

Uso de Aripiprazol en adolescente con esquizofrenia refractaria. A propósito de un caso.

Pérez-Lo-Presti, Alirio(1),
Pérez-Lo-Presti, Annabelle(2),
Pérez-Lo-Presti, Saberio(3),
Dávila Federico, José(4)

RESUMEN

El presente trabajo reporta el caso de un adolescente masculino con síntomas psicóticos recurrentes y hospitalizaciones desde los doce años de edad. Luego de múltiples tratamientos farmacológicos, respondió favorablemente al uso de aripiprazol a dosis de 22,5 mg., permaneciendo asintomático durante un año de seguimiento.

Palabras claves: Esquizofrenia paranoide, psicosis, antipsicóticos, adolescente, aripiprazol.

ABSTRACT

This study reports a case of a male adolescent with psychotic recurrent symptoms who was repeatedly referred to the hospital since the age of twelve years old. After receiving multiple pharmacological treatments, he responded well to aripiprazol (22,5 mg. / day). During the following year he was free of any psychopathological symptom.

Key words: Paranoid schizophrenia, psychosis, antipsychotics, adolescent, aripiprazol.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia constituye una patología de consecuencias severas, que sigue representando un enigma desde el punto de vista médico. Se conocen muchas de sus características epidemiológicas, como por ejemplo el hecho de que puede afectar hasta 1% de la población mundial, con pocas variaciones en su prevalencia cuando hacemos comparaciones entre un país, o una cultura y otra (1). Es un trastorno que hace su aparición con mayor frecuencia durante la adolescencia o en la juventud de los afectados. Particularmente en las personas de sexo masculino, la edad de aparición de la enfermedad suele ocurrir más temprana que en las de sexo femenino (1). Múltiples estudios avalan el carácter genético de esta patología. Afortunadamente, existe una amplia gama de fármacos que han mostrado su efectividad en el control de los síntomas (1). Las evidencias que relacionan a esta patología con alteraciones morfológicas del sistema nervioso central, han aumentado con el

transcurrir del tiempo (2). A pesar de que existen fármacos efectivos para el control de los síntomas, un porcentaje de pacientes (alrededor de un 30%) presenta un grado considerable de deterioro, independientemente de que cumplan las medicaciones indicadas (3). Este elemento ha llevado a que la línea de investigación psicofarmacológica se aboque a producir medicaciones de mayor eficacia, con mínimos efectos colaterales. El aripiprazol es un agente antipsicótico, de elección en el paciente con esquizofrenia, con un mecanismo de acción diferente en relación a los antipsicóticos de segunda generación antagonistas. La ventaja terapéutica que se espera con el uso de aripiprazol, está asociada a su diferente mecanismo de acción, estabilizador del sistema dopamina-serotonina (4). La aparición de nuevos fármacos para el tratamiento de la esquizofrenia siempre está cubierta por un halo de expectativas en torno a las potencialidades terapéuticas del medicamento. Sin embargo, una ya relativamente larga experiencia con el uso de psicofármacos nos ha demostrado que todos tienen marcadas limitaciones, que sólo suelen aparecer o ser “descubiertas” al transcurrir el tiempo; a través de la experiencia clínica que tengamos con el producto; muchas veces desalentadora. El aripiprazol ha causado interés entre los clínicos, puesto que posee una menor afinidad que otros antipsicóticos por los receptores histamínicos, muscarínicos y adrenérgicos. Posee un mejor perfil de seguridad, principalmente en lo que respecta el aumento de peso, y su relación con hiperglicemia, hiperlipidemia y diabetes mellitus. Estas alteraciones se reportaron como poco frecuentes durante los estudio clínicos previos a su comercialización (4). Dado el impacto severo que tiene esta enfermedad en la capacidad productiva de las personas que la padecen (5), la necesidad de utilizar este fármaco en personas adolescentes y

(1) Médico Psiquiatra. Profesor de Psicología. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela.

(2) Médico Fisiatra. Mérida. Venezuela.

(3) Médico Internista. Profesor de la Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.

(4) Médico Cirujano. Salud Pública. Mérida. Venezuela.

*Uso de Aripiprazol en adolescente con esquizofrenia refractaria.
A propósito de un caso.*

jóvenes se convierte en un verdadero desafío, cubierto de expectativas. El hecho de que la adolescencia represente una etapa de la vida con características de transición entre edades, representa un tiempo en donde las crisis de identidad no suelen estar ausentes (6). Esta etapa, que en muchas ocasiones puede generar conflictos intrapsíquicos ya de por sí, suele complicar en muchas ocasiones el realizar diagnósticos precisos de patología mental (6), incluyendo la esquizofrenia.

