

¿ES LA IMIPRAMINA UN FÁRMACO DE PRIMERA ELECCIÓN PARA LAS CRISIS DE ANSIEDAD DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

Kutcher SP. Imipramine in the treatment of panic disorder: Is it a first-line compound for children and adolescents? CAPN 1997;2(2):8-9.

En este artículo, el editor de la revista *Child & Adolescent Psychopharmacology News (CAPN)* ofrece sus reflexiones sobre la utilidad de la Imipramina como tratamiento de las crisis de ansiedad en niños y adolescentes. Comienza reconociendo su eficacia en el tratamiento de adultos con crisis de ansiedad, y también que no se han publicado estudios sobre el tema en niños y adolescentes. Recuerda que algunos datos sugieren que los niveles séricos de Imipramina + Desipramina (generalmente a dosis diarias de alrededor de 1,5-3,0 mg/kg) correlacionan satisfactoriamente con una evolución positiva a corto plazo, y que, además, el mantenimiento del tratamiento con Imipramina durante 12 a 18 meses tras la estabilización parece asociarse con una menor tasa de recaídas tras su suspensión.

En su opinión, el tratamiento de niños y adolescentes con crisis de ansiedad probablemente no incluya la Imipramina como primera elección, por tres motivos: en primer lugar, por sus efectos secundarios (especialmente cardiovasculares); los niños y adolescentes, generalmente, toleran mal la Imipramina, y el principal metabolito de ésta (la desipramina/2-hidroxi-desipramina) posee una cardiotoxicidad conocida; este factor es aún más importante cuando se sabe que las tasas de suicidio entre pacientes con crisis de ansiedad van en aumento. En segundo lugar, porque el efecto terapéutico clínicamente significativo de la Imipramina en la reducción de la incidencia de las crisis de ansiedad sólo aparece tras las tres o cuatro semanas de tratamiento; mientras que ya podemos obtenerlo a la primera semana con benzodiazepinas de alta potencia como el Clonazepam. Y, en tercer lugar, por la creciente confirmación de la eficacia de los ISRS (especialmente la Paroxetina), con sus mucho menores efectos secundarios (sobre todo la Fluoxetina) pueden empeorar los síntomas, normalmente al inicio del tratamiento (este efecto se puede controlar administrando dosis iniciales pequeñas, por ejemplo 5 mg de Fluoxetina o 10 mg de Paroxetina).

El editor de la CAPN concluye que, teniendo en cuenta los factores, el papel de la Imipramina como fármaco de primera elección en niños y adolescentes con crisis de an-

siedad es más que dudoso, y que probablemente sólo será un tratamiento apropiado en aquellos individuos que no responden a los ISRS o que presentan efectos secundarios intolerables (en cuyo caso se precisará una monitorización cardiológica y se debería usar la dosis mínima eficaz).

PREDICTORES DE RESPUESTA FARMACOLÓGICA EN LA DEPRESIÓN

Schatzberg AF. Noradrenergic versus serotonergic antidepressants: predictors of treatment response. J Clin Psychiatry 1998;59(Supl 14):15-8.

Los ISRS han demostrado una efectividad semejante a la de los antidepresivos tricíclicos en el tratamiento de la depresión; sin embargo, algunos pacientes responden mejor a estos últimos que a los primeros. Es posible que esta diferencia de respuesta tenga relación con la inhibición de la recaptación de noradrenalina, ausente en los ISRS. Las pruebas existentes parecen indicar que los individuos deprimidos que presentan una excreción urinaria baja de MHPG responden más rápidamente a fármacos "noradrenérgicos" como la Imipramina, la Nortriptilina o la Maprotilina, mientras que aquellos con altos niveles urinarios de MHPG tienden a presentar una pobre respuesta con estos fármacos. Los autores del artículo comentan sus resultados con 60 pacientes (ambulatorios y hospitalizados) tratados durante 6 semanas con Desipramina o con Fluoxetina, y concluyen que la respuesta al fármaco no parece depender del mismo o de la gravedad del trastorno, pero sí del patrón de excreción urinaria de catecolaminas, de forma que niveles bajos de MHPG urinaria se asociarían a una respuesta positiva (con cualquiera de ambos fármacos), mientras que niveles altos conducirían a una respuesta parcial o ausente.

