

C. Roncero^{1,2}
A. Rodríguez-Urrutia³
L. Grau-López¹
M. Casas^{2,3}

Trastornos del control de impulsos y tratamiento con antiepilépticos

¹CAS Vall Hebrón. Servicio de Psiquiatría
Hospital Vall Hebrón
Barcelona

²Universidad Autónoma de Barcelona
Barcelona

³Servicio de Psiquiatría
Hospital Vall Hebrón
Barcelona

Los trastornos clasificados como del control de los impulsos; trastorno explosivo intermitente, ludopatía, cleptomanía, piromanía, juego patológico, tricotilomanía, compras compulsivas, rasgado compulsivo y onicofagia, son un conjunto heterogéneo de entidades clínicas, la mayoría de ellas poco prevalentes. Sin embargo producen importantes disfunciones personales y sociales y presentan gran comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. En el tratamiento farmacológico se han utilizado fármacos antipsicóticos, antidepressivos, agonistas serotoninérgicos, naltrexona, beta-bloqueantes antiandrógenos, litio y antiepilépticos. En la actualidad existe creciente interés sobre el uso de los antiepilépticos, ya que se ha descrito la posible utilidad en estos trastornos, sin embargo en algunos casos sólo se conoce parcialmente las acciones neurobiológicas.

Se revisa la literatura referente al tratamiento de estos trastornos con eutimizantes (litio, carbamazepina, ácido valproico, fenitoína, oxcarbazepina, topiramato, lamotrigina, leviteracetam) describiéndose los estudios en los que se basa el conocimiento actual. Los resultados deben ser considerados provisionales y ser actualizados en el futuro, pues están basados mayoritariamente en casos clínicos, series de casos o ensayos abiertos, existiendo poco conocimiento fundamentado en ensayos clínicos doble ciego.

Palabras clave:

Trastornos del control de los impulsos. Antiepilépticos. Trastorno explosivo intermitente. Ludopatía. Cleptomanía. Piromanía. Tricotilomanía.

Actas Esp Psiquiatr 2009;37(4):205-212

Antiepileptic drugs in the control of the impulses disorders

The disorders classified as control of the impulses; explosive intermittent disorder, pathological gambling, kleptomania, pyromania, pathological gambling, hair

pullers, compulsive purchases, skin picking and onychophagia are a heterogeneous set of clinical entities, most of them with little prevalence. Nevertheless, they cause important personal and social dysfunctions and present great comorbidity with other psychiatric disorders. Antipsychotics, antidepressive agents, serotoninergic agonists, naltrexone, beta blockers antiandrogen, lithium and anticonvulsants have been used in their pharmacological treatment. Currently, interest is growing on the use of the antiepileptics because their possible usefulness has been described in these disorders. However, the neurobiological effects are only partially known in some cases. We have reviewed the literature regarding the treatment of these disorders with mood stabilizers, (lithium, carbamazepine, valproate, phenitoin, oxcarbazepin, topiramate, lamotrigin, leviteracetam) and have described those studies on which the current knowledge and evidence are based. The results must be considered as provisional and must be updated in the future, since they are mostly based on case reports, case series or opened clinical trials, their being little knowledge based on double blind clinical trials.

Key words:

Impulse control disorders. Antiepileptic drug. Explosive intermittent disorder. Pathological gambling. Kleptomania. Pyromania. Hair pullers.

INTRODUCCIÓN

La impulsividad se define como una reacción no planificada y rápida frente a estímulos tanto externos como internos, en la que no se tienen en cuenta las consecuencias negativas de esta actuación para el propio individuo o para otras personas¹. La manifestación clínica de la impulsividad es variada, y una de las más destacadas es la conducta agresiva y/o violenta, aunque, como se describirá, existen otras formas de impulsividad sin agresividad.

Los trastornos del control de los impulsos se han definido como comportamientos perjudiciales realizados en respuesta a impulsos irresistibles. En el *Manual de diagnóstico y es-*

Correspondencia:
Carlos Roncero Alonso
Servicio de Psiquiatría. Escuela de Enfermería 5.ª planta
Hospital Vall Hebrón
Paseo de Vall Hebrón 119-129
08035 Barcelona
Correo electrónico: croncero@vhebron.net

tadístico de los trastornos mentales IV-texto revisado (DSM-IV-TR)² un trastorno del control de los impulsos se define como la dificultad para resistir un impulso, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o para los demás. En dicho manual también se establece que, en la mayoría de trastornos del control de los impulsos el sujeto percibe una sensación creciente de tensión o de activación interior antes de cometer el acto, y luego experimenta placer, gratificación o liberación en el momento de realizarlo, y puede existir o no arrepentimiento posterior. En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)³, estos trastornos también se clasifican como trastornos del control de los impulsos y se definen como actos repetitivos, sin una motivación racional clara, que generalmente perjudican los intereses del propio paciente o de otras personas y establece que los comportamientos están asociados a impulsos para actuar que no pueden ser controlados. En el DSM-IV-TR se incluye en esta categoría el trastorno explosivo intermitente, la cleptomanía, el juego patológico, la piromanía, la tricotilomanía y los trastornos del control de impulsos no especificados, siendo muy similar en la CIE-10.

CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS

El trastorno explosivo intermitente se refiere a la aparición de varios episodios aislados de agresividad desproporcionados respecto al acontecimiento precipitante. El sujeto que lo padece suele reaccionar con una violencia inusual, presentándolo personas mentalmente sanas. A menudo, preceden al episodio acontecimientos estresantes que sobrepasan al individuo (p. ej., muerte de un ser querido, enfermedad, etc.). Representa quizá la forma más pura de impulsividad, al no estar contaminado por otros trastornos que lo propicien⁴. Se han observado hasta en el 30% de los casos anomalías inespecíficas del electroencefalograma que parecen indicar cierta fragilidad neurológica congénita o postraumática, que no llegan a catalogarse de verdaderas lesiones⁵. Es más frecuente en hombres, iniciándose los episodios al final de la adolescencia y rara vez después de los 30 años. En algunas mujeres, el trastorno se intensifica en la fase premenstrual^{5,6}.

La cleptomanía se conceptualiza como la tendencia a cometer robos no justificados, ni por la necesidad ni por los deseos de perjudicar a la víctima. En la CIE-10 se define como el fracaso repetido por resistir el impulso de robar objetos que no son adquiridos para el uso personal o por la ganancia económica. Se ha relacionado con los trastornos del espectro afectivo⁷. Su prevalencia es poco conocida pero se calcula que lo sufren 1 de cada 1.000 personas, afectando a menos del 5% de los ladrones de tiendas². Es más común en mujeres que en hombres. Se suele iniciar en la adolescencia o al inicio de la edad adulta y a menudo siguen una evolución crónica o episódica⁷. Presenta elevada comorbilidad con el trastorno depresivo mayor (75%), el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) (75%), el trastorno por estrés postraumático (75%),⁸ la bulimia nerviosa (50%) y el trastorno de ansiedad generalizada (25%).

La piromanía es un trastorno poco conocido⁹, se caracteriza por la provocación de incendios repetidamente sin motivo aparente, como ganancia económica, venganza o extremismo político, interés en observar fuegos e incendios y sentimientos referidos de incremento de tensión antes de cometer el acto e intensa excitación inmediatamente después de llevarlo a cabo. La prevalencia es desconocida. Hay estudios antiguos poco sistematizados, en los que se describen las características clínicas. Es probable que sea más frecuente en hombres y suele iniciarse en la adolescencia o al inicio de la edad adulta⁸.

El juego patológico o ludopatía se reconoce por la preocupación acerca del hecho de jugar, por considerar excesivo ya sea el dinero gastado o el tiempo dedicado, la rumiación continua o intermitente sobre el juego en sí con desarrollo de tolerancia y deseo intenso de jugar, la pérdida de control sobre las apuestas a pesar del perjuicio que ocasiona y la aparición de un trastorno ya sea económico, social o psicológico. Se presenta más frecuentemente en hombres y se calcula que entre el 1 y el 3% de la población adulta sufre este trastorno a lo largo de su vida, existiendo poblaciones en las que estas cifras se disparan de forma alarmante, como entre los enfermos mentales¹⁰.

La tricotilomanía se define como el acto de arrancarse el pelo de un tirón, produciendo pérdida perceptible de pelo. La mayoría de los pacientes se arrancan pelos de diversas zonas corporales siendo, en orden decreciente, las más comunes el cuero cabelludo, las pestañas, las cejas, el pubis, la cara y las extremidades. Un 90% de los pacientes adultos son mujeres¹¹.

Dentro del trastorno del control de los impulsos no especificado se incluyen los que no cumplen los criterios diagnósticos para ningún trastorno específico. Las compras compulsivas, la onicofagia y la excoiación psicógena, se podrían incluir en este apartado, aunque no son diagnósticos recogidos específicamente ni en la CIE-10 ni en el DSM-IV-TR, pero se ha descrito que producen importante morbilidad, disfunción personal y social y problemas económicos.

Por compras compulsivas se entiende al impulso incontrolable e irresistible de comprar, carentes de sentido, intrusivo y persistente, así como incremento de tensión o ansiedad junto a los impulsos y alivio de la tensión o sensaciones placenteras en el acto de comprar. Es un trastorno poco conocido y también polémico, pues el límite de la normalidad en determinadas sociedades en las que impera el consumismo es difícil de delimitar¹⁰.

El rascado compulsivo consiste en el comportamiento de rascar, rasguñar, hurgar o estrujar la piel como respuesta a un picor u otra sensación dérmica o para extirpar una lesión dérmica. Es causa de importante estrés para los pacientes; la mayoría presenta disfunción sociolaboral y complicaciones médicas, algunas tan graves como para requerir cirugía. Representa el 2% de los pacientes que acuden a una consulta dermatológica. Puede iniciarse en la adolescencia o edad

adulto y su duración media es de 5 a 18 años, siendo mejor pronóstico en los pacientes en los que la evolución es menor a 1 año¹².

