



humv
HOSPITAL UNIVERSITARIO
MARQUÉS DE VALDECILLA

Unidad de TCA. Servicio de Psiquiatría



Otros tratamientos farmacológicos posiblemente útiles en los Trastornos de la Conducta Alimentaria

JA Gómez del Barrio
UTCA
Servicio de Psiquiatría
HUMV
Santander

Anorexia: Introducción

- Bibliografía sobre anorexia bastante limitada
 - Enfermedad rara
 - Individuos bastante enfermos con necesidades múltiples (ingreso , tratamiento médico..)
 - Díficil llevar a cabo ensayos clínicos
 - Poca atención a otras variables psicopatológicas más allá del peso
 - Escasa conciencia enfermedad= escasa colaboración con tratamientos y menos con ensayos clínicos

Anorexia nerviosa

- Tres situaciones:
 - Tratar la psicopatología comórbida
 - Influir sobre los síntomas de la patología alimentaria cuando falla psicoterapia o nutrición
 - Estrategia de prevención de recaídas

ANOREXIA

ENSAYOS CLINICOS CONTROLADOS

Tetrahidrocannabinol

- Ingrediente activo de la marihuana. Estimulador del apetito
- Gross y cols, **1983 estudio controlado**
- 11 pacientes ingresados se les administró THS 7.5-30 mg versus Diazepam 3-15 mg
- 2 semanas
- No diferencias en ganancia de peso o psicopatología.
- Varios con disforia, paranoia o alteraciones del sueño
- Se aplicó también terapia conductual.

Antagonistas opiáceos: Naltrexona

- Marrazi et al, 1995
- Estudio controlado, doble ciego y randomizado
- 6 pacientes ambulatorios ,de perfil bulímico y purgativo
- 200 mg durante 6 semanas
- Se redujo significativamente la frecuencia de atracones y purgas comparados con placebo.
- Siguieron psicoterapia semanal.

Clonidina

- Agonista alfa2-adrenérgico. Util en otras especies en la capacidad de aumento alimentación
- Casper y cols, 1987 estudio controlado con placebo 4 semanas
- 500-700 microgr/día
- 4 Pacientes resistentes.
- Aumento de peso pero no influencia en ritmo ganancia ni en apetito o saciedad.
- Efectos secundarios sobre tensión , pulso y sedación
- No recomendado su uso

Estimulantes del apetito: Ciproheptadina

- Antagonista de la serotonina. Antihistamínico
- Estudios randomizados y controlados
- Golberg y cols, 1979; Halmi y cols, 1986; Vigersky y Loriaux. 1977
- Beneficio potencial en paciente hiperactivo sin atracones ni purgas.
- Mejoría en síntomas depresivos. No efecto en anorexia con síntomas bulímicos.
- Líquido, 4 mg dos veces al día pudiendo aumentar hasta 8 mg tres veces al día si es necesario
- No evidencia científica suficiente

Zinc mineral

- Birmingham y cols, 1994
- 35 pacientes. Doble ciego ,aleatorizado y controlado 12-25 años
- 100 mg de gluconato de zinc
- Útil para ganancia peso (II)
- Independiente del nivel de zinc sérico
- Aconsejados complementos vitamínicos.

Procinéticos: Cisaprida

- Bloqueante D2
- Stacher y cols, 1993,
- 10 mg 3 veces dia
- 12 pacientes , 6 semanas. **Controlado y randomizado**
- Szmukler y cols, 1995
- **29 pacientes , 8 semanas**
- Mejoría en vaciamiento gástrico, distres durante las comidas y mejoría de peso
- Riesgo de alargamiento QT. No recomendado

Casos abiertos

Metoclopramida

- (Halmi, 1983; Leach, 1995;
- Rockwell, 1986; Walsh & Devlin, 1992
- Bloquea receptores d_2 y $5ht_3$
- Estimulación motilidad intestinal
- 20-40 mg día
- Útil para la hinchazón y dolores abdominales que aparecen en realimentación (II)

Tramadol

- MENDELSON, SCOTT D. , 2001
- Un agonista opiáceo con efectos sobre la recaptación de monoaminas.
- Resistentes a otros tratamientos.
- Mejoría tras administración 50 mg-75mg.
- Caso clínico

Ansioolíticos

- Utilizados antes de las comidas para reducir la ansiedad anticipatoria. (grado de recomendación III de la APA)
- Riesgo de dependencia.