TRATAMIENTO DEL TARTAMUDEO CON RISPERIDONA

Maguire G, Gottschalk L, Riley G, Franklin D, Potkin S. Risperidone in the treatment of stuttering: a double-blind, placebo-controlled study. Annual Meeting of the APA 1998, June.

En este artículo doble ciego y controlado frente a placebo, los autores tratan a 16 adultos con tartamudeo con Risperidona o con placebo. La Risperidona se inició a

68 dosis de 0,5 mg/día y se aumentó hasta un máximo de 2 mg/día. La frecuencia del tartamudeo disminuyó en un 51% respecto a su basal en el grupo tratado con Risperidona, mientras que en el grupo placebo hubo un descenso del 27%. Esta diferencia resultó estadísticamente significativa ($p = 0,02$). Además se comprobó una reducción superior de la duración de los tartamudeos en el grupo tratado con Risperidona (29%) que en el tratado con placebo (15%). Según los autores, el tratamiento fue bien tolerado.

TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE TOURETTE CON ZIPRASIDONA

Chappell P, Sallee F. Ziprasidone in Tourette's syndrome. Annual Meeting of the APA. 1998, June.

En esta comunicación se presentan los resultados del tratamiento con Ziprasidona (un nuevo antipsicótico) frente a placebo en 26 pacientes con Síndrome de Tourette. Los pacientes tenían edades comprendidas entre los 7 y los 17 años (media 12). El estudio presenta un diseño doble ciego controlado con placebo (16 pacientes con Ziprasidona hasta 40 mg/día, 10 pacientes con placebo) y se realizó durante 8 semanas.

Los autores comunican que la Ziprasidona fue significativamente más efectiva que el placebo en el descenso de los tics (medidos con la escala de gravedad global de los tics de Yale, $p = 0,01$) y otros aspectos. La sintomatología obsesivo-compulsiva (de aquellos pacientes que la presentaban con una intensidad importante) disminuyó en un 25% tras el tratamiento con Ziprasidona, mientras que sólo en un 5% con placebo.

Por otra parte, se afirma que no hubo cambios clínicos de importancia en las escalas de acatisia, disci-

nesia tardía o síntomas extrapiramidales al comparar ambos grupos. Así como tampoco en el resto de pruebas médicas o cardiológicas.

AUMENTO DE PESO CON ANTIPSICÓTICOS

Wirshing D, Marder S, Goldstein D, Wirshing W. Novel antipsychotics: comparison of weight gain liabilities. Annual Meeting of APA. 1997, December.

Los autores de esta presentación realizan un análisis retrospectivo para estudiar las diferencias de peso entre los pacientes diagnosticados de esquizofrenia y tratados con Clozapina ($n = 20$), Olanzapina ($n = 13$), Risperidona ($n = 38$), Haloperidol ($n = 43$) y Sertindol ($n = 8$; actualmente retirado del mercado). Concluyen, tras realizar ajustes por edades, duración del tratamiento y peso inicial, que los dos fármacos que más aumentan el peso son la Clozapina y la Olanzapina; tanto en kilogramos ganados, como en porcentaje de pacientes que lo sufren (45% y 35% de cada grupo, respectivamente, frente a un 10% de Risperidona o Haloperidol, y ninguno del grupo del Sertindol).

La tendencia a ganar peso asociada con la Clozapina persistía, pese a la introducción de intervenciones conductuales, a diferencia de la producida por Olanzapina. Asimismo, este aumento de peso con Clozapina u Olanzapina se producía durante un periodo de tiempo más largo que el de la Risperidona (que presentaba una fase inicial más corta).

Los autores finalmente correlacionan esta tendencia al aumento de peso con la afinidad relativa de los fármacos por los receptores histamínicos H_1 .

T. J. Cantó