

# Tratamiento con ciproheptadina en la anorexia mental del adolescente

J. Tomás\*, I. Paredes\*\*, N. Bassas\*\*

Barcelona

## RESUMEN

Hemos realizado un estudio con 20 casos de pacientes anoréxicos mentales adolescentes (17 hembras y 3 varones), a los que se les administró Clorhidrato de Ciproheptadina.

Este fármaco, antagonista de la histamina y la serotonina, estimulante del apetito, demostró su eficacia en el tratamiento de la Anorexia Mental.

Los resultados obtenidos nos parecen de interés, puesto que se obtuvo un incremento de peso significativo y, a la par, una modificación del cuadro clínico general.

A nivel global, la evolución fue satisfactoria en el 70% de los casos. Tal mejoría, creemos que obliga a replantearse las medidas generales terapéuticas frente a la Anorexia Mental y puede facilitar en algunos casos, la evitación de la separación ambiental como medida terapéutica fundamental.

**Palabras clave:** Clorhidrato de Ciproheptadina. Anorexia Mental. Adolescencia.

## INTRODUCCIÓN

La Anorexia Mental (A.M.) o Anorexia Nerviosa (A.N.), es un trastorno de origen psíquico, cuya repercusión somática sitúa el problema en el ámbito de la patología psicósomática.

Junto al trastorno de la conducta alimentaria, se añaden otros igualmente importantes, que configuran el llamado «Síndrome de las tres A»: Adelgazamiento, Anorexia y Amenorrea. Su inicio generalmente se sitúa en las etapas de la pubertad y adolescencia, y es más frecuente su preferencia por el sexo femenino y el aumento de su incidencia en los últimos veinte años.

El adelgazamiento a menudo sobrepasa el 25% del peso inicial, pudiendo llegar alguna vez a más del 50%. La valoración con valor diagnóstico se realiza, según que autores, a partir del 10% o 25% de pérdida.

En nuestra casuística revisada, que fue objeto de una publicación anterior, la amenorrea en el 55% de los casos coincide con el inicio de la A.M., en el 16% la precede y en el 25% la sigue. La amenorrea puede ser primaria o secundaria (1, 2, 3).

Junto a esta tríada básica se aprecia la ausencia de trastornos mentales mayores.

Referente a la evolución no hay descritas remisiones espontáneas. La A.M. puede llegar a cronificarse de tal forma que dure de 15 a 20 años. El peso es lo que más fácilmente se

\* Prof. Responsable de Psiquiatría, Unidad Docente Vall d'Hebrón, Depart. de Farmacología y Psiquiatría, U.A.B. Jefe del Servicio de Psiquiatría, Hospital Materno-Infantil, Vall d'Hebrón, Barcelona.

\*\* Psicóloga. Servicio de Psiquiatría. Hospital Materno-Infantil, Vall d'Hebrón, Barcelona.

normaliza y la amenorrea lo que se resuelve más tardíamente. El 50% presenta una vida social, profesional y sexual insatisfactoria. A menudo se acompaña de fases de obesidad.

La perturbación fundamental de la estructura de estos pacientes se sitúa en relación a las dificultades precoces de la organización de la personalidad y al fracaso que significa la pubertad, para cada uno de ellos, por no disponer, en este estadio fundamental del desarrollo, de recursos suficientes en el aparato del Yo.

El enfoque terapéutico se desarrolla en diversas pautas. Por una parte, se considera una condición indispensable la hospitalización o separación ambiental del paciente, buscando un aislamiento total del medio familiar, a fin de enfrentarlo consigo mismo y romper su dependencia, creando una situación de exigencia de individuación. Muchas veces, la hospitalización se utiliza como período intermedio para encontrar una familia sustituta paraemplazar a la niña. En otros casos, se aprovechará la hospitalización para efectuar una reorientación, que, si existe una pérdida ponderal excesiva, será forzada. La alimentación parenteral es una medida excepcional.

La siguiente pauta terapéutica es la psicoterapia individual, efectuada en dos sesiones semanales, durante un promedio de 12 meses a 2 años y medio, hasta la resolución total del cuadro anoréxico, asociada a soporte terapéutico parental.

