

UNA REVISIÓN DEL TEC EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

En este trabajo, con motivo de la presentación de dos casos, no publicados, de adolescentes tratados con TEC (Terapia Electroconvulsivante) los autores hacen una revisión del tema, buscando responder a la pregunta sobre la TEC como opción terapéutica en niños y en adolescentes.

En 1985, en la Conferencia de Consenso sobre la TEC, se declaró que la TEC debería considerarse para "las depresiones endógenas severas y delirantes, la manía aguda, y para ciertos síndromes esquizofrénicos" por su eficacia comprobada, o cuando existe un riesgo de suicidio, en caso de contraindicación de los antidepresivos tricíclicos, de los inhibidores de la monoaminooxidasa, de los neurolépticos y del litio, o en caso de fracaso de las modalidades terapéuticas psicoterapéuticas y farmacológicas; no mencionándose la edad como un factor en la decisión del uso de la TEC. Sin embargo, el Grupo de Trabajo sobre la TEC de la Asociación Americana de Psiquiatría (1978) señalaba que la TEC en niños y adolescentes "era aceptada por un pequeño grupo de psiquiatras en pocas y excepcionales ocasiones".

Caso 1 (1980)

Se trataba de una adolescente de 15 años afecta de un trastorno bipolar, inicialmente maníaco, posteriormente depresivo sin respuesta al tratamiento farmacológico y con empeoramiento por los que a las 10 semanas fue tratada con TEC: nueve tratamientos de TEC unilateral (hemisferio no dominante), normalizándose el cuadro y clada de alta con litio y trifluoperazina. A los nueve meses de seguimiento no presentaba clínica alguna psicótica o depresiva.

Caso 2 (1978)

Joven de 18 años afecta de una esquizofrenia tipo hebefrénica destacando su conducta agresiva y la sintomatología delirante y alucinatoria; tras unas 10 semanas sin respuesta al tratamiento farmacológico con neurolépticos fue tratada con TEC: 20 tratamientos de TEC unilateral (no dominante) con una inicial positiva respuesta si bien de corta duración por la reaparición de la agitación y el pensamiento psicótico por lo que fue remitida a un centro residencial sin posterior seguimiento.

El reducido número de casos publicados sugiere que aunque poca usada, los niños y adolescentes son tratados con la TEC Thompson y Blaine (1987) encuentran que aproximadamente el 1,5% (500) de los pacientes hospitalizados que recibieron la TEC (33.384), en 1980, tenían entre los 11 y 20 años. Kramer (1985) señala un promedio de ocho pacientes/año, menores de 18 años, como el número de TEC aplicados

en California entre 1977 y 1983. En un estudio realizado en Inglaterra, 31 de los 433 psiquiatras encuestados usaban la TEC en menores de 16 años para la depresión psicótica, el estupor catatónico, manía y ocasionalmente esquizofrenia o anorexia nerviosa (Pippard y Ellan, 1981). Guttmacher y Cretella (1988) presentan, sobre 1000 pacientes tratados con la TEC en el Strong Memorial Hospital de Rochester, New York, solo cuatro casos menores de 15 años.

En los casos publicados de TEC en niños y adolescentes los diagnósticos incluidos son: esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión, anorexia nerviosa y síndrome de Gilles de la Tourette con trastorno pervasivo de la personalidad, si bien señalando que los criterios diagnósticos no siempre claramente señalados, difieren entre los diferentes trabajos.

La impresión clínica de los observadores fue uniformemente, de respuesta positiva la TEC. Ahora bien en esta revisión, y basándose en los casos publicados, los autores solo encuentran suficientes datos concluyentes del beneficio de la TEC en niños y adolescentes afectos de Trastorno bipolar (fase depresiva, fase maníaca o cicladores rápidos) y de Depresión, señalando la necesidad de estudios sistematizados de la TEC en niños y adolescentes.

Respecto a la afectación de la TEC en niños y adolescentes (con un cerebro en desarrollo) los hallazgos de los distintos autores son comparables a los de los adultos. A pesar de los efectos secundarios en el período inmediato postratamiento, la mayoría de autores defienden la ausencia de efectos a largo plazo. Los efectos secundarios incluyen un breve período de alteración neuropsicológica (confusión, trastornos amnésicos), reacciones de ansiedad, desinhibición y alteración en el umbral convulsivante. El empeoramiento neuropsicológico se reduce marcadamente a los pocos días, aunque puede persistir unos pocos meses una ligera alteración posiblemente con desinhibición.

