

**DOSIS BAJAS DE PIRIDOXINA Y MAGNESIO EN  
AUTISTAS**

Rimland (1973) inició el estudio de la eficacia de la megavitaminoterapia en general, y la piridoxina en concreto, en autistas, con resultados positivos.

Posteriormente, a partir de 1981, un grupo de investigadores franceses (Lelord, Much, Barthélemy, Martineau, Garreau y cols.) en una serie de trabajos demostraron consistentemente que, por lo menos algunos de los autistas estudiados (alrededor del 45%), mejoraban en respuesta a la combinación de piridoxina y magnesio, y que la respuesta era mayor que la obtenida con la administración de piridoxina o magnesio aislada (no asociada) a dosis equivalentes. Las dosis empleadas por este grupo fueron de 30 mg/Kg/d de piridoxina (2100 mg/70 Kg/d) y de 10-15 mg/Kg/d de magnesio (700-1050/70 Kg/d).

La mayoría de publicaciones, y todos los ensayos en autistas, no han encontrado ningún efecto secundario de la administración de altas dosis de piridoxina. Sin embargo, han aparecido varios artículos señalando la aparición de neuropatía periférica en pacientes en tratamiento con megadosis de piridoxina, relacionándose con la dosis diaria (por encima de 1000 mg/d) y la duración del tratamiento (dosis total).

Así los autores de este trabajo se propusieron la utilización de dosis bajas combinadas de piridoxina y magnesio. Eligiendo las dosis de 200 mg/70 Kg/d de piridoxina y 100 mg/70 Kg/d de magnesio.

La muestra estaba constituida por 15 pacientes autistas (cumpliendo criterios DSM-III-R), entre seis y 18 años, diez varones y cinco hembras, con un grupo control de cinco varones autistas.

Tras un período común de cinco semanas para establecer la línea basal, se inició el estudio. Estudio doble ciego, placebo-control, con un diseño de entrecruzamiento asimétrico. Tras asignación aleatoria, del grupo experimental, a un grupo (grupo 1) u otro (grupo 2) se procedió a la administración durante períodos de 10 semanas, de los compuestos activos o placebo (Grupo 1: tratamiento-tratamiento-placebo; Grupo 2: tratamiento-placebo-tratamiento).

Los resultados, con el análisis estadístico, confirmaron la falta de diferencias significativas entre los sujetos de los tres grupos en todo el estudio. Sugiriendo que, la reducción de dosis para reducir el riesgo de efectos secundarios, no era terapéutica.

Tolbert L, Haigler T, Waits MM, Dennis T. Brief Report: Lack of Response to a Low Dose Clinical Trial of Pyridoxine Plus Magnesium. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol 23 nº 1, 1993.

**METILFENIDATO EN NIÑOS HIPERACTIVOS CON  
TRASTORNOS POR TICS**

En la actualidad está bien documentada la posible comorbilidad de la hiperactividad y el trastorno por tic en niños con trastornos de conducta (el primer trabajo fue de Conners, 1970). El problema clínico se plantea en el tratamiento: ya que el tratamiento de elección para la hiperactividad (metilfenidato) se considera comúnmente contraindicado en pacientes con tics.

Por contra, los autores de este trabajo, consideran el metilfenidato un seguro y eficaz tratamiento en algunos niños (no necesariamente en todos) para la hiperactividad en comorbilidad con el trastorno por tic, y ello sin una marcada diferencia, con respecto a otros fármacos prescritos para la hiperactividad o para los trastornos por tic, en el riesgo relativo de la exacerbación de la clínica ticsa o la inducción de otros trastornos psicomotrices. Conclusión que señalan como prematura en base al número limitado de estudios controlados realizados.

Este artículo reseñado se plantea determinar la conveniencia de una investigación amplia con medicación estimulante para el tratamiento de la hiperactividad en niños con trastornos por tic.

Los participantes, en condiciones de doble ciego, recibieron, asignados aleatoriamente, varias secuencias de placebo y tres dosis de metilfenidato (0, 0,3, y 0,5 mg/Kg/d) durante dos semanas cada una. Administrada dos veces al día (mañana y mediodía), con un intervalo de 3,5 h y los siete días de la semana.

La muestra estaba formada por 11 varones, entre 6,1 y 11,9 años (edad media: 8,3 años y DE: 1,96) que cumplieran criterios DSM-III-R de trastorno por hiperactividad con déficit de atención (siendo además el motivo de consulta) y trastorno por tic motor crónico o síndrome de la Tourette.

Cada niño fue observado durante aproximadamente 20 horas en el marco escolar (en clase, en el comedor y en el patio).

Los resultados mostraron que el metilfenidato suprimía efectivamente los trastornos de conducta e hiperactividad en la clase y las agresiones físicas en el comedor y en el patio (aspecto este que puede tener importantes implicaciones clínicas, ya que la conducta agresiva en niños hiperactivos es un predictor de un más desfavorable desenlace clínico en la adolescencia y adultez). El metilfenidato también reducía la presentación de tics vocales en clase y en el comedor. Ninguna de las medidas de los tics motores reveló efectos de la medicación, siendo el menor nivel medio de tics motores a la dosis de 0,3 mg/Kg.

Concluyendo, con estos prometedores resultados, en la necesidad de estudios adicionales.

Gadow KD, Nolan ED, Sverd J. Methylphenidate in Hyperactive Boys with Comorbid Tic Disorder: II. Short-Term Behavioral Effects in school Settings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31(3):462-471.