



XVII Congreso Virtual
Internacional de Psiquiatría

#interpsiquis - del 1 al 29 de Febrero

ARIPIPRAZOL EN MONOTERAPIA EN TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, A PROPOSITO DE UN CASO

Jose Víctor González Vallejo, Sara Bañón González

jvictor04@yahoo.es

RESUMEN

Expongo el caso de un varón de 38, aquejado de trastorno obsesivo compulsivo de larga data, con buen control de los síntomas con ISRS y aripiprazol, pero que presentaba efectos secundarios en la esfera sexual. Esto le llevaba a abandonar el tratamiento con frecuencia, lo que al poco tiempo provocaba una recaída en los síntomas. Se realizaron ensayos con diversos antidepresivos (sertralina, fluvoxamina, clomipramina) a diferentes dosis, para minimizar efectos secundarios. También se intentó asociar otros antidepresivos como bupropion, sin éxito. El paciente se veía en la disyuntiva de aceptar el tratamiento, lo que le mejoraba su calidad de vida al reducir las conductas obsesivo-compulsivas, pero ver afectada su capacidad sexual, siendo su decisión la de prescindir del tratamiento. Decidimos con el paciente hacer la prueba de tomar únicamente aripiprazol, sin asociarlo a antidepresivos. Con ello se ha logrado una minimización de los síntomas (no tan importante como en asociación, pero si lo suficiente para permitirle realizar una vida normal), sin el inconveniente de los efectos secundarios en la libido.

ARIPIPRAZOL EN MONOTERAPIA EN TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) está representado por un grupo diverso de síntomas que consisten en pensamientos intrusos, rituales, preocupaciones y compulsiones. Estas obsesiones o compulsiones recurrentes causan una angustia grave al individuo. Las obsesiones o compulsiones son laboriosas e interfieren significativamente con la rutina normal del individuo, su función laboral, las actividades sociales habituales o las relaciones, pudiendo llegar a ser gravemente incapacitante. Los pacientes presentan comorbilidad con otros trastornos, fundamentalmente la depresión (hasta un 67%), fobia social (alrededor del 25%) y otros como los trastornos relacionados con el consumo de alcohol, el trastorno de ansiedad generalizada, trastornos de conducta alimentaria y los trastornos de personalidad.

El síndrome del TOC es mucho más frecuente de lo que se pensaba. Las estimaciones tradicionales sobre la prevalencia entre la población general rondaban el 0,05%, aunque los estudios recientes sugieren una prevalencia muy superior, del 2-3%. Estas cifras convierten al TOC en el cuarto diagnóstico psiquiátrico más frecuente después de las fobias, los trastornos relacionados con sustancias y el trastorno depresivo mayor (1,2).

En la actualidad se disponen de tratamientos farmacológicos que pueden tratar los síntomas del TOC con éxito. Los fármacos más utilizados para tratar este trastorno son los antidepresivos, sobre todo los que ejercen una acción serotoninérgica específica. Su eficacia se ha podido comprobar con estudios de neuroimagen, en los cuales se observa que tras el tratamiento se revierten diversas anomalías en la función de los neurocircuitos entre la corteza orbitofrontal, el candado y el tálamo implicados en el trastorno. Sin embargo, a pesar de que no cabe ninguna duda de que la eficacia de la clomipramina, los ISRS y los IMAO para tratar el TOC está perfectamente documentada, tienen un costo en términos de efectos secundarios.

Más del 35% de pacientes que toman estos fármacos presentarán disfunción sexual en algún momento del tratamiento. Generalmente se trata de una disminución de la libido y problemas con el orgasmo en ambos sexos. Los hombres pueden tener dificultades para mantener la erección, incluso desarrollar impotencia total (2).

Una estrategia frecuente de potenciación en la práctica clínica es la adición de un antipsicótico al tratamiento con antidepresivos, mejorando la eficacia sobre el control de síntomas. Uno de ellos es el aripirazol, existiendo estudios que avalan su eficacia al asociado a ISRS en el TOC resistente (2,4). Éste fármaco presenta un perfil de efectos secundarios favorable con respecto a otros antipsicóticos, presentando menores tasas de sedación, aumento de peso y efectos sobre la libido que otros antipsicóticos (3).

