

EFICACIA DE LA RISPERIDONA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES AGRESIVOS

Schreier HA. *Risperidone for young children with mood disorders and aggressive behavior.* *J Child Adol Psychopharmacol* 1998;8:49-59.

Hasta la actualidad, no se ha publicado ningún estudio amplio controlado sobre el uso de la risperidona en niños y adolescentes; sin embargo, van apareciendo referencias, más o menos amplias y, en general, en forma de casos clínicos, acerca de su seguridad y eficacia en diversos trastornos (aparte de la esquizofrenia) como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (conjuntamente con metilfenidato), trastorno de Tourette, trastornos generalizados del desarrollo y autismo o trastorno bipolar. El autor describe su experiencia positiva en 8 de 11 pacientes (edades comprendidas entre los 5 y los 16 años), catalogados como "de los más conductualmente problemáticos" de su hospital. En todos ellos, la agresividad apareció tardíamente en el desarrollo o se manifestaba de forma cíclica y la respuesta al litio, sólo o combinado con otros anticonvulsivantes, había sido insatisfactoria. Dos niños presentaban un TDAH, otros dos un trastorno bipolar (un niño tipo I, y otro tipo II), uno un trastorno ciclotímico, otro un trastorno de Tourette, otro un posible trastorno reactivo de la vinculación, y otro no tenía un diagnóstico claro. En la mitad de los casos, la respuesta satisfactoria apareció antes décimo día de tratamiento y, en todos ellos, las dosis utilizadas fueron bajas (0,75-2,5 mg/día). El principal efecto secundario fue la ganancia de peso (dos casos aumentaron una media de 4 kg) y la sedación —inicial y breve— en 6 de los 11 casos tratados, sin que aparecieran síntomas extrapiramidales. En la discusión, el autor dedica un párrafo a plantearse la idoneidad del concepto de Trastorno bipolar sub-umbral (o subclínico).

¿INEFICACIA DE LA OLANZAPINA EN NIÑOS?

Krishnamoorthy J, King BH. *Open-label olanzapine treatment in five preadolescent children.* *J Child Adol Psychopharmacol* 1998;8:107-13.

Si de la risperidona existen pocos estudios en niños y adolescentes, de la olanzapina hay menos. Los autores

comunican su experiencia insatisfactoria en cinco casos heterogéneos (dos con trastorno bipolar, dos con trastorno psicótico no especificado y uno con TDAH y trastorno del control de los impulsos), de edades comprendidas entre los 6 y los 11 años. A las seis semanas de iniciado el tratamiento, éste ya se había suspendido por falta de respuesta o efectos secundarios (acatisia, sedación o aumento de peso). En opinión de los propios autores, la respuesta insatisfactoria podría estar relacionada con las dosis utilizadas: inadecuadas o excesivas (2,5 a 10 mg/día), y también con la duración del tratamiento a dosis óptimas (4 a 42 días). De hecho, si obviamos los efectos secundarios, se produjo una mejoría clínica marcada en dos de los cinco pacientes, y moderada en uno de ellos.

TRATAMIENTO COMBINADO DEL TOC CON CLOMIPRAMINA E ISRS

Figuerola Y, et al. *Combination treatment with clomipramine and selective serotonin reuptake inhibitors for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents.* *J Child Adol Psychopharmacol* 1998;8:61-7.

Hasta un 80% de los casos de TOC debutan en la infancia y la adolescencia, y muchos de los pacientes adultos no-respondedores o con respuesta parcial al tratamiento farmacológico (correcto en tiempo y dosis) tuvieron un inicio precoz de sus síntomas. En estos pacientes se han utilizado diversas estrategias "potenciadoras", muchas de las cuales se han mostrado ineficaces (como la adición de litio y hormona tiroidea, trazodona o buspirona) o peligrosas (como el uso simultáneo de haloperidol en pacientes que también presentan tics, pues pueden conducir a la aparición de discinesias tardías); otras, sin embargo, parecen seguras y prometedoras como el uso combinado de dos fármacos "antiobsesivos". Los autores presentan la segunda serie de casos de adolescentes tratados, siguiendo esta estrategia (la primera fue publicada por Simeon et al, en 1990). Se trata de 7 pacientes (seis hombres y una mujer), de edades comprendidas entre los 9 y los 23 años, tratados con éxito con clomipramina y un ISRS (fluoxetina, sertralina, fluvoxamina o paroxetina) durante 5 a 22 meses. Sólo dos de los 7 casos tenían diagnóstico único (TOC), mientras que los otros cinco también padecían un trastorno

