-12)

Las investigaciones aportan resultados versátiles. En un estudio realizado en Cuba, se encontró una prevalencia de 7,5 % de hipotiroidismo en personas con depresión. (13) Sin embargo, otra investigación (14) no se evidenció asociación entre ambas condiciones. Wilson y colaboradores (15) en 1962, notificaron manifestaciones depresivas en 15 de 26 pacientes diagnosticados con hipotiroidismo.

Los mecanismos que subyacen en la relación de la enfermedad tiroidea y trastornos afectivos, son inciertos. (16-21) La hipótesis más acertada plantea que podría deberse a la interrupción de los ritmos circadianos y o a la desregulación de la sensibilidad del receptor catecolaminérgico, asociada a la tiroiditis, al presentar un nivel hormonal tiroideo más bajo que el necesario y útil para el normal funcionamiento del sistema nervioso central y autónomo (22,23) · La posible asociación entre estas entidades nos motivó a la realización de la presente investigación.

II MÉTODO

Se realizó un estudio, Observacional, descriptivo, longitudinal con 100 pacientes adultos que asistieron de manera consecutiva a las consultas del INEN con el diagnóstico clínico y bioquímico de hipotiroidismo primario, sin tratamiento previo con Levotiroxina. Se excluyeron los pacientes con consumo de psicofármacos, antecedentes de otra enfermedad psiquiátrica, así como otras condiciones que pudieran conducir a depresión tales como: divorcios, fallecimiento, enfermedad fatal de familiar o personal, pérdida del trabajo, gestantes y período de lactancia.

Se les realizó interrogatorio y examen físico general y del tiroides y se tuvo en cuenta los valores de hormonas tiroideas que traían los pacientes en la primera consulta. Para evaluar la presencia y el grado de depresión se aplicó el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). (24) El resultado del mismo fue interpretado y clasificado según corresponde.

Procesamiento estadístico

Se determinaron distribuciones de frecuencia de las variables cualitativas, media y desviación estándar de las cuantitativas.

Para estimar la posible asociación entre el grado de disfunción tiroidea y la presencia de depresión se empleó chi cuadrado de independencia y entre las causas de hipotiroidismo se usó Kruskal Wallis. En todos los casos se utilizó un nivel de confianza de un 95% asociado a un valor de probabilidad menor 0,05.

A todos los pacientes se les explicó el objetivo de la investigación y los beneficios que para ellos se derivan de este estudio con consentimiento informado.

III RESULTADOS

Se encontró un franco predominio del sexo femenino con un 90%. El estado civil casado con un 68%. El nivel escolar más frecuente fue el universitario en un 66 % y la mayoría de los pacientes (96%) no consumían bebidas alcohólicas. La causa más frecuente de la disfunción tiroidea fue la autoinmune en un 52 % .El tipo de disfunción que predominó fue la presentación subclínica con un 62%

La tabla 1 muestra la frecuencia de la depresión, que se observó en casi la mitad de los pacientes (49 %). La severidad de la misma, mostró un predominio de la forma leve en un en un 34%. El 51 % de los pacientes no presentó síntomas de depresión.

Tabla 1. Frecuencia y severidad de la depresión en la serie estudiada

Depresión al inicio	Sin depresión		Leve		Moderada		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	51	51	34	34	15	15	100	100

La tabla 2 muestra la frecuencia de la depresión, que se observó en casi la mitad de los pacientes (49 %). La severidad de la misma, mostró un predominio de la forma leve en un en un 34%. El 51 % de los pacientes no presentó síntomas de depresión

Tabla 2 se aprecia la frecuencia y severidad de la depresión según la forma clínica de hipotiroidismo.

Forma de presentación	Sin depresión		Leve		Moderado		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Clínico	12	31,57	19	50	7	38	18,42	100
Subclínico	39	62,90	15	24,19	8	12,9	62	100

La causa del hipotiroidismo (Tabla 3) y la presencia de depresión no mostraron diferencias significativas. Se observan resultados similares en los grupos. **p. 0,123**

Tabla 3. Depresión según la causa de hipotiroidismo

Causa de hipotiroidismo	Sin depresión		Depresión				Total	
	N	%	Leve		Moderada		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%
Autoinmune	23	40,09	19	55,88	10	66,66	52	100
Idiopática	12	23,52	4	11,76	2	13,33	18	100
Post Q	2	3,92	1	2,94	0	0	3	100
Post yodo	14	27,45	10	29,41	3	20	27	100

p 0.123

La tabla 4 muestra la evolución de la presencia de depresión después del tratamiento con levotiroxina sódica. Se observa que los pacientes mejoran considerablemente. Después de tratamiento el 94 % no presenta signos de presión. Este resultado es estadísticamente significativo p 0,001.

Tabla 4. Evolución de la presencia de depresión después de tratamiento con levotiroxina sódica.

Variables	Inicio de tratamiento		Después del tratamiento		p
	n	%	n	%	
Depresión	51	51,0	6	6,0	0,001
Sin depresión	49	49,0	94	94,0	

IV CONCLUSIONES

Un alto porcentaje de los pacientes con diagnóstico de hipotiroidismo primario presentaron síntomas depresivos leves, asociado a la forma clínica del hipotiroidismo.

