

## Capítulo VII. Depresión y otras alteraciones neurológicas.

**Forma apática (torpeza mental, pérdida de memoria, somnolencia). Forma ansiosa (irritabilidad, inquietud, insomnio). Forma depresiva. Formas graves (demencia, coma)**

### Introducción.-

Estamos en el siglo XXI. Los libros de tiroides o lo que viene de tiroides en los libros de medicina del siglo pasado, aunque llamemos siglo pasado a 1.990, no tiene demasiada validez en muchos aspectos.

Y no es que se hayan hecho descubrimientos maravillosos, es sencillamente que nuestro mundo ha cambiado, nuestra sociedad ha cambiado y nosotros no somos como éramos hace 20 años; nuestro cerebro está mejor preparado.

He comentado, que **en el hipotiroidismo no se alteran las células cerebrales, se altera el metabolismo de las células cerebrales**. La neurona sigue en su sitio y está intacta, pero no tiene una buena nutrición, es una “neurona tonta”. Va a perder parte de su capacidad de trabajo, pero es que, en la mayor parte de las personas, (y desde luego en las que entrando en Internet han sido capaces de llegar a esta página), la capacidad de trabajo de sus neuronas y de su cerebro es alta, porque es un cerebro que está preparado y “entrenado”.

Me explico más todavía. He dicho que el deportista o la persona que hace deporte siente el cansancio menos que una persona de vida más sedentaria, porque sus músculos están entrenados. Con el cerebro pasa igual.

Cuando en los 60 yo andaba por pueblos perdidos estudiando el Bocio Endémico en los escolares, a muchos de esos pueblos había que llegar en mulo, las carreteras eran de tierra, y el 50 % de los niños faltaban a la escuela porque tenían que trabajar en el campo con sus padres; Había un nivel intelectual y una actividad cerebral que podemos llamar basal. Hoy esas zonas se han desarrollado, la gente tiene coche, todos los niños van a la escuela, todo el mundo tiene televisión, hay un turismo importante, hay bibliotecas municipales, etc. La Alpujarra de Granada puede ser un buen ejemplo; estudiando los niños de esa zona empecé a trabajar en tiroides; entonces era una zona aislada y deprimida, ahora es una zona con una economía saneada y un importante flujo turístico.

Si en un cerebro que está desarrollando una actividad 30 ó 40, quitas 20, te quedas casi sin nada; si en un cerebro que está desarrollando una actividad 90, quitas 20 todavía quedan 70. ¿Esta ahora claro?

En el siglo XXI no va a llegar a la consulta de un médico una persona poco menos que bobalicona o medio dormida y que se expresa con dificultad, que es como describen los libros del siglo XX a los hipotiroideos; va a llegar una persona que nota algunos problemas para mantener el nivel en su trabajo.

Hay un punto que considero importante. Hoy si Vd. tiene entre 25 y 45 años, no va a ir a un neurólogo porque note una disminución del rendimiento intelectual o un poco de fallo en su memoria. Es posible que ni siquiera vaya al médico. Vd. va a notar que tiene ese problema cuando tenga unas alteraciones más llamativas, como el cansancio o quizá el sobrepeso y por ese motivo acuda al médico general o al endocrinólogo.

Pero hay un grupo de personas a las que quizá se les haya etiquetado con otro diagnóstico que puede ser tan inespecífico como el síndrome de agotamiento físico o la fibromialgia y que tampoco tiene un tratamiento específico: **La depresión**. Como ocurre en los dos casos citados anteriormente, es probable que, en sólo un porcentaje de este tipo de pacientes, la causa de ese estado de ánimo, la causa de ese problema entre psicológico y mental sea un Hipotiroidismo Oculto, pero ese porcentaje ya merece el que se valore esta posibilidad.

El propósito de este libro no es achacar todos los males al Hipotiroidismo, es sencillamente advertir que los síntomas del Hipotiroidismo son tan variados que pueden confundirse con los de otras patologías. La bibliografía internacional y las investigaciones recientes, fundamentalmente a partir del 2.000, nos orienta en este sentido.