278 afectivo (depresión mayor en 4 de ellos) y/o ansioso (tres de ellos). En la práctica, la adición de un ISRS obliga a un descenso de la dosis previa de clomipramina y a la determinación de sus niveles séricos (pues aumentan) así como a la realización de ECG periódicos (en el estudio se detectó prolongación del QTc en dos pacientes y taquicardia en otros dos).

SÍNTOMAS MANÍACOS TRAS TRATAMIENTO CON FLUOXETINA EN ADOLESCENTES CON TOC

Go FS, et al. Manic behaviors associated with fluoxetine in three 12- to 18-year-olds with obsessive-compulsive disorder. J Child Adol Psychopharmacol 1998;8:73-80.

Los autores describen tres casos de manía inducida por fluoxetina de una muestra total de 20 niños afectados de Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) tratados con diversos ISRS en un ensayo clínico abierto. Tras identificar 40 casos de TOC, 20 de ellos siguieron tratamiento cognitivo-conductual y 20 farmacológico (15 con fluoxetina, 2 con fluvoxamina y los otros tres con sertralina, paroxetina y clomipramina, respectivamente). Cinco de los 15 casos tratados con fluoxetina desarrollaron síntomas maníacos o hipomaníacos, así como el único tratado con sertralina. Los principales síntomas fueron: impulsividad, grandiosidad, presión del habla y desinhibición conductual, claramente diferenciables del síndrome de "activación conductual" descrito con la fluoxetina (inquietud motora, alteración del sueño, desinhibición social y excitación subjetiva). En opinión de los autores —que se centran en la fluoxetina y describen sólo tres de los cinco casos—, el debut de síntomas maníacos o hipomaníacos se produce una o dos semanas después del inicio del tratamiento (o de cambio de dosis), es dosis independiente y quizá tam-

bién sea independiente del ritmo de aumento de dosis. Finalmente, recogen una propuesta de indicadores de riesgo elevado de desarrollo de manía o depresión en niños y adolescentes con TOC:

1. Depresión mayor comórbida con rasgos atípicos como letargia, retraso psicomotor, o somnolencia.
2. Psicosis humor-congruente.
3. Historia familiar de trastorno bipolar.
4. Depresión post-parto.
5. Historia previa de manía o hipomanía inducida farmacológicamente.

SÍNTOMAS MANÍACOS TRAS TRATAMIENTO CON GUANFACINA EN TDAH

Horrigan JP, Barnhill J. Does guanfacine trigger mania in children? J Child Adol Psychopharmacol 1998;8:149-50.

La guanfacina, un agonista alfa₂ adrenérgico, parece estar popularizándose como tratamiento del trastorno por tics y del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), entre otras razones —aparte de su eficacia— por su larga vida media (18 horas en los adultos), baja sedación y escasa disminución de la tensión arterial (especialmente cuando se la compara con la clonidina). Los autores de esta carta relatan que, tras 95 casos tratados, se les han presentado cinco en los que ha aparecido una activación intensa, semejante a la de un episodio maníaco de inicio súbito (agitación psicomotora, hiperactividad improductiva, presión del habla, irritabilidad intensa, extrema intolerancia a la frustración, disminución de la necesidad de sueño y otros), que remitieron tras la supresión del fármaco en menos de una semana. En todos ellos existían factores de riesgo familiares y personales para el trastorno bipolar.

T. J. Cantó