La onicofagia consiste en morderse las uñas de forma repetida y en exceso; las cutículas y la piel alrededor de las uñas suele también morderse y arrancarse. Se asemeja a un trastorno del control de los impulsos porque presenta comportamientos automáticos, irresistibles y asociados con un incremento de la tensión antes de realizar el comportamiento con el alivio posterior a su realización. No existen estudios sobre la epidemiología de este trastorno.

BASES NEUROBIOLÓGICAS DE LOS TRASTORNOS DEL CONTROL IMPULSOS

La alteración neurobiológica más ampliamente encontrada en la literatura, en los trastornos del control de impulsos, es el déficit serotoninérgico^{13,14}, aunque no hay estudios biológicos sobre la cleptomanía ni sobre la piromanía. En estudios recientes se describe que también existen alteraciones en otros sistemas de neurotransmisión⁴, como son la hiperactividad noradrenérgica, la disfunción dopaminérgica y colinérgica, un incremento de testosterona y endorfinas, una hipofunción del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal, una hipofunción gabaérgica y una hiperfunción glutamatérgica¹⁴. Todo ello es concordante con la experiencia clínica, en la que fármacos como los antiepilépticos, sin acción serotoninérgica, también pueden modular las conductas impulsivas, agresivas etc. Por ello, es evidente la participación de otros mecanismos neurobiológicos, además en algunas patologías relacionadas con el trastorno del control de los impulsos existen alteraciones genéticas y neuroanatómicas, que podrían estar relacionadas con fragilidad neurológica congénita o postraumática⁵.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En el tratamiento de los trastornos del control de los impulsos se han utilizado distintos fármacos: neurolépticos convencionales, nuevos antipsicóticos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), agonistas serotoninérgicos, betabloqueantes, naltrexona, estimulantes centrales, antian-drogénicos, litio y antiepilépticos. En la actualidad existe un creciente interés por los nuevos anticonvulsivantes, ya que se existen algunos estudios controlados que sugieren que tienen efectividad terapéutica¹⁴.

El término eutimizante se usa para referirse a un conjunto heterogéneo de fármacos antiepilépticos o anticonvulsivantes y el litio, que tienen distintos efectos neuroquímicos (tabla 1), que podrían dividirse clínicamente en tres grupos⁴:

- 1) El carbonato de litio utilizado básicamente para el tratamiento de los episodios maníacos y la profilaxis del trastorno bipolar tipo I.

Tabla 1	Efecto neuroquímicos de los fármacos eutimizantes
Litio	Modula procesos mediados por calcio y proteína cinasa C, mediante el sistema de segundo mensajero fosfatidilinositol
Ácido valproico	Modulación del sistema GABA Suprime despolarizaciones por NMDA Regula transportadores glutamato glial Reduce expresión de receptores AMPA
Carbamazepina	Bloqueo canales de sodio Inhibe neurotransmisión glutamatérgica Inhibe aumento calcio libre intracelular inducido por NMDA y glicina
Lamotrigina	Inhibición canales de sodio y calcio presináptico Estabilización de Membrana
Topiramato	Potencia la acción GABA Inhibe corrientes sodio y calcio Inhibe la actividad glutamatérgica
Oxcarbazepina	Bloqueo canales de sodio y calcio tipo N, P y R Inhibe actividad glutamatérgica Aumento permeabilidad de canales de potasio
Gabapentina	Aumento GABA intraneuronal Inhibe liberación glutamato
Vigabatrina	Modulación del sistema GABA: inhibición irreversible de la GABA transaminasa Disminuye transmisión glutamatérgica
Levetiracetam	Poco conocido Bloqueo de corrientes de potasio

- 2) Carbamazepina y el ácido valproico. Ambos se utilizaron inicialmente en el tratamiento de la epilepsia, aprobándose posteriormente su indicación en el tratamiento de los episodios maníacos y la profilaxis del trastorno bipolar tipo I.
- 3) La nueva generación de anticonvulsivantes. Gabapentina, topiramato, lamotrigina, oxcarbazepina, vigabatrina y levetiracetam. Son el grupo que, junto con el valproato, ha generado mayores expectativas en relación al tratamiento de la impulsividad o el descontrol de los impulsos.