## **ALTERACIONES NEUROLÓGICAS EN EL HIPOTIROIDISMO.-**

El Hipotiroidismo en su aspecto neurológico es muy traicionero, incluso en su forma más leve, porque en las personas mayores, las alteraciones neurológicas se pueden achacar a la edad, lo que no es cierto, porque con la edad puede que se pierdan neuronas, pero las que quedan funcionan muy bien, si tienen una buena irrigación y, además, están bien nutridas y en las personas jóvenes porque las alteraciones neurológicas pueden achacarse al estrés o a la depresión, si no se piensa en la posibilidad de un Hipotiroidismo. Veamos entonces lo que pasa en el cerebro en el Hipotiroidismo

### ***Alteraciones de la Conducta, Emociones y Alteraciones Mentales.***

#### ***Introducción.-***

Es sabido desde hace bastante tiempo, que la acción más importante del tiroides es el desarrollo del cerebro. En el hipotiroidismo congénito, esto es, en los niños que nacen sin tiroides y no se corrige este defecto con la medicación adecuada, se produce una falta de desarrollo cerebral; el cerebro es más pequeño y con menor cantidad de neuronas, con un desarrollo intelectual lento y deficitario. El tema es de enorme trascendencia y se estudia con detenimiento en un apartado específico dedicado al Hipotiroidismo Congénito.

En el Hipotiroidismo del Adulto, el que Vd. puede tener, el cerebro ya se ha desarrollado, pero el cerebro necesita para su funcionamiento normal de las hormonas tiroideas.

En el estudio de las alteraciones neurológicas que pueden presentarse en el paciente hipotiroideo tenemos varios problemas:

El cerebro es para los médicos una caja cerrada; necesita para su estudio de tres especialistas diferentes, el neurólogo, el psiquiatra y el psicólogo y eso ya da una idea de que hay zonas intermedias y confusas. Sabemos poco sobre el modo de reaccionar del cerebro cuando tiene problemas metabólicos y las alteraciones neurológicas que pueden producirse en un paciente hipotiroideo pueden ser extraordinariamente variadas, muy diferentes de una persona a otra y además se presentan matizadas por la personalidad del paciente y por la propia sensación de estar enfermo. A veces incluso las manifestaciones neurológicas del hipotiroidismo pueden confundirse con las del hipertiroidismo.

Las alteraciones neurológicas tienen dos manifestaciones: **las vivencias que percibe la persona que las sufre y las alteraciones de conducta o de comportamiento que advierten los demás.**

Una persona puede tener un sufrimiento psíquico importante, llámese ansiedad o depresión, que solo ella siente, que no se puede medir, ni cuantificar y que con facilidad puede quitársele importancia por el entorno y por la propia familia. Una persona hipotiroidea puede quejarse a veces durante años y le repetirán “eso es el estrés”, “eso es un poco de depresión”.

En lo que respecta a las alteraciones de conducta o comportamiento, como quiera que se manifiesten lentamente, el paciente no llega a sentirlas como anormales y son las personas que están a su alrededor las que las advierten, pero tampoco es probable que nadie le diga: “Te encuentro como menos motivada, como con un poco de pereza mental”. Vd. se ofendería. Pero en la consulta, cuando se comenta este tema, el marido o la madre reconocen que ya lo habían notado, aunque no habían llegado a comentárselo.

El tercer problema es que **no hay una relación directa entre el nivel de alteraciones neurológicas o su importancia y el grado de hipotiroidismo.** Puede haber pacientes con un hipotiroidismo subclínico muy discreto y presentar una encefalopatía de Hashimoto muy severa y pacientes con un hipotiroidismo importante y alteraciones de comportamiento o conducta más discretas.