Por otra parte, abordan el problema de quien ha de dar el consentimiento para la TEC. En el caso de niños preadolescentes, son los padres. Ahora bien, en adolescentes consideran razonable el consentimiento de los padres y del adolescente, señalando en el caso de rechazo por el adolescente la posibilidad de hacer una consulta al sistema legal para ayudar en la decisión.

Bertagnoli MV, Borchardt CM. A review of ECT for children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29(2):302-307.

LA UTILIZACIÓN DE NEUROLÉPTICOS Y LA SINTOMATOLOGÍA EXTRAPIRAMIDAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

El objetivo de los autores de este estudio era determinar la

prevalencia y los factores de riesgo de los trastornos del movimiento (Parkinsonismo, Acatisia, y Disquinesia tardía) inducidos por los neurolépticos en un grupo de niños y adolescentes ingresados en un Centro Psiquiátrico Infantil.

De una población total ingresada de 133, la muestra final estuvo formada por 104 pacientes (78% del total): 67 chicos (64%) y 37 chicas (36%), con una edad media de 14,9 años (DE: $\pm 2,2$ años) incluyendo los ya hospitalizados, y los ingresados en los siguientes seis meses al inicio de la investigación, con una estancia media de 95 días (E: ± 146 , 4 días). 11 pacientes (11%) estaban en tratamiento con antiparkinsonianos.

Cosntituyéndose dos subgrupos de riesgo de efectos secundarios: 1) Grupo de riesgo de parkinsonismo: en el momento de la valoración: 61 pacientes (59%); 2) Grupo de riesgo de disquinesia tardía: pacientes con antecedentes de tratamiento con neurolépticos en un período de por lo menos 90 días: 41 pacientes. Grupos mutuamente no excluyentes.

Utilizando un procedimiento estructurado y estandarizado usado en la investigación de pacientes psiquiátricos adultos, geriátricos y deficientes mentales con posterior análisis estadístico.

La prevalencia de parkinsonismo, entre los 61 pacientes en riesgo, fue del 34% y estaba significativamente asociada con períodos de tratamiento neuroléptico más largos inmediatamente antes de la valoración. La prevalencia de disquinesia tardía, entre los 41 pacientes en riesgo, fue del 12%, sin una relación con las variables cuantitativas del tratamiento neuroléptico. Ahora bien, los pacientes con disquinesia tardía tenían una significativamente mayor probable historia familiar de enfermedad mental y una significativamente menor probable historia de conducta violenta. Señalando que, en

este grupo de jóvenes pacientes, fue observado un patrón de respuestas farmacológicas complejas para el parkinsonismo y para la disquinesia tardía, algunas de las que no son típicas de las más comúnmente presentadas en los adultos.

Concluyendo con la necesidad del control sistematizado de los niños y adolescentes tratados con neurolépticos, incluso en tratamientos cortos, para registro completo de los efectos secundarios.

Richardson MA, Haugland G, Craig TJ. Neuroleptic use, parkinsonian symptoms, tardive dyskinesia, and associated factors in child and adolescent psychiatric patients, *Am J Psychiatry* 1991;148:1322-1328.

TRATAMIENTO CON FLUOXETINA DEL TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD CON DÉFICIT DE ATENCIÓN

En este trabajo preliminar, fueron tratados 19 niños y adolescentes (16 varones: 84%, y 16 chicas), de una edad media de 10,9 años (rango: 7 a 15 años), afectados de trastorno de hiperactividad con déficit de atención (criterios DSM-III-R) con fluoxetina: dosis inicial 20 mg/d, en monodosis matutina, con una dosis media de 27 mg/d (0,6mg/Kg/d) y un rango de 20 a 60 mg/d, en un estudio abierto de seis semanas. Al final del estudio el 58% presentaron por lo menos una moderada mejoría, con mínimos efectos secundarios y sin efectos en el peso o el apetito.

Lee B, Noyes R, Kuperman S, Shumacher E, Verda M. Treatment of ADHD with fluoxetine: a preliminary trial. *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 1991;30(5):762-767.

X . Gastaminza