Las primeras hipótesis sobre el mecanismo de acción de los agentes eutimizantes se fundamentaron en una posible modificación del transporte iónico (de sodio, básicamente) y en la facultad de alterar las propiedades electrofisiológicas de las membranas neuronales. Posteriormente se destacó la influencia sobre el transporte de colina y aminoácidos o a la capacidad de alterar la transmisión monoaminérgica, colinérgica o gabaérgica, fundamentalmente en la modulación del sistema glutamatérgico y gabaérgico. Sin embargo, en los últimos años la mayor parte de las líneas de investigación se han dirigido a comprender los mecanismos moleculares relacionados con la transducción de señales en las neuronas posinápticas, donde convergen múltiples sistemas

de neurotransmisión como el metabolismo de los fosfoinosítidos y la vía de la adenilatociclasa. De esta forma, se ha profundizado en el estudio de la influencia de los fármacos eutimizantes sobre las distintas fracciones de las proteínas G, lo que promueve la activación de factores de transcripción génica a nivel nuclear, así como la síntesis de factores de crecimiento neuronal¹⁵.

Trastorno explosivo intermitente

En el abordaje de este trastorno se han utilizado distintos fármacos, con buenos resultados, como la carbamazepina en un ensayo clínico abierto con 52 pacientes¹⁷, la fenitoina en un ensayo clínico doble ciego con 16 pacientes¹⁸ y el litio en un ensayo clínico con 66 pacientes comparándolo con placebo¹⁹. El ácido valproico es el fármaco más estudiado, aunque sus resultados son contradictorios. Se utilizó en una serie de 27 casos, en el que el 93% presentaban comorbilidad con trastornos afectivos y el 43% con trastorno por uso de sustancias, con buenos resultados⁶. Existe un ensayo clínico abierto de 10 pacientes y 10 semanas de duración, en el que se evalúa el efecto de valproato en los impulsos agresivos, de pacientes con trastornos de personalidad que no responden a ISRS. En ellos el uso del fármaco (dosis de 200-400 mg/día) disminuye la irritabilidad y las conductas agresivas impulsivas²⁰. El único ensayo clínico aleatorio y doble ciego controlado con placebo publicado con valproato, incluye 96 pacientes con trastorno de la personalidad del clúster B, 116 con trastorno explosivo intermitente y 34 con trastorno por estrés postraumático. Los pacientes fueron tratados durante 12 semanas con valproato semisódico frente a placebo. Valproato fue superior respecto a la disminución de la violencia e irritabilidad en los trastornos de la personalidad, así como frente a la gravedad global de la enfermedad, pero no en los otros dos trastornos²¹. Se ha realizado un ensayo clínico con oxcarbazepina frente a placebo con 48 pacientes, a dosis de 1.200 mg/día hasta 2.400 mg/día frente a placebo de 10 semanas, en los que se demostró su utilidad en la disminución de las conductas agresivas²². El mismo grupo ha utilizado levetiracetam, en dosis de hasta 3.000 mg/día, en un ensayo clínico de 40 pacientes frente a placebo de 10 semanas de duración, sin que se detectase mejoría²³. Otros fármacos, como topiramato, han sido utilizados en episodios de heteroagresividad en pacientes con trastornos de personalidad con buenos resultados a corto y a largo plazo²⁴.

Cleptomanía

Existen trabajos en los que se utilizan litio y el ácido valproico con buenos resultados. El litio en combinación con fluoxetina ha sido eficaz en varios estudios⁷. Se ha publicado un caso de buena respuesta a ácido valproico en combinación con 20 mg de fluoxetina en un paciente con manía mixta y cleptomanía²⁵. El mismo grupo publicaron una serie de 20 casos, en los que el tratamiento con carbamazepina

en combinación con clomipramina no mejoró los síntomas de cleptomanía²⁶. Existen una serie de tres casos con buena respuesta a topiramato a dosis de hasta 150 mg, solo o junto con fluoxetina²⁷. Se ha publicado el caso de un paciente afecto de cleptomanía, que se desarrolló a la vez que apareció epilepsia del lóbulo temporal, que mejoró con topiramato²⁸.

Piromanía

Se ha sugerido que las personas con comportamientos incendiarios impulsivos, presentan anomalías en la transmisión serotoninérgica²⁹, aunque es posible que existen otras alteraciones neurobiológicas, ya que existen informes sobre casos clínicos con respuesta a medicación antiandrogénica³⁰. Se ha utilizado ácido valproico junto con olanzapina, en un paciente con conductas pirómanas, con mejoría³¹, y en un niño con epilepsia, en el que también mejoró su enfermedad de base³². Hay dos informes de tratamiento con carbamazepina de niños epilépticos con conductas pirómanas, en los que además de mejorar la epilepsia se resolvieron las conductas pirómanas³². Por lo que parece plausible que los tratamientos biológicos reduzcan esta conducta peligrosa³¹. Debido a las características de la piromanía, no existen estudios sistemáticos de respuesta terapéutica, los realizados son sobre las intervenciones psicoterapéuticas, y los escasos casos publicados son comórbidos o reciben polimedición.

Juego patológico

En el tratamiento farmacológico de estos pacientes se han utilizado fármacos antiepilépticos solos o combinados con otros fármacos, con resultados dispares.