IV REFERENCIAS

1. Chaker L, Bianco A, Jonklaas J, Peeters R. Hypothyroidism. *Lancet* 2017; 390(101):1550-1562.
2. Komatsu R, You J, Mascha E, Sessler D, Kasuya Y. The Effect of Hypothyroidism on a Composite of Mortality, Cardiovascular and Wound Complications After Noncardiac Surgery: A Retrospective Cohort Analysis. *Anesth Analg*, 2015; 121 (3):716-726.
3. Dayan C, Panicker V. Hypothyroidism and depression. *Eur Thyroid J* 2013; 2 (3): 168-179.
4. González L, Nohely G. Estudio comparativo de los trastornos de ansiedad y depresión que presentan los pacientes diagnosticados con hipotiroidismo y diabetes en el servicio de endocrinología del Hospital Isidro Ayora de Loja. [Tesis para optar por el grado de licenciado en salud mental].2015 Univ Lojas, Ecuador.
5. Vélez D, Garzón C, Ortiz D. Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Int of Psycholo Rese*, 2015; 3(1): 34-39.
6. Belló M, Puentes E, Medina M. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*. 2015; 47 (1):21- 26.
7. López A. The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. [En línea]. 1. a ed .Boston: WHO; 1996[Citado: 22 de jun 2015 Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/41864?mode=full>
8. Navarro P, Pinilla E, España A, Bravo A, Pantoja S, Acosta A. Prevalencia de hipotiroidismo en trastorno psiquiátrico mayor de pacientes hospitalizados en la Clínica Montserrat en el periodo de marzo a octubre de 2010. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2017; 46(3):140-146.
9. Díaz L, Valdés Y, Quevedo Q. Depresión oculta en sujetos que laboran en condiciones complejas. *Rev Cub Med Mil*. 2017; 36 (2):28-37.

10. Rack S, Makela E. Hypothyroidism and depression: a therapeutic challenge. *Ann Pharmacother.* 2000; 34(10): 1142-1145.
11. Ebner M, Gaete T, Guzmán P. Depresión en atención primaria: caracterización clínica-epidemiológica en Centro de Salud Familiar Garín, Chile, 2006-2015. *Revista ANACEM.* 2016; 10(2): 16-19.
12. Romaldini JH, Sgarbi JA, Farra CS. Subclinical thyroid disease: subclinical hypothyroidism and hyperthyroidism. *Arg Bras Endocrinol Metabol.* 2004; 48(1): 147-158.
13. Flórez J, Gallego H. Síntomas psicósomáticos y análisis energético de algunos tipos de disfunción tiroidea. *Memorias 2013;* 10(17): 84-95.
14. González C. Hipotiroidismo subclínico, depresión y deterioro cognitivo en un centro de adultos mayores de Lambayeque. *An Fac med* 2014; 75(4):327-330.
15. Wilson W, Johnson J, Smith R. Affective changes in thyrotoxicosis and experimental hypermetabolism. *Recent Adv. Biol. Psychiatry.* 1962; 32(4): 234-242.
16. Whybrow P, Prange A, Treadway C. Mental Changes Accompanying Thyroid Gland Dysfunction. *Arch Gen Psychiatry* 1969; 20 (1): 48-63.
17. Ljiljana R, Filakovic P, Barkic J, Mandic N, Karner I, Smoje J. Depresión en pacientes con alteraciones del tiroides. *Eur. J. Psychiat.* 2017; 14 (3):54-59.
18. Yanes M, Rodríguez L, Cruz J, Turcios S, Yanes MA. Hipotiroidismo subclínico. Ni tan asintomático, ni tan inofensivo. *Rev Cubana Endocrinol.* 2009; 20(2): 12 -19.
19. Díez J, Iglesias P. Concentraciones séricas de colesterol y triglicéridos en pacientes diabéticos con hipotiroidismo subclínico. *Endocrinología y Nutrición,* 2014; 61(8): 419-425.
20. Risco L, González M, Garay J, Arancibia P, Núñez A, Hasler, et al Evaluación funcional del eje hipotálamo-hipófisis-tiroides en episodio depresivo mayor único. ¿Desregulación a nivel central? *Revista de Neuro-Psiquiatría.* 2013; 66(4): 320-28.
21. Viola L, Kehyaian V, Laxague A, Ruiz R, Curone G. La disfunción tiroidea en el niño portador de un trastorno grave del humor y del comportamiento evaluado con CBCL-DSS. *Investigación clínica en Latinoamérica. Rev Latinoam Psiquiatría.* 2011; 10(1):3-10.
22. Gómez T. Prevalencia de alteraciones tiroideas en pacientes psiquiátricos ingresados. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 2010; 3 (1): 23-26.
23. Chakrabarti S. Thyroid functions and bipolar affective disorder. *J Thyroid Res* 2011; 10 (1): 1-13.

24. Beltran M, Freyre MA, Hernandez L.El inventario de depresión de Beck. Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*. 2012; 30(1):5-13.