



GLIOBLASTOMA MULTIFORME Y DEPRESIÓN: UNA ASOCIACIÓN PELIGROSA.

***CAROLINA IVANA CORVALÁN.** Médico Psiquiatra. Docente de la Universidad de Mendoza (Cátedra de Psicología). Docente de la Universidad de Aconcagua (Cátedra de Psiquiatría). Vicepresidenta del Capítulo de Psiquiatras jóvenes de la AAP. Mendoza.
SOLEDAD SELEME. Licenciada en Psicología. Psicóloga clínica. Miembro de la AAP. Buenos Aires.

Objetivos

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en PUB MED y COCHRANE, con la finalidad de realizar una actualización acerca de la presentación de ambas patologías, para arribar a un buen diagnóstico y tratamiento posible.

Introducción

El Glioblastoma Multiforme (GBM) es un tumor primario cerebral frecuente y muy agresivo. Tiene una incidencia de 1 cada 10.000 pacientes, una edad media de aparición a los 62 años y permite un tiempo medio de supervivencia de 14 a 15 meses. Es un tumor infiltrativo que típicamente se localiza en la sustancia blanca de los hemisferios cerebrales. Las presentación clínica se caracteriza por cefaleas (matutinas), convulsiones, depresión y alteraciones motoras o sensitivas. El resto de la signo-sintomatología dependerá de la ubicación de la lesión tumoral.

La Depresión es una enfermedad frecuente en la población general, considerándose la cuarta causa de discapacidad a nivel mundial debido al impacto que produce en la funcionalidad del paciente. Se caracteriza por tristeza y ánimo depresivo, anhedonia, alexitimia, hipobulia, trastornos de los hábitos fisiológicos (sueño, alimentación), entre otros. La Depresión suele acompañar a varias lesiones tumorales: astrocitomas, meningiomas, hemangioblastomas.



Consideraciones

El GBM y la depresión suelen presentarse de manera comórbida. La presentación de ambos cuadros clínicos puede ser simultánea o bien, la depresión aparecer posterior a la consulta con el oncólogo y/o neurocirujano (relación bidireccional). Se cree que la fisiopatología se encontraría vinculada a través de una regulación alterada del receptor 5-HT (serotonina), la noradrenalina y el monofosfato cíclico 3':5'. Se postuló la hipótesis de que las células GBM regulan negativamente el BDNF, inhibiendo la formación de pro-BDNF y sus efectos antitumorales asociados, lo que podría servir como un mecanismo adicional para inducir la Depresión. Se desconoce con exactitud el mecanismo por el que ambas patologías interactúan; pero se sabe a ciencia cierta, que la presentación simultánea, produce un sinergismo que culmina en un empeoramiento de la clínica que presenta el paciente, con un impacto negativo en la funcionalidad, en la calidad de vida y en la supervivencia del mismo. No hay evidencia que el tratamiento de la depresión mejore el pronóstico del GBM. Inclusive, el cuadro depresivo suele ser resistente a la medicación. Se debe realizar una valoración de riesgo-beneficio para iniciar un tratamiento psicofarmacológico.

Conclusiones

Se necesita investigación adicional para validar las hipótesis sugeridas y el sinergismo de ambas patologías. Se requiere de nuevos estudios para delinear qué antidepresivos son los más apropiados, seguros y efectivos en el tratamiento de la depresión asociada a GBM ya que no existen recomendaciones oficiales, aún, sobre cómo se debe tratar la depresión en esta población de pacientes.

- Mugge, L. et al (2018). Depression and glioblastoma, complicated concomitant diseases: a systemic review of published literature..

<https://doi.org/10.1007/s10143-018-1017-2>

- Noll K et al (2018). Depressive symptoms and executive function in relation to survival in patients with Glioblastoma.

<https://doi.org/10.1007/s11060-018-03081-z>