

Límites del tratamiento médico en Toc

Dr. Sergio Zamora Delgado
Neurocirujano

Santiago de Chile, Chile

En la actualidad el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), se fundamenta en los inhibidores de la recaptura de Serotonina y la terapia conductual de exposición y prevención de respuesta.

Los ISRS y la Clomipramina son el tratamiento de primera línea del TOC. La Clomipramina fue el primer fármaco en recibir la aprobación de la FDA. Sus efectos secundarios anticolinérgicos y antiadrenérgicos han dificultado su uso masivo, más aún que los nuevos ISRS son igualmente eficaces para el TOC pero más seguros y mejor tolerados. Se usa a dosis elevada, hasta 300 mg/día.

Todos los antidepresivos ISRS son efectivos, por lo general en dosis más elevadas que para la depresión mayor, a saber:

- *- Fluoxetina 20-60 mg/día
- *- Paroxetina 40-60 mg/día
- *- Sertralina 50-200 mg/día
- *- Fluvoxamina 200-300 mg/día
- * Citalopram 20-60 mg/día
aprobado por FDA

Entre un 40-60% de los pacientes con TOC manifiesta una respuesta clínicamente significativa a la administración de estos antidepresivos ⁽⁸⁾.

Tratamiento farmacológico de la fase Aguda.

Una vez fundamentado el diagnóstico de TOC, se usa como primera línea de tratamiento un ISRS a dosis máxima tolerada. Se debe esperar su efecto clínica hasta las 10-12 semanas de tratamiento. Se evita el inicio con Clomipramina por las razones mencionadas.

En los ensayos clínicos, una disminución del 25-30% de la Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale Brown (Y-BOCS), se considera como una respuesta categórica al tratamiento ⁽³⁾.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO A LARGO PLAZO

Por lo general se recomienda continuar el tratamiento con ISRS entre 1 a 2 años, aunque algunos requieren un tiempo indefinido. Cada médico decidirá con su paciente lo más conveniente.

La discontinuación aguda de ISRS o Clomipramina conlleva una alta incidencia de recaída, que oscila entre un 65 y un 90%.⁽²⁾

INCREMENTO DOSIS Y/O CAMBIO DE ANTIDEPRESIVO.

Si el paciente presenta una respuesta limitada al primer ISRS, se puede aumentar a dosis máxima tolerada. Si luego de 10-12 semanas sigue con sintomatología, se recomienda cambiar a un segundo ISRS. Un 20% de los pacientes que no responden a un ISRS lo harán a un segundo ISRS.⁽³⁾

Si pese a ello, se observa una mejoría parcial, se recomienda un tratamiento combinado: ISRS + ISRS o ISRS + Clomipramina.

Si no hay cambios clínicos significativos, se sugiere el uso de otros antidepresivos, como la Venlafaxina, que ha reportado eficacia en algunos casos clínicos y ensayos abiertos.⁽⁷⁾

ESTRATEGIAS DE POTENCIACIÓN

Cuando la sintomatología clínica de TOC persiste, se han utilizado con relativo éxito la combinación o potenciación con otros fármacos, con el objetivo de disminuir dicha sintomatología, a saber:

-En caso de ansiedad, suele asociarse Buspirona (agonista 5HT1A) o Clonazepam.

-En caso de depresión, el Litio se utiliza dado que refuerza la acción serotoninérgica de los ISRS.

-En caso de ideas delirantes o tics, el uso de antipsicóticos como haldol, pimozide o risperidona, alivia los síntomas obsesivo compulsivos. Algunos son reticentes al uso de los atípicos, ya que podría empeorar los síntomas TOC.^(1,3,4)

OTROS TRATAMIENTO UTILIZADOS

La administración EV de Clomipramina se ha demostrado en ensayos clínicos, que ayudaría a pacientes refractarios.⁽³⁾

Existen pruebas importantes que la Trazodona tiene propiedades antiobsesivas y que puede ser eficaz para disminuir los efectos secundarios de los ISRS.⁽⁹⁾

TERAPIA CONDUCTUAL

La terapia conductual de exposición y prevención de respuesta, según la experiencia clínica y los datos de investigación, asociada al tratamiento far-

macológico, siempre debe ser indicada y realizada.