Tratamiento osteoporosis

Calcio y vitamina D

- Grado I
- Golden, 2003

Bifosfonatos (alendronato)

- No demostrada eficacia
- Pudiera suprimir el recambio óseo
- Odvina et al, 2005

Terapia Hormonal sustitutiva

- No demostrada eficacia
- Riesgo de interpretación errónea
- Robison et al 2000; Golden et al, 2002

BULIMIA NERVIOSA

ESTUDIOS CONTROLADOS

Antagonistas opiáceos

- Modular el sistema opioide
- En modelos animales el sistema de opiodes endógenos implicado en modular el placer de la comida
- Naltrexona a 50-120 mg por día, en tres ensayos clínicos aleatorizados no mostró eficacia. Jonas, 1986
- A dosis más altas (200-300 mg), mostró eficacia pero existe mayor riesgo de hepatotoxicidad. Jonas, 1991; Marrazi et al, 1997

Antieméticos: Ondansetrón

- Antagonista de los receptores periféricos tipo 3 de la 5-hidroxitriptamina (5-HT₃)
- Reduce la actividad del nervio vago y así la probabilidad de náuseas y vómitos. Los pacientes con bulimia pudieran tener defectos en la sensación de saciedad atribuibles a la estimulación del nervio vago después del atracón
- 26 pacientes ambulatorias. 4 semanas
- Disminución significativa atracones y purgas.
- Faris,2000, Shapiro , 2007

Estimulantes: Metilfenidato , dextroanfetamina

- En concurrencia con TDAH
- Falta de control de impulsos y comorbilidad común
- Pérdida de apetito sin pérdida significativa de peso y reducción significativa atracones y purgas
- Series de casos clínicos
- Drimmer, 2003; sokol, 1999;Durkan, 2005

TRASTORNO POR **ATRACONES**

D-fenfluramina

- Eficaz para reducir atracones
- Retirada del mercado por aumento riesgo de hipertensión pulmonar idiopática y alteraciones de las válvulas cardiacas.
- Fahy, 1993; stunkard, 1996

Sibutramina

- Inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina
- Modifica señales internas de saciedad y control apetito
- Appolinario, et al, 2003 estudio controlado, doble ciego
- 60 pacientes, 12 semanas, 15 mg día
- Reducción atracones y pérdida de peso (más de 7 kilos), menor síntomas depresivos.

- Wilfley, 2008 controlado, doble ciego y multicéntrico
- 304, 24 semanas, 15 mg
- Reducción atracones, peso y psicopatología acompañante.

Memantina

- Ensayo clínico abierto
- Elevados niveles de glutamato influirían sobre la regulación del apetito a nivel del núcleo arcuato y ventromedial del hipotálamo provocando neurotoxicidad mediante los receptores N-metil-D-aspartato(NMDA).
- Memantina es antagonista de receptores NMDA, utilizado para el Alzheimer con muy buena tolerancia
- En animales los agonistas del glutamato provocan aumento de ingesta alimenticia
- 16 pacientes en 12 semanas
- Dosis flexible entre 5-20 mg/día
- Mejoría en reducción de atracones, severidad de enfermedad y discapacidad
- No efecto sobre IMC, peso o en clínica depresiva o cambios cognitivos.

Estimulantes: atomoxetina

- Inhibidor de la recaptación de la norepinefrina
- McElroy et al 2007
- Estudio doble ciego controlado de 10 semanas
- 40 pacientes
- 40-120 mg
- Mejoría general en todos los parámetros clínicos
- Pocos efectos secundarios, aumento síntomas depresivos o nerviosismo

Síndrome de realimentación nocturna

- Carbidopa/levodopa
- Bromocriptina
- Codeína
- Clonacepam
- Schenck, 1993
- Bupropion-levodopa-trazodona, Schenck, 2000. 2 casos

Zolpidem Induced Nocturnal Sleep-Related Eating Disorder (NSRED) in a Male Patient

Amit Dang, MBBS^{1*}
Gaurav Garg²
Padmanabh V. Rataboli, MD¹

ABSTRACT

Nocturnal Sleep-Related Eating Disorder (NSRED) is a well-documented sleeping disorder where the person is reported to experience bizarre eating behavior during sleep. Although various causes are implicated in this disorder, role of drugs cannot be ruled out. Here we narrate an interesting rare case report of a drug-induced new onset NSRED, where a 45-year-old man on zolpidem performed an unexpected and bizarre eating behavior during somnambulistic state, type of

which has not been reported earlier in the literature. The case falls under even rarer category as such behavior in sleep is reported mainly in woman. © 2008 by Wiley Periodicals, Inc.