La carbamazepina fue estudiada como posible tratamiento para el juego patológico. En el 1994 se publicó un ensayo clínico doble ciego, usando hasta 600 mg/día. Se describió buena respuesta al tratamiento, sugiriendo su posible eficacia³³. En el primer ensayo clínico controlado, sobre tratamiento con estabilizadores del humor, se utilizó litio o ácido valproico. Incluyó 42 pacientes y ambos grupos mejoraron, por lo que se planteó la utilidad de los dos fármacos³⁴. Topiramato se comparó con fluvoxamina en un ensayo clínico aleatorizado con 31 pacientes y se observó que los pacientes de ambos tratamientos disminuyeron total o parcialmente las conductas de juego patológico³⁵. El mismo equipo realizó un estudio naturalístico de 12 meses de seguimiento con 43 pacientes en donde se ensayaron varias estrategias farmacológicas, entre ellas el topiramato. El ensayo clínico se realizó en pacientes respondedores a cuatro fármacos (fluvoxamina, topiramato, bupropión o naltrexona) y se evaluó la eficacia de administrar medicación durante 6 meses, y la existencia de efectos duraderos de los síntomas durante 9 meses más. Durante los primeros 3 meses el paciente continuaba recibiendo el tratamiento y los siguientes 6 meses

no lo recibía. Se hipotetizó que si el paciente respondía a la medicación durante la fases de tratamiento farmacológico, el efecto se mantendría sin fármaco. No hubo diferencias significativas y durante los 6 meses sin fármaco respondieron el 33 % de los pacientes que recibieron topiramato³⁶.

Se ha sugerido que el juego patológico y el trastorno bipolar tienen una estrecha relación, por compartir clínica, y que un buen número de pacientes con este trastorno presentan juego patológico. Existe un caso clínico reciente publicado de juego patológico en el trastorno bipolar que responde ante la administración simultánea de litio y topiramato, por lo que se ha sugerido su complementariedad y eficacia. Por ello, se ha propuesto el uso de topiramato como tratamiento coadyuvante en casos de trastorno bipolar tipo II y juego patológico comórbido, que no responde al tratamiento con litio³⁷.

Tricotilomania

En su tratamiento se han utilizado distintos fármacos, en muestras reducidas de pacientes. El litio fue efectivo en 8 de una serie de 10 pacientes con tricotilomanía³⁸, se piensa que por sus efectos en el control de la impulsividad, agresividad e inestabilidad afectiva^{11,38}. Topiramato a dosis de entre 50-250 mg, fue utilizado en un grupo de 14 pacientes con tricotilomanía. Se observó una reducción de la severidad clínica, y 6 de los 9 pacientes que acaban el estudio mejoraron, pese a que el cambio en la Impresión Clínica Global (ICG) no es estadísticamente significativa, por lo que se describe la probable eficacia del topiramato en el tratamiento de la tricotilomanía, sin que los resultados sean definitivos³⁹.

Trastorno del control de los impulsos no especificado

Compras compulsivas

Apenas existen estudios o informes de casos. Se conoce una serie de 20 casos en los que se describe la utilidad de litio y ácido valproico. De ellos el 95 % presentaban historia de a lo largo de su vida de trastornos afectivos, el 80 % de trastornos de ansiedad, el 40 % de trastornos del control de los impulsos y el 35 % de trastornos de la alimentación. El 69 % de los que recibieron tratamientos timolépticos presentaron reducción o remisión de los síntomas de compras compulsivas⁴⁰. Además, hay un caso reciente publicado de buena respuesta al topiramato a dosis de 150 mg/día⁴¹.

Rascado compulsivo

El tratamiento más utilizado han sido los ISRS. Los trabajos sobre el uso de fármacos antiepilépticos en este trastorno son muy escasos. Se ha publicado una serie de casos con

3 pacientes, en los que se evalúa la eficacia de topiramato en el síndrome de Prader-Willi en relación a conductas autoagresivas, describiéndose que disminuyen las conductas autolesivas⁴². En un estudio abierto con 24 pacientes con lamotrigina en monoterapia, durante 12 semanas, a dosis de entre 25-300 mg/día, se describe eficacia en dos tercios de los pacientes, evaluados mediante el descenso en el número de minutos al día rascándose. Hay una leve tendencia en los sujetos respondedores de lamotrigina a tener una enfermedad de menor gravedad y de menos duración⁴³.

Onicofagia

Los tratamientos farmacológicos más utilizados son los antidepresivos. Se conoce una serie de tres casos en los que se utiliza topiramato en pacientes con síndrome de Prader-Willi en donde, entre otras conductas autolesivas, aparece la onicofagia. Se documenta una disminución de las conductas autolesivas con este fármaco⁴². Existen dos casos en la literatura con buena respuesta a oxcarbazepina en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, otros trastornos psiquiátricos y conductas autolesivas. En el primero, se objetivó que utilizando dosis de 1.200 mg de oxcarbazepina al día desaparecieron las conductas autolesivas, en una paciente resistente al tratamiento con fluoxetina 80 mg y risperidona a 2 mg al día. En el segundo caso se añade a 120 mg de fluoxetina y 200 mg de quetiapina al día, 1.500 mg de oxcarbazepina para tratar las conductas autolesivas, en una paciente resistente a antidepresivos, antiepilépticos, antipsicóticos y terapia electroconvulsiva (TEC), eliminándose entonces la sintomatología⁴⁴.