Analizaremos, por este motivo, los síntomas que pueden ser el aviso de un hipotiroidismo siguiendo su progresión, advirtiendo que en pacientes sin tratamiento la evolución puede ser muy lenta y permanecer incluso estacionaria durante años o, por el contrario, tener una progresión más rápida. Por otra parte, aunque a veces la sintomatología se manifiesta de una forma confusa, trataré de agrupar los síntomas en tres grupos a los que llamo Forma Apática, Forma Agitada y Forma Depresiva, según la manifestación predominante, pero insisto en que los síntomas generalmente pueden aparecer conjuntamente. Se trata por tanto de una clasificación puramente didáctica.

### ***Manifestaciones neurológicas de Forma Apática.-***

Durante las primeras fases de alteración de la función tiroidea, los trastornos emocionales pueden ser poco aparentes. Generalmente también se produce a nivel cerebral un bajo nivel de actividad que es la característica general en el hipotiroidismo.

El cuadro puede ser muy variado y no siempre está en relación con el nivel de TSH, es decir, con el grado de hipotiroidismo. Generalmente destaca la sensación de torpeza mental, la pérdida de memoria, el desinterés o la pérdida de interés por las cosas, la sensación de tener el cerebro como “acolchado” y en general el deterioro de todas las funciones sensoriales, psíquicas y motoras. Conforme avanza el proceso, se pierde el interés por todo, todo da igual, baja el rendimiento intelectual y la capacidad de aprendizaje. Notamos que repercute en la actividad intelectual, en la laboral y en las relaciones con los demás, y a ello se une una sensación de ansiedad.

Aquí se pueden establecer todos los grados que queramos, pero el paciente nota que no es el mismo que era, que algo va más despacio. A veces, como insistimos, el proceso se desarrolla de una forma muy lenta y en las personas mayores esta situación puede incluso achacarse a la edad.

En los casos más avanzados o más evolucionados, se llega a una fase de desinterés absoluto. Lo que más llama la atención a quienes lo rodean es precisamente eso, la apatía, la somnolencia y la lentitud de pensamiento, habla y movimiento, la sensación de ausencia, la falta de afectividad, de respuesta emocional. La voz se hace pastosa y la conversación lenta, le cuesta trabajo elaborar el pensamiento y encontrar las palabras. En un paso más adelante ya son personas que no hacen caso de lo que las rodea, con muy escasa o casi nula actividad motora y que pueden dormir o dormitar, si se las deja, hasta 20 horas diarias. Es la evolución que puede desembocar en el coma hipotiroideo.

### ***Manifestaciones neurológicas de Forma Ansiosa.***

Sin embargo la lentitud, el letargo y la somnolencia, no se presentan en todos los pacientes hipotiroideos. En algunos puede aparecer irritabilidad, inquietud e insomnio. Es una sintomatología que desorienta al médico, que puede pensar en una situación de ansiedad y tratarla con tranquilizantes o ansiolíticos que aun confunde más el cuadro clínico, ya que puede mezclarse ansiedad con cansancio y abatimiento.

En personas mayores el cuadro puede evolucionar y progresar hasta un **estado de agitación**. A veces pueden convertirse en personas agresivamente hostiles, con manías persecutorias y alucinaciones pasajeras. A los pacientes se les cataloga como demencia senil, cuando en realidad es una demencia hipotiroidea. El problema es que estos cuadros suelen aparecer en personas muy mayores, en las que las manifestaciones de una demencia senil o una atrofia cerebral pueden aparecer mezcladas con las debidas al hipotiroidismo.

También en esta forma de presentación pueden darse todas las gradaciones.

### ***Manifestaciones neurológicas de Forma Depresiva.-***

Hay evidencia en la literatura médica<sup>1</sup> de que en un 10 - 15 % de casos diagnosticados de depresión pueden existir alteraciones, muchas veces de tipo subclínico, en la función del tiroides. La posibilidad puede ser más alta en la enfermedad bipolar y debe de tenerse también en cuenta que el carbonato de litio, usado en el tratamiento de la depresión, puede alterar de forma importante la función tiroidea.

