***PSICOLOGÍA
IBEROAMERICANA***

Psicología Iberoamericana

ISSN: 1405-0943

psicología.iberoamericana@uia.mx

Universidad Iberoamericana, Ciudad de
México
México

Caballero Romo, Alejandro de Jesús
El Uso de Psicofármacos en los Trastornos de la Conducta Alimentaria
Psicología Iberoamericana, vol. 13, núm. 2, 2005, pp. 124-128
Universidad Iberoamericana, Ciudad de México
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133926983010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

El Uso de Psicofármacos en los Trastornos de la Conducta Alimentaria

The Use of Psychopharmacological Agents in Eating Disorders

Alejandro de Jesús Caballero Romo*

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Resumen

El manejo farmacológico de las enfermedades mentales se ha desarrollado velozmente en los últimos 25 años. El descubrimiento de los compuestos que son efectivos en el tratamiento de los trastornos afectivos, ansiosos o psicóticos generalmente surgió de la serendipia. La investigación impetuosa en las áreas de las emociones, de la cognición y del cerebro han dado como resultado un campo sumamente interesante conocido como *neuropsicofarmacología*. En el área de los trastornos de la conducta alimentaria, esta disciplina recién ha comenzado a mostrar algunas pistas interesantes aquí discutidas.

Palabras clave: Trastornos de la Conducta Alimentaria, manejo farmacológico, anorexia nervosa, bulimia nervosa, trastorno por atracón

Abstract

The pharmacological handling of mental disorders has rapidly developed in the last 25 years following the serendipitous discovery of effective compounds in the treatment of affective, anxiety related, and psychotic disorders. Effortful research in the fields of emotion, cognition, and brain has resulted in the creation of a discipline known as *neuropsychopharmacology*. In the area of eating disorders, this discipline has just begun to render some interesting research avenues that are discussed here.

Key words: eating behavior disorders, pharmacological treatment, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating

Introducción

En el presente, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son considerados como enfermedades conductuales de índole neurobiológica, cuya manifestación completa o parcial depende en gran medida de la influencia de factores de riesgo medioambientales y psicológicos. Los reportes concernientes a la herencia de estos trastornos y los recientes hallazgos sobre la susceptibilidad genética a la anorexia nerviosa restrictiva (Grice *et al.*, 2002), y a la bulimia nerviosa (Bulik *et al.*, 2003), mediante la técnica de vinculación, aunados a los diversos reportes que han descrito con antelación ciertas características de personalidad que

se presentan en los diversos tipos de TCA (Favaro & Santonastaso 1998; Halmi *et al.*, 2000; Woodside *et al.* 2002), intentan dilucidar el papel tanto de la susceptibilidad biológica como de las poderosas influencias ambientales en el desarrollo de las deformaciones cognitivas y conductuales que caracterizan a la psicopatología alimentaria.

Por otro lado, como es bien conocido, el tratamiento actual de estas entidades conductuales es *interdisciplinario*, esto significa la necesidad de una interacción eslabonada de las diversas áreas de especialización en el ámbito psicoterapéutico, nutricional y médico-psiquiátrico, por lo que no existe una preponderancia particular de ninguna de éstas. En esta perspectiva,

* Dirigir correspondencia a: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección de Servicios Clínicos, Calz. México-Xochimilco núm. 101, México DF, 14370. Correo electrónico: caballer@imp.edu.mx

surge la interrogante: ¿cuál es la utilidad de los psicofármacos en el tratamiento de estos padecimientos? El manejo psicofarmacológico en los TCA es considerado a la fecha como una estrategia adjunta al resto de las alternativas terapéuticas mencionadas. No obstante, ya existen algunas propuestas farmacológicas muy interesantes. En relación a la anorexia nerviosa, se han publicado algunos reportes de estudios piloto o estudios abiertos, que han utilizado la olanzapina, un neuroléptico atípico indicado para el tratamiento de la esquizofrenia, que aparentemente tiene efectos favorables en la evolución de estas pacientes, lo que ha motivado a varios grupos científicos, a investigar a esta familia de psicofármacos en estudios controlados. En la bulimia nerviosa contamos desde hace varios años con la fluoxetina, un antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptura de la serotonina, como el único medicamento "antibulímico" aprobado por la Oficina de Alimentos y Drogas (FDA por sus siglas en inglés), de los Estados Unidos de Norteamérica (Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group, 1992). Asimismo, también se han propuesto algunas opciones farmacológicas para el tratamiento del trastorno por atracón, las cuales también se encuentran en investigación.

Revisaremos, a lo largo de este escrito, los psicofármacos utilizados actualmente en el manejo de los TCA, dividiendo estos últimos en: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón.