MANEJO CLÍNICO

Los trastornos del control de los impulsos pertenecen al grupo de enfermedades poco prevalentes y atípicas, por lo que para realizar un adecuado tratamiento es fundamental una correcta evaluación y caracterización clínica. Como es muy frecuente la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos es recomendable, en la medida de lo posible, utilizar instrumentos validados y entrevistas diagnósticas, para estudiar la presencia de la sintomatología y de los trastornos asociados.

Se conoce que los fármacos anticonvulsivantes o antiepilépticos se pueden usar para modular la impulsividad¹⁴, en pacientes psicóticos⁴⁵, en pacientes con trastornos de la personalidad, trastornos de ansiedad, retraso mental⁴⁶ o en pacientes con dependencia de varias sustancias⁴⁷ y se han descrito efectos positivos en dependientes de alcohol o cocaína^{48,49}. En la actualidad, como se ha descrito, el conocimiento de su eficacia en el tratamiento de los trastornos del control de los impulsos se basa mayoritariamente en informes de pacientes, series de casos o ensayos clínicos abiertos. En muchas ocasiones se han utilizado como tratamientos de tercera o cuarta elección, cuando no ha habido respuesta a

Tabla 2	Fármacos utilizados en cada patología y pruebas en las que se basan							
	Trastorno explosivo intermitente	Cleptomanía	Piromanía	Juego patológico	Tricotilomanía	Compras compulsivas	Rascado compulsivo	Onicofagia
Litio	1 (EC)	1 (S)		1 (EC,C)	1 (S)	1 (S)		
Ácido valproico	3 (EC, E, C)	1 (S,C)	1 (C)	1 (EC)		1 (S)		
Carbamazepina	1 (E)	2 (S)	1 (C)	1 (EC)				
Oxcarbazepina	1 (EC)							1 (S)
Topiramato		1 (S,C)		1 (EC,E,C)	1 (E)	1 (C)	1 (S)	1 (S)
Lamotrigina							1 (E)	
Fenitoína	1 (EC)							
Levetiracetam	2 (EC)							

1: utilizado con buena respuesta; 2: utilizado sin buena respuesta; 3: resultados contradictorios.
C: caso clínico; S: serie de Casos; E: ensayo clínico; EC: ensayo clínico aleatorizado.

otros psicofármacos. Es evidente que hacen falta más estudios para poder realizar conclusiones definitivas y, dada la falta de literatura contrastada, es necesario seguir las recomendaciones de grupos de trabajo o grupos expertos⁵⁰. El tratamiento ideal consistiría en un fármaco antiimpulsivo en monoterapia. Sin embargo el tratamiento con politerapia es lo habitual, se suelen combinar con ISRS o con otros fármacos que han demostrado su utilidad, como es la naltrexona. En ocasiones es necesario asociarlos con fármacos sedantes como son alguno de los antipsicóticos, o las benzodiazepinas. La elección del fármaco se debe hacer en función de las experiencias descritas para cada trastorno (tabla 2) y de otros factores (tabla 3). En los pacientes con riesgo suicida se deben utilizar los medicamentos más seguros. Dado que la experiencia es escasa, se debe valorar adecuadamente los efectos secundarios. Aunque existe más experiencia y estudios con el litio o los antiepilépticos

clásicos¹⁸, especialmente con carbamazepina y ácido valproico, se conoce que son peor tolerados y que las interacciones farmacológicas son menos frecuentes e importantes con los más recientes. No está descrita con exactitud la posología más adecuada para estas patologías. Las dosis empleadas presentan grandes variaciones (tabla 4) y no en todos los estudios están publicadas. Ello indica que deben ser consideradas como provisionales, ya que están basadas en muestras pequeñas. Es probable que se modifiquen, debido a que existe la tendencia a la utilización de dosis más altas en los trabajos más recientes. Además es posible que cada trastorno necesite una dosis diferente.

CONCLUSIONES

Existen problemas en el tratamiento de los denominados trastornos de control de los impulsos, debido a las dificultades en esclarecer la etiopatogenia de las conductas impulsivas y la muy frecuente existencia de comorbilidad. Es probable que se trate de un conjunto de entidades relacionadas clínicamente entre sí, pero con distinta base neurobiológica. El avance en la investigación en neurociencias, está permitiendo conocer los distintos mecanismos implicados en estos trastornos. Existe suficiente evidencia para afirmar que la función serotoninérgica está relacionada, por lo que se han usado fármacos con acción sobre este sistema, sin embargo habitualmente el tratamiento con estos medicamentos es insuficiente. Otros sistemas de neurotransmisión también han sido implicados, por ello los antiepilépticos también pueden ser útiles en el tratamiento y deben ser ensayados.