Las conclusiones en nuestra revisión nos llevaron a considerar la separación ambiental y la psicoterapia individual como factores imprescindibles para la resolución de la A.M., con un éxito terapéutico del 66%. El 28% abandonaron el tratamiento antes de su finalización y el 6% no practicaron la separación ambiental o evolucionaron a una enfermedad psiquiátrica mayor. El tratamiento psicofarmacológico, generalmente con antidepresivos tricíclicos, no ayudaba a la resolución del caso e incluso parecía alargar el proceso y la amenorrea se resolvía más tardíamente. Con otros psicofármacos nuestros resultados fueron totalmente inespecíficos (4).

La bibliografía revisada puso de manifiesto que el uso del Clorhidrato de Ciproheptadina, a dosis media de 100-130 mgr. al día producía una mejoría evolutiva del peso corporal y de la actividad relacional en la A.M. (5, 6, 7, 8, 9).

En los estudios de Lavenstein (1962), Bergen (1964), Kofman (1968) y Francini (1967) se demostró que el incremento de peso en las ratas es más significativo durante el tratamiento con el Clh. de Ciproheptadina que no durante la administración de un placebo o algún otro agente antialérgico (10, 11).

Francini y colaboradores observaron que se producía un aumento del peso de 1,29 kgr/mes en un grupo de 17 pacientes durante la administración del Clh. de Ciproheptadina. Cuando se suspendía la administración del fármaco, el peso disminuía 0,02 kgr pero volvía a aumentar a 1,22 kgr/mes cuando se reinstauraba el tratamiento inicial (12).

Kofman y colaboradores hallaron un aumento de peso durante la administración del Clh. de Ciproheptadina que era 8 veces mayor que en el período de control sin medicación. Mostraron también que el fármaco era compatible con la reserpina y las hormonas anabólicas (13).

## MATERIAL Y MÉTODO

Hemos seleccionado 20 casos de A.M. según los criterios del DSM-III-R que, a título recordatorio, resumimos a continuación:

A. Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta corporal.

D. En las mujeres, ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea primaria o secundaria) (14).

Los 20 casos recogidos son pacientes adolescentes y jóvenes con A.M. incluidos entre

11 y 18 años de edad, siendo la mayor incidencia entre 13 y 15 años (80%).

El tratamiento consistió en la administración de Clh. de Ciproheptadina, en dosis diarias de 32 mgr a 110 mgr en tres tomas, de introducción progresiva a lo largo de 5 a 12 días. Se administró durante 1-8 meses siempre a tenor de la recuperación del peso corporal y de la aparición de la menstruación.

Se practicó psicoterapia individual en todos los casos, a dos sesiones a la semana, con técnicas de apoyo, elaboración de fantasía, etc.

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos muestran que el tratamiento psicofarmacológico con Clh. de Ciproheptadina, cuando se administró a todos los casos (con o sin separación ambiental) a las dosis ya expuestas, mostró una mejoría evidente en un 75% de los casos.

Total	20	
Hembras	16	80%
Varones	4	20%
<b>Evolución global</b>		
Positiva	15	75%
Negativa	4	20%
Alta voluntaria	1	5%
<b>Evolución con separación ambiental</b>		
Total	13	65%
Positiva	9	69%
Negativa	3	23%
<b>Evolución sin separación ambiental</b>		
Total	7	35%
Positiva	6	86%
Negativa	1	14%

En el 35%, que no practicaron la separación ambiental, técnica que se considera imprescindible para la resolución del cuadro anoréxico, presentaron una mejoría inmediata y sostenida del 86% de los casos tratados.

Cabe señalar que, en el grupo que se practicó la separación ambiental la mejoría glo-

bal fue del 69%, resultado que coincide con la revisión anterior efectuada por nosotros (66%) (J. Tomás y N. Bassas, 1988).

De la muestra total sólo dos pacientes presentaron episodios bulímicos. Uno de ellos a los dos meses de evolución terapéutica y con el tratamiento del Clh. de Ciproheptadina. Otro a los siete meses, cuando ya hacía más de un mes que se había suspendido la administración del Clh. de Ciproheptadina y se resolvió el cuadro dos meses más tarde, sin remisiones en controles posteriores.

## DISCUSIÓN

Los resultados son coincidentes a los de otros autores que han estudiado el efecto del Clh. de Ciproheptadina en pacientes anoréxicos. Los pacientes ganan peso en un porcentaje elevado (15, 16, 17, 18).