Presentamos un caso de un varón joven con TOC de larga evolución, tratado con éxito con ISRS, pero que debido a efectos secundarios en la esfera sexual abandonaba dicho tratamiento. Ello

ARIPIPRAZOL EN MONOTERAPIA EN TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, A PROPÓSITO DE UN CASO

llevaba a un rebote de los síntomas al poco de tiempo. Tras varias estrategias para minimizar los efectos adversos sobre la libido, se mantuvo al paciente con aripirazol en monoterapia. Con ello se logró un control de síntomas, que, aunque no tan eficaz como la combinación con antidepresivos, le permitía realizar una vida normal, y sin efectos indeseables sexuales, con lo cual se logró la adherencia terapéutica.

CASO CLÍNICO

Varón de 27 años, acude a consulta por trastorno obsesivo compulsivo, que venía tratándose con psiquiatra a nivel privado.

Antecedentes Personales

Psiquiátricos: Primo hermano con trastorno obsesivo compulsivo. Madre con trastorno de ansiedad generalizada.

Somáticos: No alergias medicamentosas ni enfermedades de interés.

Situación Basal: Soltero, sin hijos. Estudios de formación profesional (electricidad). Ha trabajado en la construcción, actualmente en paro. Vive con sus padres y dos hermanos de 22 y 17 años, sanos.

Historia Clínica: el paciente comienza con síntomas obsesivos desde la adolescencia, al principio larvados, circunscritos al orden y la simetría, pero que con los años van en progresión, sumándose progresivamente otros patrones sintomáticos como obsesión con la contaminación, pensamientos intrusivos de corte mágico religioso, rituales de comprobación y fobias de impulsión. Aunque pasó años sin consultar con ningún especialista y sobrellevando como podía dichos síntomas con su vida diaria, llegó un punto en el que éstos comenzaron a afectar a sus relaciones sociales, familiares y rendimiento laboral de forma significativa, decidiendo entonces acudir a psiquiatría. Este parece ser un patrón frecuente en los pacientes con TOC, que tardan más en acudir a consulta que en otros trastornos, haciéndolo ya cuando los síntomas han evolucionado mermando su calidad de vida hasta niveles insoportables.

En concreto en este paciente aparecían manifestaciones de la esfera obsesivo-compulsiva muy diversas, desde rituales de simetría y comprobación hasta lavado compulsivo de manos, pensamientos intrusivos de tipo mágico (por ejemplo, al ver un partido de fútbol tenía que contar los números de las camisetas de los jugadores sin cesar, si sumaban un número determinado algo malo iba a suceder. Esto le llegó a impedir ver dicho deporte en la televisión, al que era muy aficionado), obsesiones religiosas y fobias de impulsión con contenido de tipo sexual.

No existían problemas de personalidad asociados, estaba correctamente socializado, con amigos y varias parejas a lo largo de su vida, aunque en este momento estaba soltero. Había tenido

ARIPIPRAZOL EN MONOTERAPIA EN TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, A PROPÓSITO DE UN CASO

buen rendimiento laboral hasta que la enfermedad se lo permitió. Buenas relaciones con familiares.

