Localizador web
Artículo 142.302

Efectividad y tolerancia de la adición de risperidona en el trastorno obsesivo-compulsivo con mala respuesta terapéutica a inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS)

F. Arias-Horcajadas[a], J.A. Soto[b], M.J. García-Cantalapiedra[c], J.L. Rodríguez-Calvín[d], J. Morales[e] y M. Salgado[f]

[a]Unidad de Psiquiatría. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid. España.
[b]CSM Alcalá de Henares. Madrid. España. [c]CSM La Rondilla. Valladolid. España. CSM Fuenlabrada. Madrid. España. CSM Chamartín. Madrid. España. Servicio de Psiquiatría Hospital Gregorio Marañón. Madrid. España.

INTRODUCCIÓN: Hay algunas series de casos publicadas que sugieren la posible efectividad de los antipsicóticos, tanto típicos como atípicos, asociados a los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS) en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) con mala respuesta terapéutica; aunque el uso en monoterapia de estos antipsicóticos no parece eficaz o, incluso, puede exacerbar síntomas obsesivos, sobre todo en pacientes psicóticos. El objetivo de esta recogida de datos fue evaluar la efectividad de la adición de risperidona al tratamiento habitual con IRS en una muestra más amplia de pacientes con TOC con mala respuesta al tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de una recogida de casos en la que se describen pacientes con criterios de TOC moderado-severo y resistente al tratamiento con un IRS en los que se añadió risperidona como tratamiento concomitante. Los casos recogidos fueron pacientes con: *a)* duración del tratamiento de, al menos, 12 semanas; *b)* dosis adecuadas de IRS; *c)* puntuación basal > 16 en la escala Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale). Se tomaron datos de la evolución durante 3 meses. La risperidona se administró inicialmente a dosis bajas (media, 1,5 mg/día) y posteriormente la dosis se ajustaba según criterios clínicos. Clínicamente se evaluó la respuesta terapéutica y la tolerancia con las siguientes medidas: Y-BOCS, impresión clínica global (ICG) de cambio, escala UKU modificada y reacciones adversas comunicadas espontáneamente. Se consideraron como criterios de respuesta: descenso de un 35% o más en la puntuación de la escala Y-BOCS respecto al inicio y puntuación final < 16 e ICG de cambio "bastante o muy mejorado" (puntuación de 1 o 2). Se realizó un análisis por intención de tratar, en el que se incluyeron los pacientes con al menos una toma de dosis y al menos una evaluación de efectividad.

RESULTADOS: En 31 pacientes existía al menos una valoración de efectividad. De estos 31 pacientes, 21 (67,8%) se consideraron respondedores al tratamiento. La dosis media de risperidona usada fue de 3,8 mg/día. La tolerancia fue en general buena, no se recogieron efectos adversos graves ni inesperados.

CONCLUSIÓN: La adición de risperidona al tratamiento habitual con IRS en casos de TOC moderado-grave con mala respuesta terapéutica al IRS parece una alternativa efectiva y bien tolerada.

Palabras clave:
Trastorno obsesivo-compulsivo resistente. Risperidona. IRS.

Effectiveness and tolerability of risperidone augmentation therapy in obsessive-compulsive disorder with poor response to serotonin reuptake inhibitors

INTRODUCTION: The addition of typical and atypical antipsychotics in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) refractory to serotonin reuptake inhibitors (SRI) has been reported to be a useful augmentation strategy. Although antipsychotic monotherapy has been associated with ineffectiveness and even exacerbation of psychotic symptoms (especially in psychotic patients), antipsychotics as concomitant medications have proven to be effective

Correspondencia: Dr. F. Arias-Horcajadas.
Unidad de Psiquiatría. Fundación Hospital Alcorcón.
Budapest, 1. 28922 Alcorcón. Madrid. España.
Correo electrónico: farias@fhalcorcon.es

in several case series and pilot clinical trials. The objective of this case series was to evaluate the effectiveness of risperidone as an augmentation strategy to current SRI treatment in patients with OCD refractory to treatment.