Es necesario la realización de estudios clínicos de mayor rigor metodológico y muestras más homogéneas que permitan aclarar las indicaciones y las dosis necesarias. Además,

Tabla 3	Factores a valorar al realizar la prescripción
	Experiencias clínicas previas
	Ensayos clínicos
	Tratamientos concomitantes
	Dificultad o facilidad para realizar controles hematológicos estrictos
	Presencia de contraindicaciones médicas
	Historia de la tolerancia del paciente a los fármacos
	Riesgo de abuso
	Riesgo de consumo impulsivo de fármacos
	Letalidad del fármaco en sobredosis

Tabla 4 Dosis habitualmente utilizadas para los trastornos del control de los impulsos

Fármaco	Dosis utilizada
Carbamazepina	600 mg
Oxcarbazepina	900 - 2.400 mg
Topiramato	50-250 mg
Ácido valproico	200-2.000 mg
Lamotrigina	25-300 mg
Levetiracetam	Hasta 3.000 mg

hay que considerar que el tratamiento farmacológico para estos trastornos se debe complementar con técnicas psicoterapéuticas, que también hayan demostrado eficacia en el manejo de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry* 2001;158(11):1783-93.
- American Psychiatric Association. Manual DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado. Barcelona: Masson, 2002.
- Organización Mundial de la Salud Clasificación Internacional de enfermedades CIE-10. Madrid: Meditor, 1992.
- Kalenscher T, Ohmann T, Gunturkun O. The neuroscience of impulsive and self-controlled decisions. *Int J Psychophysiol* 2006;62(2):203-11.
- Elliott FA. Neurological findings in adult minimal brain dysfunction and the dyscontrol syndrome. *J Nerv Ment Dis* 1982;170(11):680-7.
- McElroy SL, Soutullo CA, Beckman DA, Taylor P, Keck PE. DSM-IV intermittent explosive disorder: a report of 27 cases. *J Clin Psychiatry* 1998;59(4):203-10.
- McElroy SL, Hudson JI, Pope HG, Keck PE. Kleptomania: clinical characteristics and associated psychopathology. *Psychol Med* 1991;21(1):93-108.
- Rodríguez Martínez A. Los trastornos puros. En: S Ros Montalban, R Gracia Marco (ed.). *Impulsividad*. Barcelona: Ars Medica, 2004.
- Gelder MG, López-Ibor JJ, Andreasen N. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ars Médica, 2003.
- Peris MD, Serzman N. *Impulsividad*. Barcelona: Ars Médica, 2008.
- Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE. Characteristics of 60 adult chronic hair pullers. *Am J Psychiatry* 1991;148(3):365-70.
- Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF. The self-inflicted dermatoses: a critical review. *Gen Hosp Psychiatry* 1987;9(1):45-52.
- Pallanti S, Hollander E. Pathological gambling. En: E Hollander (ed.). *Clinical Manual of Impulse Control Disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2006.
- Ros S, Díez B, Casanova N. Anticonvulsivantes en el tratamiento de la impulsividad. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(Suppl. 3):46-62.
- Álamo C, López-Muñoz F. Bases Neurobiológicas del uso de antiepilépticos en el trastorno bipolar. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(Suppl. 3):3-21.
- Ponce G, Rodríguez-Jimenez R. Uso de antiepilépticos en adicciones. *Actas Esp de Psiquiatr* 2008;36(Suppl. 3):22-7.
- Mattes JA. Comparative effectiveness of carbamazepine and propranolol for rage outbursts. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1990;2(2):159-64.
- Barratt ES, Stanford MS, Felthous AR, Kent TA. The effects of phenytoin on impulsive and premeditated aggression: a controlled study. *J Clin Psychopharmacol* 1997;17(5):341-9.
- Sheard MH, Marini JL, Bridges CI, Wagner E. The effect of lithium on impulsive aggressive behavior in man. *Am J Psychiatry* 1976;133(12):1409-13.
- Kavoussi RJ, Coccaro EF. Divalproex sodium for impulsive aggressive behavior in patients with personality disorder. *J Clin Psychiatry* 1998;59(12):676-80.
- Hollander E, Tracy KA, Swann AC, Coccaro EF, McElroy SL, Wozniak P, et al. Divalproex in the treatment of impulsive aggression: efficacy in cluster B personality disorders. *Neuropsychopharmacology* 2003;28(6):1186-97.
- Mattes JA. Oxcarbazepine in patients with impulsive aggression: a double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychopharmacol* 2005;25(6):575-9.
- Mattes JA. Levetiracetam in patients with impulsive aggression: a double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2008;69(2):310-5.
- Loew TH, Nickel MK. Topiramate treatment of women with borderline personality disorder, part II: an open 18-month follow-up. *J Clin Psychopharmacol* 2008;28(3):355-7.
- Kmetz GF, McElroy SL, Collins DJ. Response of kleptomania and mixed mania to valproate. *Am J Psychiatry* 1997;154(4):580-1.
- McElroy SL, Pope HG, Hudson JI, Keck PE, White KL. Kleptomania: a report of 20 cases. *Am J Psychiatry* 1991;148(5):652-7.
- Dannon PN. Topiramate for the treatment of kleptomania: a case series and review of the literature. *Clin Neuropharmacol* 2003;26(1):1-4.
- Kaplan Y. Epilepsy and kleptomania. *Epilepsy Behav* 2007;11(3):474-5.
- Virkkunen M, De Jong J, Bartko J, Linnoila M. Psychobiological concomitants of history of suicide attempts among violent offenders and impulsive fire setters. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46(7):604-6.
- Bourget D, Bradford J. Fire fetishism, diagnostic and clinical implications: a review of two cases. *Can J Psychiatry* 1987;32(6):459-62.
- Parks RW, Green R, Girgis S, Hunter MD, Woodruff PW, Spence SA. Response of pyromania to biological treatment in a homeless person. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2005;1(3):277-80.
- Milrod LM, Urion DK. Juvenile fire setting and the photoparoxysmal response. *Annals of neurology* 1992;32(2):222-3.
- Haller R, Hinterhuber H. Treatment of pathological gambling with carbamazepine. *Pharmacopsychiatry* 1994;27(3):129.
- Pallanti S, Quercioli L, Sood E, Hollander E. Lithium and valproate treatment of pathological gambling: a randomized single-blind study. *J Clin Psychiatry* 2002;63(7):559-64.