A propósito de un caso, presentamos la siguiente experiencia:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

J.L.V. es un paciente masculino de 14 años de edad, quien consulta por primera vez a los investigadores el 12-02-2004. Estudiante de noveno grado con un promedio hasta séptimo grado de 19 puntos, practicante de fútbol y sociable hasta los doce años de edad. No se reportan alteraciones durante el periodo gestacional ni prenatal. Niegan complicaciones durante el parto. Los padres lo describen como "muy tremendo y muy activo desde niño". Trigueño, mide 1,78 mt. y presenta un sobrepeso importante (alrededor de 129 kg.), el cual es atribuido por el padre al uso de múltiples medicaciones desde que comenzó su enfermedad. Miembro de una familia clase alta, estructurada por un padre de 44 años, de profesión comerciante, una madre de 38 años, educadora y dos hermanos menores, un varón de 8 años y una hermana de 5 años. Todos de origen andino. A los 20 años de edad la madre fue hospitalizada por una crisis que definen como depresiva, en la cual recibió tratamiento con un antidepresivo, un hipnótico y un "tranquilizante mayor", no precisados, recuperándose

íntegramente, no señalando la existencia de algún estresor que explicase esta descompensación. Dos primas de la madre padecen de trastornos psicóticos cuyo diagnóstico no es confirmado. Aparentemente se trata de una familia que funciona adecuadamente en lo que respecta a las relaciones interpersonales; siendo relevante el hecho de que el paciente es el hijo mayor, buscado y deseado durante su gestación y embarazo, a quien los padres han tendido a consentirlo en lo que ellos mismos consideran "un exceso de mimos y complacencias a sus peticiones desde niño". A los 12 años de edad, el paciente modifica muchas de sus características de vinculación interpersonal. Se vuelve huraño, con fluctuaciones de ánimo, tendencia al aislamiento, propensión al mutismo, quedando en muchas oportunidades callado durante horas, mirando hacia los lados. Va incrementándose su irritabilidad, al punto de presentar en ocasiones accesos de agresividad verbal y ocasionalmente física hacia los distintos miembros de la familia, incluyendo al padre. Descuida los estudios, con el consecuente detrimento de sus calificaciones. A raíz de la aparición de alucinaciones auditivas tipo fonemas imperativos que el paciente describe como "voces que me dicen lo que tengo que hacer, provenientes de muchas personas, algunas conocidas y otras que no conozco", los familiares deciden llevarlo a un centro psiquiátrico y es hospitalizado entre los doce y los catorce años en dos oportunidades. A partir de este momento, comienza a recibir tratamientos psicofarmacológicos tales como: clorpromazina, risperidona, clonacepam, loracepam, clobazam, alprazolam, carbamazepina, oxcarbazepina, amitriptilina, fluoxetina, sertralina, mirtazapina y otros psicofármacos no precisados. Algunas de estas medicaciones se utilizaron a dosis recomendadas, por tiempo congruente con un ensayo terapéutico, como por ejemplo la risperidona, la clorpromazina y la

*Uso de Aripiprazol en adolescente con esquizofrenia refractaria.
A propósito de un caso.*

carbamazepina. Otras, por el contrario, por tiempo breve. Los familiares explican que los médicos argumentaban que los múltiples cambios en la medicación eran por la presencia de respuesta parcial a los mismos o ante la intolerancia que manifestaba el paciente a los efectos colaterales, particularmente la sedación excesiva y el embotamiento.

Cuando consulta el 12-02-2004, el paciente se muestra francamente hosco, suspicaz e irritable frente al examinador. Luce paranoide, mirando y volteando de manera brusca la cabeza hacia los lados. Sin embargo, reconoce que está escuchando voces insultantes que lo perturban; "no me dejan en paz". Los familiares señalan que ha presentado agresividad verbal en casa. El B.P.R.S. (Bech-Rafaelsen), muestra un puntaje de 37. En un electroencefalograma realizado el 15-11-2001 aparece el reporte de: Anormal, paroxístico focal frontal a predominio izquierdo. Los familiares señalan habérselo practicado por indicación de un neurólogo, quien dio el diagnóstico de "hiperactividad", medicándolo con carbamazepina a dosis de 400 mg. / día, siendo inconstante con el cumplimiento de este fármaco.