Cuando comencé a evaluarle venía siendo tratado con sertralina 100 mg desde hacía un año, con mejoría parcial de los síntomas, aunque sin remisión completa y todavía con malestar significativo en el paciente. Decidimos añadir aripirazol a dosis de 10 mg como potenciador, lográndose resultados muy buenos, con reducción significativa de los síntomas y muy buena percepción por parte del paciente. Sin embargo, con el paso de los meses, en una cita de control confiesa que ha abandonado el tratamiento, habiendo recidivado tras ello los síntomas TOC. La causa de ello, y que no nos había comunicado anteriormente, fueron los efectos secundarios en la esfera sexual, en concreto anorgasmia e impotencia. Ello nos llevó a intentar estrategias para minimizar dichos efectos. La primera de ellas, disminución de dosis de sertralina hasta 50 mg, lo que no resultó eficaz para el control de síntomas del TOC. Intentamos luego cambio a otro antidepresivo, en concreto fluvoxamina (el paciente nos comentó que su primo hermano, también aquejado de TOC estaba siendo tratado con ésta, sin efectos secundarios sexuales). Pero tras probarlo en nuestro paciente, a pesar de conseguir buen control del TOC, aparecieron de nuevo efectos secundarios en la libido. Ello llevó de nuevo a un abandono en el tratamiento, que el paciente nos comunicó, desgraciadamente con rebrote de la sintomatología a los pocos meses. Lo siguiente que propusimos fue añadir el antidepresivo bupropion al tratamiento con fluvoxamina, pues éste tiene un mecanismo de acción fundamentalmente adrenérgico, y se ha informado de casos en los que ha sido eficaz para revertir la anorgasmia secundaria al tratamiento con ISRS (2). Sin embargo, no fue efectivo en este caso. Luego intentamos pasar a monoterapia con clomipramina, tratando de usar la dosis mínima eficaz, pero el paciente en la siguiente consulta nos comunicó que no siquiera había realizado el intento, encontrándose desesperanzado ante los diversos intentos fallidos previos. Se encontraba en la disyuntiva de padecer una enfermedad crónica cuyos síntomas le impedían realizar una vida normal, que contaba con un tratamiento eficaz, pero que afectaba a su vida sexual. Tratándose de un varón joven era un precio que difícilmente estaba dispuesto a aceptar. Otras sugerencias, como el uso de sildenafil o incluso "vacaciones terapéuticas" los fines de semana no fueron puestas en marcha, al haber decidido no retomar el tratamiento en absoluto. En ese momento comenzó a desarrollar síntomas depresivos, que no había padecido previamente, probablemente derivados de la situación en la que se encontraba con respecto a la enfermedad, apareciendo apatía, ahedonia, ideas de desesperanza, tristeza vital, así como un agravamiento de los síntomas del TOC. Decidimos entonces probar con aripirazol en monoterapia, indicándole al paciente que era un fármaco ya por él conocido, bien tolerado y que no provocaba efectos secundarios en la libido. Aunque reticente al inicio, aceptó hacer dicho intento, comenzando con 10 mg en dosis única diaria por la mañana. En la siguiente consulta, tras haber transcurrido aproximadamente un mes y medio de tratamiento nos refirió mejoría de los síntomas TOC, si bien, no de forma tan

ARIPIPIRAZOL EN MONOTERAPIA EN TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, A PROPÓSITO DE UN CASO

espectacular como cuando lo tomaba asociado a antidepresivos, si lo suficiente para poder que no interfirieran en exceso con su vida diaria. Preguntándole por una evaluación en una escala del 1 al 10 de la mejoría de las obsesiones con la asociación de ISRS y aripirazol, con respecto a la pauta actual de monoterapia con aripirazol, nos referió que en combinación la mejoría era de un 10 y en monoterapia de un 7. Persistían parte de los síntomas, pero el malestar no era tan significativo y podía lidiar con ello en su día a día. Con ello hubo también una mejoría anímica, si bien no plena, por lo que añadimos bupropion a dosis de 150 mg, produciéndose una mejora del cuadro depresivo en los meses siguientes.

EVOLUCIÓN: El paciente ha mantenido desde entonces buena adherencia al tratamiento farmacológico, sin presentar los efectos secundarios en la libido que le llevaron a abandonar anteriores ensayos. Así mismo, fue derivado a psicoterapia para uso de técnicas de tipo cognitivo-conductual.

DISCUSIÓN

A partir de los datos disponibles para el tratamiento del TOC, el clínico debe plantearse mantener a muchos pacientes con medicación durante un tiempo prolongado, cuando no es de por vida. Es importante, por tanto, anticipar y hacer que conozcan las secuelas a largo plazo de estas medicinas.

