

CARTA AL DIRECTOR

La naltrexona como tratamiento del comportamiento autolesivo: un informe clínico

H. Griengl y K. Dantendorfer

Departamento de Psiquiatría, División de Psiquiatría Social, Hospital Universitario, Viena, Austria

El comportamiento autolesivo (CAL) es un fenómeno asociado con trastornos psicopatológicos diferentes como la psicosis, el retraso mental y, especialmente, los trastornos graves de la personalidad, sobre todo del subtipo límite. Particularmente en los pacientes con trastorno límite de la personalidad, es un grave problema terapéutico refractario a menudo al tratamiento, y uno de los síntomas esenciales del trastorno (DSM-IV). Se ha formulado la hipótesis de que los sistemas neurotransmisores dopaminérgicos y serotoninérgicos, así como el sistema opioide endógeno, están implicados en la patogénesis del CAL. Se ha propuesto que un bloqueo del sistema opioide endógeno podría llevar a una reducción del impulso al comportamiento autolesivo [5, 7, 8, 11]. Por consiguiente, se podría mostrar que los antagonistas opiáceos de acción prolongada como la naltrexona son eficaces en la reducción del CAL recurrente en pacientes con retraso mental [1, 2, 4]. Hasta ahora, los informes en las publicaciones sobre el uso de la naltrexona para tratar el CAL en los pacientes con trastornos de la personalidad han sido escasos [6, 9, 10].

Informamos de un caso de tratamiento satisfactorio de CAL con naltrexona en un paciente con trastorno límite de la personalidad y distimia.

Informe clínico: El paciente varón blanco de 39 años fue admitido en el hospital psiquiátrico universitario por comportamiento autolesivo grave recurrente asociado con distimia. Antes de su admisión, habría recibido tratamiento repetidas veces en los departamentos dermatológico y quirúrgico por lesiones profundas que él mismo se había inducido en los antebrazos. Su CAL recurrente le había llevado a la incapacidad profesional.

En la familia del paciente no había antecedentes de enfermedad psiquiátrica. El paciente tuvo un desarrollo normal hasta la edad de 16 años. A esta edad, estuvo expuesto a violencia física y psicológica recurrente, y después de eso comenzó a mostrar un estado de ánimo distímico y síntomas de conversión, como la pérdida repentina de consciencia y pseudoconvulsiones. Fue también la época en que comenzó a cortarse en los antebrazos con un cuchillo. Los comportamientos que desencadenaban estas autolesiones eran la irritabilidad episódica, la ira hacia sí mismo y los sentimientos de culpa y abandono en el contexto de una familia incapacitante y emocionalmente pobre. Cuando el paciente se casó a la edad de 22 años pudo detener el CAL, pero su estado distímico no desapareció. A los 28 años, después de un accidente laboral en que resultó herido en el antebrazo, reanudó el CAL. Comenzó a inyectarse sustancias extrañas como orina o ácido nítrico en la piel y los músculos para inducir inflamación y retrasar la curación. La manipulación recurrente de las heridas en el antebrazo requería correcciones quirúrgicas repetidas, y el paciente no podía trabajar.

En el momento de la admisión, el paciente sufría estado de ánimo distímico asociado con dificultades de concentración, disminución del impulso, pobreza de afectos y perturbaciones de los biorritmos, en el sentido de un sueño generalmente acortado e interrumpido. Presentaba CAL impulsivo recurrente sin intención suicida. Los factores precipitantes para la acción de autoinfligirse daño eran los sentimientos de vacío, culpa y odio hacia sí mismo, y el CAL se asociaba con un alivio intermitente de su sentimiento crónico de tensión. El paciente cumplía

los criterios del DSM-IV para distimia y trastorno límite de la personalidad.

Las exploraciones clínicas y las pruebas de laboratorio no mostraron trastornos somáticos o neurológicos; una electroencefalografía y una tomografía computadorizada del cerebro fueron normales. El examen psicológico reveló un CI de 110. Las pruebas de reacción y atención mostraron resultados normales, mientras que la concentración estaba reducida. En el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota [3], se encontraron puntuaciones elevadas en las subescalas de paranoia y psicastenia.

A causa de sus profundas lesiones, el paciente había estado bajo tratamiento analgésico con dihidrocodeína (180 mg/d). Nunca había recibido tratamiento psicofarmacológico y nunca antes lo habían admitido en un hospital psiquiátrico. En su admisión, la medicación analgésica se disminuyó gradualmente y luego se interrumpió. Después de la detención del opiáceo, el impulso del paciente para infligirse daño aumentó considerablemente. El paciente continuó el CAL y manipulaba sus heridas en la sala inyectándose ácido nítrico varias veces por semana.