Estudios realizados por Hohagen ⁽⁵⁾, el 25% de los pacientes se niega a realizar una terapia conductual. El 12% abandona tratamiento y el 20-30% no responde a él.

RESISTENCIA AL TRATAMIENTO

Por lo general, se considera que un paciente ha sido resistente a tratamiento médico, cuando no ha tenido una respuesta clínica satisfactoria a 2 antidepresivos (ISRS), usado a dosis máxima tolerada y por un tiempo de 10 a 12 semanas, uno de los cuales debe ser la Clomipramina ^(2,3,4).

Ningún paciente puede ser declarado refractario al tratamiento si no ha realizado una terapia de exposición y prevención de respuesta, con duración de un año o un mínimo de 30 sesiones, o bien hasta demostrar su ineficacia.

Algunos consideran que antes de declarar refractario a un paciente, se debe intentar el uso de un IMAO o Venlafaxina, o el uso de la Terapia Electroconvulsiva (si se asocia a depresión).^(2,3,4)

CUANDO DERIVAR A UN PACIENTE A NEUROCIRUGÍA

La psicocirugía debe contemplarse como el último recurso para los pacientes gravemente enfermos de TOC, que no han respondido al tratamiento farmacológico ni psicoterapéutico.

De acuerdo a la experiencia y consenso de expertos se requieren los siguientes criterios de inclusión para una intervención quirúrgica en TOC: ^(2,3,4).

- Diagnóstico de TOC (CIE 10 o DSM-IV).
- Duración de la enfermedad superior a 5 años.
- El TOC causa un sufrimiento invalidante.
- El TOC causa una objetivable disminución en la calidad de vida familiar, social o laboral, que se valora como invalidante.
- Fracaso o resistencia del tratamiento médico según lo señalado.
- Existe un mal pronóstico si no se realiza la intervención.
- Paciente acepta y da consentimiento informado.

LOS CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN UN PACIENTE CON TOC SERÍAN:

- Edad inferior a 20 años o superior a 65 años.
- Enfermedad médico-quirúrgica cerebral.
- Enfermedad médica que pueda complicar el tratamiento o la capacidad de cumplimiento y seguimiento de este, o desencadenar graves efectos se-

cundarios.

- Enfermedad psiquiátrica mayor (eje I del DSM-IV) que pueda complicar el cumplimiento o seguimiento del tratamiento: CI bajo, DOC, alcoholismo, abuso de sustancias.

- Trastorno de personalidad asociado (contraindicación relativa): paranoide, antisocial, limitrofe e histriónico.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Greist J, Bandelow B, Hollander E, Marazziti D, Montgomery S, Nutt D, Ocaza A, Swinson R y Zohar J. CNS Spectrum (Suppl I) 2003, 8:7-16.
- 2.- RTM-II. Recomendaciones terapéuticas en los Trastornos Mentales. Segunda Edición. Masson. 1999.
- 3.- Dewan MJ y Pies RW. Tratamiento del paciente resistente en psiquiatría. Ars Medica. 2004. Sutherland SM y Krishan KR: «Tratamiento del paciente resistente con trastorno de ansiedad»121-157.
- 4.- Stein Dan J y Hollander Eric. Tratado de los Trastornos de Ansiedad. Ars Medica. 2004. Goodman Wayne K.:» Farmacoterapia del trastorno obsesivo-compulsivo».
- 5.- Hohagen F, Winkelmann G, Rasche-Ruchle H, et al:Combination of behaviour therapy with fluvoxamine in comparison with behaviour therapy and placebo. Reslts of a multicentre study. Br. J Psychiatry Suppl(35):71-78,1998.
- 6.- Jenike MA:Drug treatment of obsessive-compulsive disorder, in Obsessive-Compulsive Disorders: Practical Management, 3rd Edition. St. Louis,MO,CV Mosby,1998,pp469-532.
- 7.- Grossman R, Hollander E: Treatment of obsessive-compulsive disorder with venlafaxine. Am.J. Psychiatry. 153:576-577,1996.
- 8.- Goodman WK, Ward HE, Murphy TK: Biologic approaches to treatment refractory obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Annals 28:641-649,1998.
- 9.- Mrazziti D, Gemignani A, Dell Osso L: Trazodone augmentation in OCD: a case series report. CNS.Spectrums 4:48-49,1999.