Dado que la sintomatología del hipotiroidismo y la de la depresión y de algunos tipos de psicosis pueden tener rasgos comunes, parece razonable realizar un screening de hipotiroidismo o hipotiroidismo subclínico en todos los pacientes con síndromes depresivos, resistentes al tratamiento, sobre todo mujeres y en los casos de psicosis atípicas. La responsabilidad de realizar este screening corresponde al psiquiatra, bien por si mismo o derivando al paciente al endocrinólogo.

### ***Manifestaciones neurológicas graves del hipotiroidismo.-***

Puede dar la impresión de que presentamos las complicaciones neurológicas del hipotiroidismo y del hipotiroidismo subclínico de una forma excesivamente alarmante, pero en este caso desde hace más de 20 años los neurólogos conocen que el sistema endocrino y el sistema nervioso interactúan con el sistema inmunitario y viceversa<sup>2</sup>. Se trata de complicaciones muy infrecuentes, podríamos decir que excepcionales, y de las que se publican casos aislados o series muy cortas, pero deben citarse en un libro sobre hipotiroidismo. Tres son los grupos más importantes a considerar:

#### ***a) Encefalopatía de Hashimoto.***

Se conoce, igualmente, hace más de 20 años. Como en todas estas formas graves de encefalopatías hipotiroideas ya eran conocidas a partir de 1990-95, pero se siguen ocasionalmente publicando casos, por lo que el neurólogo debe de tener este diagnóstico presente. El término de encefalopatía de Hashimoto fue usado para describir un cuadro de presentación aguda o subaguda de alteraciones neurológicas o neuropsicológicas en pacientes con Tiroiditis de Hashimoto, en los que la TSH puede estar sólo moderadamente elevada y los niveles de hormonas tiroideas dentro de rangos normales es decir con hipotiroidismo subclínico.

De forma repentina o de forma progresiva, pero rápida, se presentan alteraciones de la conciencia frecuentemente acompañadas de crisis convulsivas focales o generalizadas. Puede presentarse también de forma transitoria y con recaídas a lo largo de meses o años. Los pacientes si no se hace el diagnóstico se etiquetan como formas de epilepsia. Afecta predominantemente a mujeres jóvenes o en edad media de la vida, pero se han observado casos en personas mayores de 65 años y en niños<sup>3</sup>. La importancia del conocimiento de este cuadro es la excelente respuesta que se logra en más

del 90 % de los pacientes con el tratamiento con altas dosis de corticoides y corrigiendo el hipotiroidismo.

#### b) Demencia hipotiroidea.

Las demencias engloban un conjunto de procesos que tienen como consecuencia un deterioro progresivo de las funciones cognitivas con repercusión en la esfera social y laboral. Las demencias en la mayoría de los casos se deben a enfermedades degenerativas del cerebro (enfermedad de Alzheimer) o falta de riego sanguíneo (demencia senil). Estas demencias son irreversibles, no tienen solución.

Pero hay demencias reversibles, que se curan si se hace el diagnóstico y se instaura el tratamiento adecuado, son demencias por problemas metabólicos y el hipotiroidismo es uno de ellos. No son muy frecuentes, pero son personas que se dan por perdidas y que se pueden recuperar. En 1.999, Perez-Martinez y colaboradores<sup>4</sup> encuentran 4 casos de hipotiroidismo entre 121 pacientes ambulatorios con diagnóstico de demencia y si los estudios se realizan en pacientes ingresados en centros psiquiátricos, y ya se empieza a hacer de forma casi sistemática, el porcentaje puede ser bastante más elevado <sup>5, 6</sup>

Se venía creyendo que esto sólo ocurría con hipotiroidismos severos y en personas mayores de 65 años, pero en 1996 Monzon<sup>7</sup> describe un caso de autentica demencia en un hipotiroidismo subclínico y en 1997 Forchetti <sup>8</sup> comunica otro caso de demencia rápidamente progresiva en una mujer de 59 años con tiroiditis inmunitaria, sin diagnosticar previamente, e hipotiroidismo subclínico.

A pesar de que se catalogan como demencias reversibles y se puede producir una restauración asombrosa a la normalidad, en otros casos, generalmente de larga evolución, la mejoría puede ser sólo discreta.

