

Reseñas terapéuticas

Anne, S. WALTERS et al.

A case report of Naltrexone. Treatment of Self injury and social withdrawal in Autism. Journal of Autism and Developmental disorders. Vol 20, n.º 2, 1990

La conducta autolesiva es una de las manifestaciones más graves de los pacientes con trastornos del desarrollo. Su prevalencia se estima desde un 22 % en la población institucionalizada a un 11 % en pacientes en la comunidad y de un 40 % en autistas. El mecanismo por el que se desarrolla y mantiene la conducta autolesiva no es bien conocido. Se han postulado diversas teorías entre las que está la del Trastorno del Sistema de Opiáceos Endógenos, planteando así la utilización terapéutica de un antagonista opiáceo como la Naltrexona. En este sentido, en un joven de 14 años deficiente mental y autista, con una conducta autolesiva severa de 11 años de duración, se le administró naltrexona. Los tratamientos previos conductuales y farmacológicos (clorpromacina, tioridacina, haloperidol, loracepam,...) fracasaron. Se realizó un doble ciego con placebo en 4 fases (de 21 días cada una): naltrexona-placebo-naltrexona-placebo. La naltrexona fue administrada por vía oral con una dosificación de 1 mg/kg/día (50 mg/día). La respuesta clínica fue favorable con marcada mejoría y la casi desaparición de la conducta autolesiva, así como de las explosiones de pánico, observándose durante la administración de naltrexona un descenso en el retraimiento social con incremento de la comunicación social.

Bernstein Gail A., Garfinkel, M.D. y Borchardt, Carrie M.

Comparative studies of Pharmacotherapy for School Refusal. J. Am. Acad Child Adolesc. Psychiatr., 1990, 29, 5: 773-781

Los autores presentan dos estudios comparando el Alprazolam y la Imipramina en el tratamiento de la fobia escolar. En el primer trabajo: sobre una muestra de 17 casos con fobia escolar (9 varones y 8 féminas) de una edad media de 14,17 (rango: 9-17 a.) realizan un estudio farmacológico abierto: 11 casos (65 %) cumplen criterios DSM-III para trastorno depresivo y trastorno de ansiedad, 4 (23 %) cumplen criterios sólo para depresivos y 2 (12 %) no cumplen criterios pero tienen síntomas de ansiedad y depresión. Cada paciente fue incluido en un programa terapéutico multimodal incluyendo programación del retorno («reentrada») a la escuela, psicoterapia y medicación. A diez pacientes se les administró Alprazolam y a siete Imipramina: el Alprazolam fue administrado en 2-3 tomas/día con un incremento de 0,25 mg cada 3 días y una dosis media de 1,43±0,97 mg/d (rango 0,75 mg-4 mg) y sólo 1 abandonó a causa de la sedación y sentimientos de ineficacia del tratamiento, alguno se quejó de sedación; la Imipramina fue administrada en una dosis al acostarse, con incrementos de 25 mg cada 3 dosis, dosis

media de 135,42±47,41 mg/día y unas tasas hemáticas dentro del rango terapéutico (125-250 mg/ml) excepto en un caso (55 mg/ml con positiva respuesta clínica), sólo un caso abandonó el tratamiento por cefalea occipital y alguno refirió molestias gástricas, sedación y/o boca seca. La mejoría global y el regreso a la escuela se consigue habitualmente tras 8 semanas de tratamiento. De los pacientes que completaron el tratamiento con Alprazolam (9); 6 (67 %) mostraron una mejoría moderada o marcada en la sintomatología de la ansiedad y depresión, 5 (55 %) volvieron a la escuela. De los pacientes que completaron el tratamiento con Imipramina (6); 4 (67 %) mostraron una mejoría clínica moderada o marcada y 3 (50 %) volvieron a la escuela. En el segundo trabajo: doble ciego placebo-Imipramina-Alprazolam lo realizaron con otros 24 niños, entre 7 y 18 años, con fobia escolar: 12 varones y 11 hembras, de edad media 14,12 a.±1,98.

Los diagnósticos, según DSM-III, fueron depresión mayor o trastorno adaptativo con humor depresivo en 10 casos; trastornos por ansiedad (excesiva o de separación) en 4 casos y trastornos combinados (ansiedad y depresión) en 10 casos. Al principio y al final del ensayo terapéutico farmacológico (8 semanas) todos los niños fueron estudiados física y analíticamente (analítica sanguínea y EEG) sin hallazgos de interés: paralelamente, al inicio de la 4.ª semana y la 8.ª semana se aplicaron las siguientes escalas de ansiedad y depresión: ARC, RCMAS, CDRS, CAI y CDS, así como semanalmente se determinó, en el caso de la imipramina, la tasa hemática. Aplicándose a las escalas un análisis estadístico (al inicio y a las 8 semanas), análisis de variancia y covarianza (a las 4 y 8 semanas) y análisis estadístico no paramétrico. También se aplicó un programa individual de reincorporación escolar, así como una psicoterapia individual semanal. La medicación se administró fraccionada tres veces al día durante 8 semanas para luego retirarse en 1 o 2 semanas en forma progresiva decreciente. La dosis de Alprazolam fue desde 0,02 a 0,3 mg/kg/d y desde 2,64 a 3,30 mg/kg/d para la imipramina (150 a 200 mg/d) dosis media de 164,29±19,67 mg/d con tasa hemática media (N=6) de 176,5±70,3. Cinco casos abandonaron el estudio y uno tuvo que ser ingresado por exacerbación de la clínica depresiva con ideación suicida, quedando así 6 pacientes en cada grupo de tratamiento. La medicación mostró una mayor mejoría con una diferencia significativa en la ansiedad frente al placebo. Igualmente, el Alprazolam y la imipramina demostraron una mayor respuesta terapéutica que el placebo en todas las escalas para depresión. Sin embargo, el análisis de covarianza no mostró diferencias significativas, planteándose así la necesidad de futuros estudios con una casuística mayor. La medicación fue bien tolerada con efectos secundarios clasificados como ligeros. Confirmando así la observación clínica de los autores de que la medicación puede ser una parte importante de la terapéutica en pacientes con fobia escolar.

X. GASTAMINZA