35. Dannon PN, Lowengrub K, Gonopolski Y, Musin E, Kotler M. Topiramate versus fluvoxamine in the treatment of pathological gambling: a randomized, blind-rater comparison study. *Clin Neuropharmacol* 2005;28(1):6-10.
36. Dannon PN, Lowengrub K, Musin E, Gonopolsky Y, Kotler M. 12-month follow-up study of drug treatment in pathological gamblers: a primary outcome study. *J Clin Psychopharmacol* 2007; 27(6):620-4.
37. Nicolato R, Romano-Silva MA, Correa H, Salgado JV, Teixeira AL. Lithium and topiramate association in the treatment of comorbid pathological gambling and bipolar disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2007;41(7):628.
38. Christenson GA, Popkin MK, Mackenzie TB, Realmuto GM. Lithium treatment of chronic hair pulling. *J Clin Psychiatry* 1991;52(3): 116-20.
39. Lochner C, Seedat S, Niehaus DJ, Stein DJ. Topiramate in the treatment of trichotillomania: an open-label pilot study. *Int Clin Psychopharmacol* 2006;21(5):255-9.
40. McElroy SL, Keck PE, Pope HG, Smith JM, Strakowski SM. Compulsive buying: a report of 20 cases. *J Clin Psychiatry* 1994; 55(6):242-8.
41. Guzman CS, Filomensky T, Tavares H. Compulsive buying treatment with topiramate, a case report. *Rev Bras Psiquiatr* 2007; 29(4):383-4.
42. Shapira NA, Lessig MC, Murphy TK, Driscoll DJ, Goodman WK. Topiramate attenuates self-injurious behaviour in Prader-Willi Syndrome. *Int J Neuropsychopharmacology* 2002;5(2): 141-5.
43. Grant JE, Odlaug BL, Kim SW. Lamotrigine treatment of pathological skin picking: an open-label study. *J Clin Psychiatry* 2007; 68(9):1384-91.
44. Cordas TA, Tavares H, Calderoni DM, Stump GV, Ribeiro RB. Oxcarbazepine for self-mutilating bulimic patients. *Int J Neuropsychopharmacol* 2006;9(6):769-771.
45. Roncero C, Ramos M, Casas M. Anticomociales en esquizofrenia dual. En: N Serzman, C Álvarez, M Casas (eds.). *Patología dual en esquizofrenia*. Barcelona: Glosa, 2007 (pp. 117-130).
46. Grunze HC. The effectiveness of anticonvulsants in psychiatric disorders. *Dialogues Clin Neurosci* 2008;10(1):77-89.
47. Bobes J, Carreño JE, Gutiérrez CE, San Narciso GI, Antuña MJ, Díaz T, et al. Estudio de la efectividad del control del craving con topiramato en pacientes con trastornos por dependencia de sustancias. *Actas Esp Psiquiatr* 2004;32(5):299-306.
48. Johnson BA, Ait-Daoud N, Bowden CL, DiClemente CC, Roache JD, Lawson K, Javors MA, Ma JZ. Oral topiramate for treatment of alcohol dependence: a randomised controlled-trial. *Lancet* 2003; 361(9370):1677-85.
49. Kampman KM, Pettinati H, Lynch KG, Dackis C, Sparkman T, Weigley C, O'Brien CP. A pilot trial of topiramate for the treatment of cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend* 2004; 75(3):233-40.
50. Soler PA, Gascón J. RTM III Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Barcelona: Ars Médica, 2005.