

TRATAMIENTO TÓPICO, CON ÁCIDO ESCUÁRICO DIBUTILÉSTER, DE LA ALOPECIA AREATA INFANTIL

Es usual que distintas especialidades afronten una misma patología con distintos enfoques y tratamientos, y es inusual un abordaje integrador. Abordaje integrador que, quizás, tanto más con el predominante modelo biopsicosocial en la psiquiatría actual⁽¹⁾, debería caracterizar la práctica clínica. En este sentido, este lector ha recogido el trabajo de Orecchia y colaboradores, de la Clínica Dermatológica de la Universidad de Pavia, Italia⁽²⁾ en que presentan los resultados del estudio de la efectividad y conveniencia del tratamiento tópico con ácido escuárico dibutiléster (AED) en el tratamiento de formas severas de alopecia areata en niños con trastorno psicológico severo y resistentes a otros tratamientos.

La alopecia areata es la segunda causa más común de caída de pelo en la infancia, después de la tiña capitis. Desde que la alopecia areata presenta una frecuente asociación con atopia y tiene una temprana presentación comporta, habitualmente, un pobre pronóstico.

Los sensibilizadores tópicos han supuesto más esperanzas para la recuperación de la alopecia areata, aunque sus índices de éxito son variados. Su aplicación está limitada por la irritación que, sin embargo, algunos autores consideran un prerrequisito para ser eficaz. El ácido escuárico dibutiléster (AED) y el difenciprono son preferidos, en los últimos años, al dinitroclorobenceno por ser mutagénico este último. El ácido escuárico dibutiléster (AED) es usado actualmente en Europa para tratar la alopecia areata en adultos.

La muestra estaba constituida por 38 pacientes (12 chicos y 16 chicas) de 5 a 13 años, afectos de alopecia areata extensa y de larga duración (entre 2 y 5 años), resistente a otros tratamientos y afectos de un distrés psicológico severo. Todos tenían una historia familiar de alopecia areata.

La sensibilización fue inducida con ácido escuárico dibutiléster (AED) al 2% en acetona aplicado a una pequeña área de la cabellera (de alrededor de 50 cm) para evitar reacciones bullosas y eczemas agudos recurrentes. Después de dos semanas se probaron diferentes concentraciones de ácido escuárico dibutiléster (AED) en la cabellera para encontrar la dosis personal de cada niño que produjera el mínimo eritema sin malestar. Las dosis iniciales fueron normalmente tan bajas como 0,0001% a 0,001% para minimizar los efectos a largo plazo. Las aplicaciones fueron realizadas semanalmente durante 12 meses. Se administró a cada paciente una crema o una loción con un potente esteroide tópico (propionato de clobetasol) y un antihistamínico para tomar sólo en caso de una excesiva irritación.

Resultados. Nueve pacientes (32,1%) consiguieron un recrecimiento completo o aceptable cosméticamente y otros seis (21,4%) tuvieron un significativo recrecimiento. Fue pobre en 9 (21,4%) y no existió en 4 (14,2%).

Los efectos secundarios fueron mínimos, debido a las bajas concentraciones del fármaco y a la forma de aplicación. Una linfadenopatía local se presentó en casi todos los sujetos y considerada como un signo favorable.

No encontrando ninguna correlación entre respuesta y sexo, edad de inicio de la enfermedad, extensión, duración, o tipo clínico.

En 14 pacientes que siguieron el tratamiento tópico con ácido escuárico dibutiléster (AED) durante un periodo entre 18 meses y 8 años permaneció la eficacia para las recaídas también.

Concluyendo así que el tratamiento tópico con ácido escuárico dibutiléster (AED) es un tratamiento válido e indicado para niños, particularmente aquellos que son resistentes a las terapias habituales.

TRATAMIENTO CON FLUOXETINA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA

Birmaher y cols.⁽³⁾ presentan los resultados del primer estudio publicado de la utilización de fluoxetina en niños y adolescentes con trastornos de ansiedad: estudio abierto en niños afectos de Trastorno de ansiedad excesiva, Trastorno de ansiedad de separación y fobia social.

Los trastornos de ansiedad están entre las formas de psicopatología más prevalentes en los niños, en los adolescentes y los adultos. Estos trastornos están a menudo asociados con problemas familiares, escolares y familiares, molestias físicas, baja autoestima, depresión, abuso de sustancias, y continuados con trastornos de ansiedad y problemas adaptativos en la adultez.

Con la excepción del Trastorno obsesivo-compulsivo, son escasos los datos apoyando la eficacia de la psicoterapia farmacológica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Algunos trabajos han estudiado los tricíclicos: la imipramina, y la clomipramina. Otros han sugerido que las benzodiazepinas podían jugar un papel en el tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia. Aplicación que, a cause del riesgo de abuso y los potenciales efectos secundarios cognoscitivos, permanece en controversia.