Keywords: zolpidem; nocturnal sleep-related eating disorder; SRED; somnambulism; amnesia; adverse drug reaction; sleep eating

(Int J Eat Disord 2009; 00:000–000)

Introduction

“Nocturnal Sleep-Related Eating Disorder” (NSRED) or often considered as “Sleep Eating Disorder” (SED), is a type of sleep disorder wherein a person eats unconsciously during the night. The exact mechanism of this disorder is still not known but medical experts have tried linking it to genetics, restless leg syndrome, stress, and probably certain

Case Report

A 45-year-old obese man (weight-100 kg, Body Mass Index-35.85), businessman by occupation, was prescribed zolpidem tartrate 10 mg once daily at bed time for short-term treatment of insomnia. On the tenth day of treatment, after ~2 h of taking bed time dose, patient was found absent from his bed by his wife. After thorough search in the house

otros tratamientos en los TCA

Placebo Response in Binge Eating Disorder

M. Joy Jacobs-Pilipski, PhD¹
Denise E. Wilfley, PhD^{2*}
Scott J. Crow, MD³
B. Timothy Walsh, MD⁴
Lisa R.R. Lilenfeld, PhD⁵
Delia Smith West, PhD⁶
Robert I. Berkowitz, MD⁷
James I. Hudson, MD, ScD⁸
Christopher G. Fairburn, DM,
PPhil, FRCPsych⁹

ABSTRACT

Objective: Placebo response in studies of binge eating disorder (BED) has raised concern about its diagnostic stability. The aims of this study were (1) to compare placebo responders (PRs) with nonresponders (NRs); (2) to investigate the course of BED following placebo response; and (3) to examine attributions regarding placebo response.

Method: The baseline placebo run-in phase (BL) was part of a RCT investigating sibutramine hydrochloride for BED; it included 451 participants, ages 19–63, diagnosed with BED. Follow-up (FU) included 33 PRs.

Results: In this study, 32.6% of participants responded to placebo (PRs = 147; NRs = 304). PRs exhibited significantly less symptom severity. At FU ($n = 33$), many PRs reported continued symptoms.

Conclusion: PRs exhibited significantly less severe pathology than NRs. Placebo response in BED may be transitory or incomplete. The results of this study suggest variable stability in the BED diagnosis. © 2006 by Wiley Periodicals, Inc.

Keywords: binge eating disorder; placebo response; eating disorders; psychopathology

(Int J Eat Disord 2007; 40: 204–211)

Introduction

Binge eating disorder (BED) consists of recurrent episodes of binge eating in which large amounts of food are eaten with accompanying loss of control.¹ Obesity is prevalent among individuals with BED.^{2–4}

In recent years, there has been a noteworthy increase in pharmacotherapy studies for BED, primarily involving antidepressants, appetite suppressants, and anticonvulsant agents.⁵ Results from these studies suggest a promising role for pharmacother-

- Estudiar respondedores placebo frente a no respondedores en tr. Por atracón
- Parte de un estudio controlado de sibutramina en 451 participantes.
- 32,6% respondieron a placebo.
- Tras 4 semanas se definen respondedores o no.
- Sintomatología más leve
- Poca estabilidad en el diagnóstico
- Posible ensayo de tratamiento breve
-

Resumen

- Necesidad de más estudios controlados en anorexia y bulimia.
- Insuficiente evidencia científica
- Prometedores resultados de la sibutramina en el Trastorno por atracones

“Si queremos triunfar deberíamos abrir nuevos caminos en lugar de viajar los desgastados carriles del éxito aceptado”.

John D. Rockefeller