#### c) Coma hipotiroideo.

Es un cuadro grave con alta mortalidad a pesar de los adelantos farmacológicos. En un paciente hipotiroideo, generalmente anciano, con severa insuficiencia hormonal, una alteración de su equilibrio orgánico por una infección, exposición al frío, intervención quirúrgica, enfermedades respiratorias o el uso de tranquilizantes u otros depresores del sistema nervioso, pueden desencadenar un coma de grado variable con depresión de la respiración, un muy bajo número de pulsaciones, hipotermia (temperatura rectal menor de 35° C) y práctica ausencia de reflejos. La hospitalización inmediata, respiración asistida e inyección intravenosa de levotiroxina puede remitir el cuadro.

### **IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO PRECOZ.-**

Todas las estadísticas confirman que a partir de los 45 - 50 años el porcentaje de mujeres con anticuerpos antitiroideos positivos o TSH en rango hipotiroideo es muy alto, probablemente superior al 15%, y se hace más alto conforme avanza la edad.

Las alteraciones neurológicas del hipotiroidismo a partir de los 60 años, si se demora mucho el diagnóstico y el tratamiento, pueden ser irreversibles y progresar hacia una demencia hipotiroidea.

Una analítica para valoración de T4-Libre, TSH y anticuerpos antitiroideos en una persona mayor de 45 - 50 y sobre todo de 60 años es tan fácil y puede ser tan importante como el tomarse la tensión arterial y no es necesario que para ello solicite una consulta específica con el endocrinólogo; su mismo médico de cabecera puede hacer la solicitud de esa analítica, para Vd. o para sus padres, si se lo pide. Si su médico no le da demasiada importancia, insistan, póngase “pesados”, pero no dejen de hacerlo.

Hay personas mayores en régimen de asilo, en una situación que con un diagnóstico precoz de hipotiroidismo, se podría haber evitado. No son muchas, solo un 4 ó un 5%, pero siempre digo lo mismo, para diagnosticar un hipotiroidismo congénito de cada 3 ó 4.000 recién nacidos, se debe hacer, a todos los niños, la prueba del talón y tener una valoración de TSH y EN ese niño, que se saca adelante, el saber que no va a tener problemas compensa sobradamente la realización de las pruebas que han sido normales. En el caso de las personas mayores con alteraciones neurológicas, incluso severas, el recuperar un 5% de pacientes, puede justificar sobradamente el poner unas cruces más en el impreso de solicitud de pruebas analíticas. Y además no se sobrecarga de trabajo a nadie; hoy la realización de análisis está automatizada en todos los centros de la Seguridad Social y Laboratorios Clínicos.

<sup>1</sup> Jackson, IM.- *The thyroid axis and depression.*- *Thyroid*; 1998,8,951

<sup>2</sup> Reichlin S.- *Neuroendocrine-Immune interactions.*- *N Engl J Med*; 1993, 329,1246

<sup>3</sup> Vasconcellos E, Peña-Garza JE, Fakhoury T, Fenichel GM.: *Pediatric Manifestations of Hashimoto's encephalopathy.*- *Pediatr Neurol.*; 1999 20, 394.

<sup>4</sup> Perez-Martinez, D.A., de Toledo M., Heras M., Saiz RA y Calandre L, :- *Demencias reversibles en la consulta neurológica extrahospitalaria.*- *Rev.Neurolol.*; 1999, 29, 425

<sup>5</sup> Haupt, M y Kurz A; *Reversibility of dementia in hypothyroidism.*- *J.Neurol.*; 1993, 240, 335.

<sup>6</sup> Cordes J, Cano J y Haupt M.: *Reversible dementia in hypothyroidism.*- *Nervenarzt*; 2000, 71, 588

<sup>7</sup> Monzon M : *Hipotiroidismo subclinico como causa de deterioro cognoscitivo reversible.*- *Neurologia*; 1996, 11, 353

<sup>8</sup> Forchetti CH : *Autoimmune thyroiditis and a rapidly progressive dementia.*- *Neurology*; 1997,49,623.