En el caso de los problemas sexuales, si el clínico no pregunta específicamente por éstos, puede llegarse a la conclusión errónea de que estos efectos secundarios son bastante raros en la práctica clínica, ya que a los pacientes les suele dar vergüenza hablar de estos temas espontáneamente en consulta. También puede suceder que el paciente no haya caído en la cuenta de que sus problemas sexuales tiene que ver con la medicación, y los atribuya a dificultades en la relación de pareja. Las disyunciones sexuales pueden llevar a un mal cumplimiento terapéutico, como ocurrió en este caso, y muchas veces pasan inadvertidas al clínico; como consecuencia, el conocimiento de los problemas sexuales del paciente tiene gran importancia para lograr un buen cumplimiento terapéutico.

No está claro el mecanismo que provoca estas disyunciones sexuales. La mayoría de las observaciones realizadas sobre la anorgasmia avalan la hipótesis de que el aumento de actividad serotoninérgica actúa como un inhibidor de la eyaculación y el orgasmo. Los distintos tipos de receptores de la serotonina pueden ejercer un efecto diferente sobre la actividad sexual, en especial los 5-HT₂, que son inhibitorios. El problema es que los efectos beneficiosos sobre el TOC parecen deberse fundamentalmente a las acciones sobre la serotonina que ejercen estos fármacos, por lo que minimizar dichos efectos secundarios sin perder eficacia terapéutica puede ser muy complejo (2).

ARIPIPRAZOL EN MONOTERAPIA EN TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, A PROPÓSITO DE UN CASO

La potenciación con antipsicóticos en casos de TOC resistente a tratamiento antidepresivo es una práctica utilizada y existen estudios realizados tanto con antipsicóticos típicos como atípicos, demostrando la eficacia de esta estrategia. De entre ellos, un fármaco interesante por su particular perfil receptorial es el aripiprazol. Se trata de un agonista parcial del receptor dopaminérgico D2, pero actuando también sobre los receptores de serotonina, en concreto acciones de agonista parcial sobre los 5-HT1a y acciones de antagonista sobre los 5-HT2a. No tiene las propiedades farmacológicas asociadas normalmente a sedación, concretamente, propiedades de antagonista muscarínico colinérgico M1 e histamínico H1., y por tanto, generalmente no es sedante. Así mismo presenta poca propensión al aumento de peso y asociación a dislipemia. Otro aspecto es que presenta menos efectos secundarios sexuales que otros antipsicóticos, al antagonizar los receptores de serotonina 5-HT2a. Está aprobado para el tratamiento de la esquizofrenia, manía en el trastorno bipolar y como refuerzo en el trastorno depresivo mayor resistente a tratamiento (3). Existen diversos estudios que reportan su eficacia como potenciación en el TOC resistente, asociado a antidepresivos (2,4). Aunque es lo más usual es usarlo en asociación en el TOC, hay también evidencias en algunos estudios de que puede ser eficaz en monoterapia (5,6). Por tanto, puede ser una alternativa ante casos como el que nos ocupa, en el que no se logra una correcta adherencia terapéutica debido a efectos secundarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría. 10ª edición. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
2. Jenike M, Baer L, Minichiello W. Trastornos obsesivos compulsivos. Manejo práctico. 3ª ed. Ediciones Harcourt. 2001
3. Stahl S. Psicofarmacología Esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas. 4ª ed. Aula Médica. 2013.
4. Delle Chiaie R, Scarciglia P, Pasquini M, Caredda M, Biondi M. Aripiprazol augmentation in patients with resistant obsessive compulsive disorder: a pilot study. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2011; 7:107-111.
5. Connor KM, Payne VM, Gadde KM, Zhang W, Davidson JR. The use of aripiprazole in obsessive-compulsive disorder: preliminary observations in 8 patients. J Clin Psychiatry. 2005 Jan;66(1):49-51