Anorexia nervosa

El objetivo inicial del tratamiento de este padecimiento es la renutrición. Sin embargo, desde hace varios años se han explorado varias alternativas farmacológicas que no han resultado del todo efectivas (Vandereycken & Pierloot, 1982; Vandereycken, 1984; Cassasano *et al.*, 2003). En años recientes se han publicado algunos hallazgos que resultan interesantes en relación al uso de neurolépticos atípicos en el tratamiento de la anorexia nerviosa, en particular la olanzapina (La Via *et al.*, 2000; Powers *et al.*, 2002; Malina *et al.*, 2003; Barbarich *et al.*, 2004; Powers, 2004).

Existen varias razones para pensar que este medicamento puede ser útil en el tratamiento de la anorexia nerviosa. Primero, tiene un efecto sedante que disminuye la agitación y el afecto negativo, y segundo, tiene un perfil de efectos secundarios más favorable que los neurolépticos típicos, sin embargo es menes-

ter mencionar que este medicamento ha sido asociado con elevaciones en la glucosa sérica en ayunas y en el peso corporal, así como prolongación del segmento electrocardiográfico QTc, por lo que su uso requiere de una monitorización especial de estos aspectos. Un estudio abierto en el que se utilizó olanzapina, a una dosis de 10mg/día, en el manejo de 14 pacientes con anorexia nerviosa en un periodo de 10 semanas, se encontró que 10 sujetos ganaron 8.75 lbs. en promedio y tres de estos alcanzaron su peso normal. Los cuatro pacientes restantes perdieron 2.25 lbs. (Powers *et al.*, 2002). Otro estudio que evaluó retrospectivamente a 18 pacientes con diagnóstico de anorexia nerviosa que habían sido tratados con olanzapina reportó una reducción significativa de la ansiedad, de la dificultad para alimentarse y de los síntomas centrales del trastorno alimentario (Malina *et al.*, 2003). Estos mismos hallazgos se corroboraron en un estudio posterior (Barbarich *et al.*, 2004). Cabe mencionar que cuando una persona se encuentra desnutrida manifiesta varios síntomas que pueden confundirse con un síndrome depresivos (fatiga, anhedonia, disforia). En la etapa de mantenimiento después de la recuperación de un episodio de anorexia nerviosa hay algunas cuestiones interesantes que considerar. En un estudio se incluyeron pacientes con los dos subtipos de anorexia nerviosa, tanto restrictiva como purgativa. Se encontró que los pacientes en recuperación ponderal tratados con fluoxetina y observados por un año tuvieron menos recaídas, que los tratados con placebo (Kaye *et al.*, 2001). En un estudio abierto de pacientes con anorexia nerviosa tratados con psicoterapia más citolopram, empeoraron (perdiendo varios kilogramos) que aquellos pacientes tratados sólo con psicoterapia, lo cual sugiere que el medicamento fue contraproducente en este tipo de población (American Psychiatric Association, 2000; Bergh *et al.*, 1996). Los inhibidores de recaptura de serotonina son comúnmente considerados para los síntomas obsesivos, depresivos o compulsivos que frecuentemente aparecen en este tipo de pacientes (American Psychiatric Association, 2000).

En resumen, en el tratamiento de la anorexia nerviosa, la renutrición es el primer objetivo a conseguir para posteriormente avanzar en la terapéutica de la sintomatología psicológica. Respecto a la utilización de psicofármacos en esta entidad, los datos existentes aún son inciertos y sin estudios doble ciego controlados con placebo, la evidencia para su uso clínico aún es débil.

Bulimia nerviosa

Es notorio el hecho de que aunque la bulimia nerviosa fue descrita apenas en 1979, el papel de la psicofarmacología en su tratamiento está bien establecida para la disminución de los atracones y las purgas. Los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO's) se consideraron inicialmente para el tratamiento de la bulimia nerviosa, ya que son particularmente efectivos en el manejo de depresiones atípicas, las cuales con frecuencia manifiestan hiperfagia, y por su efecto ansiolítico. Sin embargo, estos medicamentos son de alto riesgo en los pacientes con bulimia nerviosa ya que requieren restricciones dietéticas indispensables para evitar las crisis hipertensivas que ponen en riesgo la vida (se eliminan de la dieta los alimentos que contienen tiramina). No resulta difícil suponer que al perder el control de lo que ingieren en un atracón, estos pacientes se ponen en riesgo de cursar con este efecto secundario. También se han considerado los antidepresivos tricíclicos, en especial con la imipramina. En 1983 se observó una disminución significativa en los episodios de atracones en pacientes tratados con imipramina, en comparación con los que recibían placebo (Pope *et al.*, 1983). Desde ese primer estudio, se han realizado otros con diferentes antidepresivos tricíclicos, entre ellos la desipramina y la amitriptilina en pacientes con bulimia nerviosa. Prácticamente todos ellos resultaron eficaces para reducir la frecuencia de atracones y vómitos, pero una vez suspendido el tratamiento, la abstinencia sólo se mantuvo en un porcentaje bajo de pacientes (4 al 20%). Por otro lado, los efectos secundarios (sedantes, anticolinérgicos, hipotensores) han propiciado en algunos casos el abandono al tratamiento. Otros fármacos estudiados han sido el bupropión, que se asoció con crisis convulsivas en el 6% de una muestra de 81 pacientes. Esta tasa de convulsiones fue 10 veces mayor que la encontrada en pacientes deprimidos sin bulimia nerviosa, lo que desaconseja su utilización en estos pacientes (Frank *et al.*, 2001). El estudio que apoyó la aceptación por la Food and Drug Administration de los Estados Unidos, de la fluoxetina para el tratamiento de la bulimia nerviosa, ingresó a 387 pacientes, asignando al azar a tres grupos de individuos con este padecimiento dosis de 20mg/día o 60 mg/día de fluoxetina, así placebo. Se encontró una evidente superioridad de la fluoxetina a 60 mg/día frente a la de 20 mg que apenas superaba al placebo (Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Group,