De aquí el interés de este trabajo sobre el uso de la fluoxetina, un bicíclico, inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina.

Fueron

xcluidos los

casos con Trastorno depresivo mayor, Trastorno obsesivo-compulsivo o Trastorno de pánico, así como los que presentaban antecedentes de trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico, trastorno bipolar, trastorno de estrés posttraumático, abuso de sustancias o psicosis.

64 La muestra estaba formada por 21 niños y adolescentes. La edad media, al inicio, era de 14 años (rango: de 11 a 17 años), siendo 11 los varones y 10 las niñas.

La dosis media fue de 25,7 mg/d, con la siguiente distribución: un paciente recibió 10 mg/d, 15 recibieron 20 mg/d, un paciente 30 mg/d, dos recibieron 40 mg/d, y dos pacientes 60 mg/d. El tiempo medio de tratamiento fue de 10 meses (rango: de 1 a 31 meses).

Resultados. El 95% de los pacientes (n= 20) mostraron alguna mejoría en la ansiedad, el 81% (n= 17) mostraron alguna mejoría de moderada a marcada. En general, la mejoría empezaba después de 6 a 8 semanas de tratamiento con fluoxetina. Ninguno mostró empeoramiento en su clínica. No siendo significativo la edad, sexo, severidad de la enfermedad, duración del tratamiento o efecto dosis.

No se presentaron efectos secundarios significativos. Ninguno experimentó agitación, síntomas de manía/hipomanía o ideación suicida. Los pacientes se quejaron de los siguientes efectos secundarios: cefalea leve (n= 1), náusea (n= 3), insomnio (n= 3), anorexia (n= 1) y gastralgia (n= 1).

En resumen: los resultados de esta publicación sugieren que la fluoxetina puede ser un eficaz y seguro tratamiento para niños y adolescentes no deprimidos con un Trastorno de ansiedad distinto al Trastorno obsesivo-compulsivo y al Trastorno de pánico.

TRATAMIENTO DEL MUTISMO ELECTIVO CON FLUOXETINA

En este trabajo Blaci y Udhe⁽⁴⁾ estudian la eficacia del tratamiento con fluoxetina en un estudio placebo-control, doble ciego. Autores que anteriormente publicaron un caso clínico

de mutismo electivo tratado con fluoxetina⁽⁵⁾, y habían revisado el tema sugiriendo que podía ser una variante de la fobia social⁽⁶⁾.

Dieciséis pacientes con mutismo electivo fueron tratados con placebo, a ciego simple, durante dos semanas. Quince pacientes, que no respondieron al placebo, fueron asignados al azar a un tratamiento doble ciego con fluoxetina a una dosis de 0,6 mg/Kg/d (n= 6) o continuaron con el placebo (n= 9) durante otras 12 semanas. Las valoraciones de resultados fueron completadas por los psiquiatras tratantes, los padres y los profesores.

Resultados. Fueron demostradas mejoras significativas, a lo largo del tiempo, en las valoraciones del mutismo electivo, ansiedad y ansiedad social valoradas por los clínicos, padres y profesores en los sujetos tratados con fluoxetina y en los tratados con placebo. Los sujetos tratados con fluoxetina mejoraron significativamente más que los tratados con placebo en las valoraciones parentales de cambio en el mutismo y cambio global. Las valoraciones de los clínicos y de los profesores no revelaron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento. Aunque mejoraron, la mayoría de los sujetos de ambos grupos de tratamiento permanecieron bastante sintomáticos al final del estudio. Los efectos secundarios fueron mínimos.

Considerando que la fluoxetina puede ser beneficiosa y segura en el tratamiento de niños con mutismo electivo. Pudiendo producir unos periodos más largos de tratamiento unos más sustanciales beneficios terapéuticos. Finalizando con la indicación de la conveniencia de otros estudios adicionales.

X. Gastaminza

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129.
- 2 Orecchia G, malagoli P, Santagostino L. Treatment of severe alopecia areata with squaric acid dibutylester in pediatric patients. *Pediatric Dermatology* 1994;11:65-68.
- 3 Bismaher B, Waterman S, Ryan N, Cully M, Balach L, Ingram J, Brodsky M. Fluoxetine for childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:993-999.
- 4 Black B, Udhe TW. Treatment of elective mutism with fluoxetine: a double-blind, placebo-controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:1000-1006.
- 5 Black B, Udhe TW, Tancer ME. Fluoxetine for the treatment of social phobia. *J Clin Psychopharmacol* 1992;14:293-295.
- 6 Black B, Udhe TW. Elective mutism as a variant of social phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:1090-1094.