Al momento de consultar por primera vez, los investigadores deciden mantener el tratamiento farmacológico que estaba cumpliendo en esa oportunidad (risperidona 4 mg. / día y carbamazepina 400 mg. / día). Ante la posibilidad de que el paciente esté rechazando la medicación a escondidas, expuesta por los padres, se agrega flufenazina depot. Dos semanas después, el paciente ha empeorado, modificándose el tratamiento a carbamazepina (600 mg. / día) y se comienza a utilizar progresivamente ziprasidona, fármaco que es seleccionado ante el sobrepeso tan relevante. Los niveles séricos de

carbamazepina se encuentran en rangos terapéuticos utilizando esta dosis. Se mantiene adicionalmente el uso de flufenazina. Se realiza un ensayo terapéutico con esta combinación, utilizando las dosis máximas recomendadas de ziprasidona, sin mejoría luego de 12 semanas de tratamiento; decidiéndose modificar la flufenazina por haloperidol. Las alucinaciones auditivas persisten. Ante la ausencia de respuesta, se reestructura el tratamiento, recibiendo valproato de sodio (1750 mg. / día) con niveles séricos en rango terapéutico y quetiapina, la cual se usa a dosis progresivamente ascendentes, sin obtener una respuesta satisfactoria, llegando incluso el paciente a abandonar los estudios.

A partir de febrero de 2005 el neuroléptico que se utiliza es el aripiprazol, el cual es incrementado progresivamente hasta llegar a 22,5 mg. / día. Se mantiene el valproato de sodio (1750 mg. / día). Ocho semanas después desaparecen las alucinaciones auditivas, ha desaparecido la abulia, el paciente se encuentra mucho más dinámico y se ha incorporado a los estudios a la vez que ha retomado la práctica de un deporte, en esta oportunidad, el levantamiento de pesas. Acepta acudir a un nutricionista para implementar una dieta que controle el sobrepeso y su sociabilidad ha aumentado, particularmente con sus familiares y compañeros de estudio. A las 12 semanas, el B.P.R.S. muestra un puntaje de 6. El 06-10-2005 se realizó una valoración electroencefalográfica, reportando: Anormal, paroxismos focales, ondas angulares y puntas parieto-témporo-occipital bilateral, más notable en hemisferio cerebral izquierdo. La última evaluación clínica se realizó en marzo de 2006. El funcionamiento global del paciente se ha mantenido estable y el B.P.R.S. (Bech-Rafaelsen), sigue mostrando 6 puntos.

*Uso de Aripiprazol en adolescente con esquizofrenia refractaria.
A propósito de un caso.*

DISCUSIÓN

La esquizofrenia, por su carácter crónico y potencialmente deteriorante (7), plantea la necesidad de utilizar medicación efectiva que minimice las consecuencias propias del trastorno. El hecho de que en muchos casos haga su aparición en la adolescencia, complica relativamente la realización de los diagnósticos, dadas las características propias de los sujetos de esta edad; quienes muchas veces están atravesando crisis inherentes a esta etapa evolutiva (2). El potencial uso de aripiprazol cuyo mecanismo de acción estabiliza el sistema dopamina-serotonina (4) en esta entidad clínica, podría ser beneficioso en algunos pacientes adolescentes. Es necesario aumentar la experiencia clínica con esta medicación, para llegar a resultados que puedan inferir el desarrollo de conclusiones más sustentables.

BIBLIOGRAFÍA

1-Dreier, A ; Tran, P; Herrea, J; Tollefson, G; Bymaster, F: Current issues in the psychopharmacology of schizophrenia. LIPPINCOTT WILLIAMS AND WILKINS. U.S.A. , Philadelphia. 2001. pp. 1

2-Kaplan, H; Sadock,B;: Sinopsis de psiquiatría. Editorial Médica Panamericana, S.A. Madrid, España. 2000. pp. 523-529

3-Ayuso, J; Carulla,L: Manual de psiquiatría. INTERAMERICANA-McGRAW-HILL. Madrid, España. 1992. pp. 276

4-Belfort, E (editor). Consenso Esquizofrenia. Uso y utilidad de los medicamentos antipsicóticos de segunda generación en América Latina. Serie de suplementos de la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Vol 1. Suplemento 1. Noviembre 2004. pp. 18-19

5-Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders. American Psychiatric Association. Washington, U.S.A. 2002. pp. 427

6-Castillo, G: El adolescente y sus retos. Ediciones Pirámide. Madrid, España. 2005. pp. 28-29

7-DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial MASSON, S.A. Barcelona, España. 1995. pp. 288