1992). Estudios posteriores apoyan estos hallazgos (Goldstein *et al.*, 1995; Wood, 1993). La sertralina también ha mostrado ser útil en el tratamiento de la bulimia nerviosa y en pacientes con conductas purgativas y peso bajo, disminuyendo los episodios de atracón y purga (Frank *et al.*, 2001; Sloan *et al.*, 2004). El litio no ha mostrado efectividad en este trastorno, y dado que estos pacientes frecuentemente presentan alteraciones hidroelectrolíticas por sus conductas púrgativas (vómitos provocados, abuso de laxantes y de diuréticos), su utilización conlleva un riesgo incrementado de intoxicación por este ion, por lo que no se recomienda su utilización. Los anti-convulsivos más antiguos (fenitoína y carbamacepina) no han tenido efectividad en este trastorno (Wermuth *et al.*, 1977; Kaplan *et al.*, 1983). El topiramato, un antiepiléptico novel, ha mostrado efectos alentadores. Un estudio controlado a 10 semanas en pacientes con bulimia nerviosa, utilizando una dosis promedio de 100 mg/día, mostró mejoría en la frecuencia de los atracones y de las purgas; de la misma manera la ansiedad y la preocupación por la imagen corporal se atenuaron (Hedges *et al.*, 2003). Con los antagonistas opiáceos, específicamente la naloxona, los hallazgos son contradictorios. El odansetrón, potente antagonista periférico del receptor de serotonina 5-HT₃, podría desempeñar una función importante en el tratamiento de la bulimia nerviosa. Se ha propuesto que la hiperactividad vagal aferente puede relacionarse con la bulimia, por lo que un compuesto que bloquee dicha hiperactividad podría ser un tratamiento adecuado. En un estudio doble ciego con placebo a cuatro semanas, el grupo que tomó odansetrón a 24mg/día registró al final del seguimiento, menos episodios de atracones y vómitos, que el grupo de placebo (Faris *et al.*, 2000).

En conclusión, la fluoxetina es el único psicofármaco actualmente aceptado específicamente para el tratamiento de un trastorno alimentario, la bulimia nerviosa a una dosis recomendada de 60 mg/día. En nuestra experiencia, han resultado igualmente efectivas dosis menores, alrededor de los 40 mg/día. Existen pocos reportes del uso de antidepresivos en la fase de mantenimiento. Los datos disponibles sugieren altas tasas de recaída. En ausencia de mayores datos sistemáticos, la mayoría de los clínicos recomiendan continuar la terapia farmacológica antidepresiva por un mínimo de seis meses y probablemente hasta un año, en la mayoría de los pacientes con bulimia nerviosa (American Psychiatric Association).

Trastorno por atracón

Generalmente se acepta que el tratamiento psicofarmacológico de esta entidad es muy similar al de la bulimia nerviosa. Los antidepresivos tricíclicos han mostrado efectividad en la disminución de los atracones característicos de este padecimiento. En un estudio con desimipramina, se observó una disminución significativa de los atracones en comparación al placebo (McCann & Agras, 1990). Sin embargo también existen reportes que no encuentran tal disminución sintomática con el mismo diseño y tipo de antidepresivo. Los inhibidores de recaptura de serotonina también han