MATERIAL AND METHODS: Risperidone add-on therapy in patients with moderate and severe OCD refractory to SRI treatment was reviewed. Cases were patients fulfilling the following criteria: *a)* Treatment follow-up of at least 12 weeks. *b)* Adequate SRI doses. *c)* Yale-Brown obsessive-compulsive scale (Y-BOCS) score higher than 16 before starting treatment. A 3-month follow-up period was reviewed. The risperidone starting dose was low (mean 1.5 mg/day) and was increased according to clinical criteria. Effectiveness and safety were evaluated through the following scales: Y-BOCS, Clinical Global Impression of Change (CGI-C), Udvalg for Kliniske Undersgelser (UKU) (neurological subscale) and spontaneously reported adverse events. Response criteria were the following: a reduction of at least 35% in the Y-BOCS from baseline score and a final score of less than 16, and a CGI-C of "much improved" or "very much improved" (score 1 or 2). An intention-to-treat analysis was performed (patients that reported at least one risperidone dose and effectiveness measure).

RESULTS: At least one effectiveness measure was available in 31 patients. Of the 31 patients, 21 (67.8%) were considered treatment responders. The mean risperidone dose was 3.8 mg/day. In general, risperidone was well tolerated: no serious or unexpected adverse events were reported.

CONCLUSION: Risperidone as augmentation strategy of SRI in patients with moderate-severe OCD refractory to SRI treatment may be a safe and effective strategy.

Key words:
Refractory OCD. Risperidone. SRIs response.

INTRODUCCIÓN

Los inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS) son los agentes farmacológicos más eficaces para el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), pero entre un 40 y un 60% no tienen una respuesta adecuada a éste[1-3]; además, la reducción media de los síntomas oscila entre un 35 y un 40% medida con la Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)[1]. Las principales causas de la escasa respuesta al tratamiento se deben a motivos ajenos a la resistencia farmacológica, y las primeras a descartar son: diagnóstico erróneo, tratamientos inadecuados, administración incorrecta del tratamiento por dosis o tiempo insuficiente, manejo inadecuado de la comorbilidad, efectos secundarios por la dosis usada o incumplimiento del tratamiento[4].

Se han usado diversas alternativas terapéuticas cuando existe una falta de respuesta, muchas de ellas con escasa evidencia empírica, como son la combinación clorimipramina con ISRS, la potenciación de los ISR con triptófano, buspirona, litio, fenfluramina, hormonas tiroideas o antipsicóticos, o el uso alternativo a los IRS de inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO), trazodona o nefazodona, inositol, antiandrógenos o terapia electroconvulsiva[5-7]. Los antidepresivos noradrenérgicos posiblemente son poco eficaces y, así, la desipramina añadida a los IRS no es superior a la adición de placebo[8].

La potenciación con antipsicóticos se presenta como una alternativa interesante para este tipo de pacientes. En un ensayo clínico doble ciego en pacientes con TOC refractario a la fluvoxamina, la adición de haloperidol fue superior a la del placebo para reducir los síntomas, aunque el efecto era escaso en los pacientes sin tics concomitantes[9]. Los valores de fluvoxamina no fueron diferentes entre ambos grupos, por lo que el efecto no se debió a una interacción farmacocinética. Esta eficacia también se ha demostrado al añadir pimozide a fluvoxamina en el mismo tipo de pacientes[10].

Para los pacientes con TOC, los nuevos antipsicóticos pueden presentar ciertas ventajas sobre los clásicos, como su mejor tolerancia, principalmente el menor número de efectos extrapiramidales, y una posible mayor eficacia por su acción sobre distintos receptores serotoninérgicos que pueden estar implicados en la patogenia del TOC. En cualquier caso, el uso exclusivo de estos agentes para el TOC no parece indicado. La clozapina se ha asociado con la aparición o exacerbación de síntomas obsesivo-compulsivos[11-14], y es ineficaz en monoterapia para el TOC[15] y ocasiona una mejoría de la sintomatología en casos de TOC resistentes[16,17].

La risperidona como agente único, igualmente, puede inducir o exacerbar síntomas obsesivo-compulsivos, en general, en pacientes psicóticos[18-21], pero, por el contrario, existen varias descripciones de series de casos de TOC que mejoraron al añadir risperidona al tratamiento con un IRS[22-27].

Por lo tanto, nuestros objetivos son valorar la posible efectividad y la tolerancia de la risperidona asociada al tratamiento habitual con IRS, en pacientes con TOC moderado-grave con escasa o nula respuesta clínica al tratamiento previo, en una serie de casos más amplia de las previamente publicadas.

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/4188751

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/4188751

Daneshyari.com