En nuestra opinión, el Clh. de Ciproheptadina es el estimulante del apetito más efectivo en función de los resultados, a la vez que es bien tolerado y ejerce una acción antidepresiva al ser un antagonista serotoninico central. Como así lo demuestran Sudhir Bansal y Walter A. Brown, del departamento de Endocrinología y Psiquiatría de la Universidad Brown, USA (19).

## CONCLUSIONES

Los pacientes tratados con Clh. de Ciproheptadina recuperan rápidamente el peso corporal al favorecer este fármaco la estimulación del apetito, con lo que suponemos se normaliza la actividad hormonal y facilita la aceptación del esquema corporal sexuado. El tratamiento de dichos pacientes se acorta significativamente.

La separación ambiental, medida terapéutica muy traumática tanto para el paciente como para su familia, puede no ser imprescindible para la resolución del cuadro anoréxico. Con ella se precipitaba el romper la relación de dependencia del paciente con su nú-

cleo familiar, factor que actualmente se resuelve mediante la psicoterapia individual y soporte terapéutico familiar.

## Bibliografía

1. JEAMMET, Ph.: L'Anorexie Mentale. *Encycl. Med.-Chir. Paris* 37350 A10-2. 1984.
2. KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J.: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Williams & Wilkins. Fifth Edition. Vol. II. London, 1985.
3. SCHÜTZE, G.: *Anorexia Mental*. Herder n.º 117. Barcelona, 1983.
4. TOMAS, J., BASSAS, N.: La Anorexia Mental en el adolescente. *Revista de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil*. Barcelona, 1990.
5. HERZOG, D.B., COPELAND, P.: Eating disorders. *The New England Journal of Medicine*. Aug., 1985.
6. PAWLOWSKI, G.J.: Cyproheptadine: Weight gain and appetite stimulation in essential anorexic adults. *Current Therapeutic Research*. Vol. 18, Nov., 1975.
7. GRIFFITH, D.N., ROSS, E.J.: Pregnancy after Cyproheptadine treatment for Cushing's disease. *London WCie 6 JJ England*, 1981.
8. HALMI, K., ECKERT, E., FALK, J.R.: Cyproheptadine for Anorexia Nervosa. *Dep. of Psychiatry, N. York Hospital. The Lancet*. June, 1982.
9. MAINGUET, P.: Effect of Cyproheptadine on Anorexia and Loss of Weight in adults. Reprinter from «The Practitioner». Vol. 208: 797-800. June, 1972.
10. LAVENSTEIN, A.F. et al.: Effect of Cyproheptadine on asthmatic children. Study of appetite, weight gain and linear growth. *J.A.M.A.* 180: 912, 1962.
11. BERGEN, S.S. Jr.: Appetite Stimulation properties of Cyproheptadine. *Am. J. Dis. Children*, 108: 270. 1964.
12. FRANCINI, F., SANTANA, J.G., KRITOTSEN, J. *Prensa Médica*, 54: 826. 1967.
13. KOFFMAN et al.: Cyproheptadine Hydrochloride effect on Weight and Height increase in children. *Personal Communication*. 1968.
14. DSM-III-R. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson, S.A. Barcelona, 1988.
15. MIDDLEL, S.A.: Cyproheptadine for Pituitary Disorders. *The New England Journal of Medicine*. Beverly Hills. Aug., 1976.
16. STIEL, J.N., LIDDLE, G.W., LACY, W.W.: Studys of Mechanims of Cyproheptadine-induced Weight Gain in Human subjects. *Metabolism*, vol. 19 n.º 3. March, 1970.
17. WOLD, J.S., LONGNECKER, D.S., FISHER, L.J.: Species dependent pancreatic islet toxicity produced by Cyproheptadine: Alteracions in Beta Cell structure an Function. *Toxicology and Applied Pharmacology* 19. 1971.
18. GARNER, D.M., GARFINKEL, P.E.: *Handbook of Psychotherapy: Anorexia Nervosa and Bulimia*. The Guilford Press. N. York-London, 1985.
19. BANSAL, S., BROWN, W.A.: Cyproheptadine in depression. *The Lancet*, 1983.