Al principio, se trató al paciente con levomepromacina en una dosis de hasta 700 mg diarios durante un periodo de 6 semanas, que aparte de un efecto sedante, no tuvo influencia sobre la tensión y las tendencias autodestructivas y, por tanto, se interrumpió. Los ensayos de tratamiento con sertralina (150 mg/d durante 3 semanas) y doxepina (125 mg/d durante 4 semanas) mejoraron el estado de ánimo distímico sin llevar a una resolución completa de ese estado, pero no tuvieron efecto sobre el CAL. La administración adicional de ácido valproico (1.500 mg/d durante 6 semanas) no mejoró el control de los impulsos. Se añadió entonces risperidona (hasta 6 mg/d durante 5 semanas), pero, no obstante, el paciente continuó su comportamiento autodestructivo. Por último, el tratamiento de risperidona se detuvo y se añadió naltrexona en una dosis de 50 mg/d. Después de la administración del tratamiento de naltrexona, el paciente no expresó más sentimientos de tensión y el comportamiento autolesivo se interrumpió por completo. No se advirtieron efectos secundarios, y el paciente no mostró comportamiento autodestructivo durante un periodo de seguimiento de 32 semanas.

Discusión: Este caso añade datos a la posibilidad de que la naltrexona pueda ser efectiva en la reducción del CAL en los pacientes con trastornos psiquiátricos no asociados con el retraso mental. Como se ha mostrado que el estrés y la estimulación dolorosa resultan en un aumento de la liberación de endorfinas [11], la administración de un antagonista opiáceo de acción prolongada

podría ser efectiva bloqueando el refuerzo positivo del CAL, que lograba la liberación de los opioides endógenos. Sin embargo, nuestro informe clínico tiene algunas limitaciones.

La interrupción inmediata y completa del CAL después de la administración de la naltrexona probablemente es atípica y plantea el problema de un efecto de placebo. Por otra parte, la falta de CAL en este caso después de 32 semanas indica que probablemente ésta no era una respuesta de placebo. Antes de la administración de la naltrexona, se había tratado al paciente con ácido valproico durante 6 semanas. Es posible que la interrupción del CAL se deba en parte a que el valproato alcanzó niveles terapéuticos después de algunas semanas; además, el valproato mismo se ha asociado con mejoría en el CAL [8]. Sin embargo, la continuación del CAL durante 6 semanas después de la administración de ácido valproico indica que este fármaco no pudo mejorar el control de impulsos lo suficiente para interrumpir este comportamiento.

Se deben emprender estudios controlados con placebo de la eficacia de la naltrexona en el tratamiento del CAL en pacientes con inteligencia normal cubriendo largos periodos de seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Buzan RD, Dubovsky SL, Treadway JT, Thomas M. Opiate antagonists for recurrent self-njurious behavior in three mentally retarded adults. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 511-2.
- 2 Casner JA, Weinheimer B, Gualtieri CT. Naltrexone and self-injurious behavior: a retrospective population study. *J Clin Psychopharmacol* 1996; 16: 389-94.
- 3 Gehring A, Blaser A. Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Deutsche Kurzform für die Handaueswertung. Bern: Huber; 1982.
- 4 Kars H, Broekema W, van Glaudemans IG, Verhoeven WM, van Ree JM. Naltrexone attenuates self-injurious behavior in mentally retarded subjects. *Biol Psychiatry* 1990; 27: 741-6.
- 5 Markowitz PI. Effects of fluoxetine on self-injurious behavior in the developmentally disabled: a preliminary study. *J Clin Psychopharmacol* 1992; 12: 27-31.
- 6 McGee MD. Cessation of self-mutilation in a patient with borderline personality disorder treated with naltrexone. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 32-3.
- 7 New AS, Tresman RL, Mitropoulou V, Benishay DS, Coccaro E, Silverman J, et al. Serotonergic function and self-injurious behavior in personality disorder patients. *Psychiatry Res* 1997; 69: 17-26.

- 8 Pies RW, Popli AP. Self-injurious behaviour: pathophysiology and implications for treatment. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 580-8.
- 9 Roth AS, Ostroff RB, Hoffman RE. Naltrexone as a treatment for repetitive self-injurious behavior: an open-label trial. *J Clin Psychiatry* 1996; 57: 233-7.
- 10 Sonne S, Rubey R. Naltrexone treatment of self-injurious thoughts and behaviors. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184: 192-5.
- 11 Winchel M, Stanley M. Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 306-17.