demostrado efectos favorables estadísticamente significativos sobre los atracones en estudios controlados con placebo, sin embargo, la disminución ponderal obtenida ha sido variable y los hallazgos deben tomarse con cautela (McElroy *et al.*, 2000; Hudson *et al.*, 1998). Se han utilizado otro tipo de medicamentos en este trastorno, en particular la sibutramina (un inhibidor de la recaptura de serotonina y de noradrenalina) y el topiramato (un anticonvulsivo de reciente aparición). Los estudios existentes en la literatura son abiertos (Appolinario *et al.*, 2002; Shapira *et al.*, 2000), por lo que aún es prematuro llegar a conclusiones sólidas sobre su efectividad en este trastorno.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. 2a. Edición. American Psychiatric Association.
- Barbarich, N. C., McConaha, C. W., Gaskill, J. *et al.* (2004). An open trial of olanzapine in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 65, 1480-1482.
- Bergh, C., Eriksson, M., Lindberg, G. *et al.* (1996). Selective serotonin reuptake inhibitors in anorexia nervosa. *Lancet*, 348, 1459-1460.
- Bulik, C. M., Devlin, B., Bacanu, S-A. *et al.* (2003). Significant linkage on chromosome 10p in families with bulimia nervosa. *Am J Hum Genet*, 72, 200-207.
- Cassasano, G. B., Miniati, M., Pini, S. *et al.* (2003). Six-month open trial of haloperidol as an adjunctive treatment for anorexia nervosa: A preliminary report. *Int J Eat Disord*, 33, 172-177.
- Favaro, A. & Santonastaso, P. (1998). Impulsive and compulsive self-injurious behaviour in bulimia nervosa: prevalence and psychological correlates. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 186, 157-165.
- Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group. (1992). *Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa: a multicentre, placebo-controlled, double-blind trial*. *Arch Gen Psychiatry*, 49, 139-147.
- Frank, G. K., Kaye, W. H., Marcus, M. (2001). Sertraline in underweight binge eating/purging-type eating disorders: five cases report. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 495-498.
- García-Camba E. (2002). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia Nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona: Masson.
- Goldstein, D. J., Wilson, M. G., Thompson, V. L. *et al.* (1995). Fluoxetine Bulimia Nervosa Research Group. Long-term fluoxetine treatment of bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 166, 660-666.
- Grice, D. E., Halmi, K. A., Fichter, M. M. *et al.* (2002). Evidence for a susceptibility gene for anorexia nervosa on chromosome 1. *American Journal Human Genetics*, 70, 787-792.
- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Kaplan, A. *et al.* (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessionalism, and pathological eating behaviour. *Am J Psychiatry*, 157, 1799-1805.
- Horne, R. L., Ferguson, J. M., Pope, H. G. *et al.* (1988). Treatment of bulimia with bupropion: a multicenter controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 42, 262-266.
- Hsu, L. K. G., Clement, L., Santhouse, R. *et al.* (1991). Treatment of bulimia nervosa with lithium carbonate: a controlled study. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 179, 351-355.
- Kaplan, A. S., Garfinkel, P. E., Darby, P. L. *et al.* (1983). Carbamazepine in the treatment of bulimia. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1225-1226.
- Kaye, W. H., Nagata, T., Theodore, E. *et al.* (2001). Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting- and restricting-purging-type anorexia nervosa. *Biological Psychiatry*, 49, 644-652.
- La Via, M. C., Gray, N., Kaye, W. H. (2000). Case reports of olanzapine treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 363-366.
- Malina, A., Gaskill, J., McConaha, C. *et al.* (2003). Olanzapine treatment of anorexia nervosa: a retrospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 234-237.
- Pope, H. G., Hudson, J. I., Jonas, J. M. *et al.* (1983). Bulimia treated with imipramine: a placebo-controlled, double-blind study. *Am J Psychiatry*, 140, 554-558.
- Powers, P., Santana, C., Bannon, Y. (2002). Olanzapine in the treatment of anorexia nervosa: an open label trial. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 146-154.
- Powers, P. S. & Santana, C. (2004). Available pharmacological treatments for anorexia nervosa. *Expert Opin Pharmacother*, 11, 2287-2292.
- Sloan, D., Mizes, S., Helbok, C. *et al.* (2004). Efficacy of sertraline for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 48-54.
- Vandereycken, W. (1984). Neuroleptics in the short term treatment of anorexia nervosa: A double-blind placebo controlled study with sulpiride. *British Journal of Psychiatry*, 144, 288-292.

- Vandereycken, W. & Pierloot, R. (1982). Pimozide combined with behavior therapy in the short term treatment of anorexia nervosa. A double-blind, placebo controlled, crossover study. *Acta Psychiatr Scand*, 66, 445-450.
- Wermuth, B. M., Davis, K. L., Hollister, L. E. *et al.* (1977). Phenytoin treatment of binge eating syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 134, 1234-1239.
- Wood, A. (1993). Pharmacotherapy of bulimia nervosa: experience with fluoxetine. *International Clinical Psychopharmacology*, 8, 295-299.
- Woodside, B. D., Bulik, C. M., Halmi, K. A. *et al.* (2002). Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 290-299.