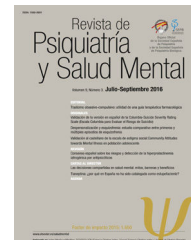




Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



CARTAS AL DIRECTOR

Ketamina asociada a terapia electroconvulsiva en depresión resistente al tratamiento en pacientes de edad avanzada: a propósito de 2 casos



Ketamine associated with electroconvulsive therapy for treatment-resistant depression in the elderly: Two case reports

Sr Director:

La depresión resistente al tratamiento (DRT) es una enfermedad prevalente. Se calcula que entre un 60-70% de los pacientes responderán a monoterapia de primera línea y más de un tercio serán resistentes al tratamiento¹, considerando resistentes a aquellos pacientes que no hayan respondido al menos a 2 antidepresivos diferentes en dosis y duración adecuadas². La terapia electroconvulsiva (TEC) ha demostrado ser altamente eficaz para tratar la DRT y segura incluso en pacientes geriátricos³. Pese a ello, existe un importante número de sujetos no respondedores a TEC con los agentes anestésicos convencionales. Presentamos 2 casos de DRT tratados mediante TEC asociado a ketamina.

Caso 1: varón de 80 años afectado de adenocarcinoma de colon y pulmón, actualmente libre de enfermedad, sin antecedentes psiquiátricos ni deterioro cognitivo filiado que ingresa por episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos (DSM-5 296.24 [F32.3]) de 4 meses de evolución sin respuesta a citalopram 20 mg/día y quetiapina 25 mg/día; Hamilton Depression Rating Scale de 17 ítems⁴ (HDRS-17)=23. Se instaura progresivamente tratamiento con venlafaxina 225 mg/día, mirtazapina 45 mg/día, olanzapina 5 mg/día y nortriptilina 100 mg/día sin mejoría. Para manejo de la ansiedad se emplea clometiazol 192 mg de forma variable durante todo el tratamiento. Se realizan, de forma concomitante, 12 sesiones de TEC base (3 sesiones/semana) bitemporal (amplitud del pulso 1,0 ms y energía 36 J incrementada hasta 88,3 J mediante cambios en la frecuencia y duración del estímulo), empleando como anestésico pentotal 175 mg. Se apreció un tiempo medio de convulsión (tmc) electroencefalográfica subóptimo (16,58 s/sesión) y se observó cortos periodos de confusión y desorientación post-administración. Ante la persistencia de clínica depresiva (HDRS-17=18) se inicia tratamiento compasivo con ketamina endovenosa 6 sesiones a días alternos (0,63 mg/kg) con notable mejoría

clínica (HDRS-17=5 tras 2 sesiones) no sostenida en el tiempo (HDRS-17=19, transcurridos 15 días desde la finalización del tratamiento).

Finalmente, tras retirar nortriptilina por ineficacia se ensayan 9 sesiones de TEC bilateral base asociado a ketamina como anestésico (0,9-1,34 mg/kg), lográndose un tmc adecuado (28,36 s/sesión) y pudiéndose reducir la energía a 75 J, manteniendo amplitud 1,0 ms, con buena tolerancia. Como complicación el paciente sufre un *shock* séptico secundario a infección del catéter central que obliga a suspender la TEC durante 12 días. Se reinician 8 sesiones más semanalmente de TEC-ketamina presentando una franca mejoría clínica (HDRS-17=2). Actualmente el paciente mantiene remisión 14 meses tras el alta con TEC-ketamina de mantenimiento (mensual) y venlafaxina 75 mg/día y mirtazapina 30 mg/día.

Caso 2: varón de 69 años sin antecedentes médico-quirúrgicos, psiquiátricos ni deterioro cognitivo filiado (mini mental state examination=27) que ingresa por episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos (DSM-5 296.24 [F32.3]) de 8 meses de evolución y escasa respuesta a tratamientos previos con sertralina 100 mg/día, citalopram 30 mg/día y venlafaxina 225 mg/día en combinación con antipsicóticos a dosis bajas. Durante el ingreso se ensaya imipramina 175 mg/día, mirtazapina 30 mg/día y 15 sesiones de TEC base bitemporal (amplitud 1,0 ms; energía 43 J), con pentotal 200 mg y un tmc=23 s/sesión presentando episodios de desorientación y pérdida de memoria reciente post-administración. Ante la escasa respuesta se realizan 11 sesiones base de TEC-ketamina 1,4 mg/kg (energía 38 J; tmc=50,9 s/sesión) con mejoría clínica (HDRS=8) y sin secundarismos.

Al alta presenta nueva recurrencia del trastorno (HDRS-36) tras cambio de imipramina a venlafaxina por falta de abastecimiento y tras finalizar las sesiones de TEC-ketamina. Se optó entonces por tratamiento con clomipramina 112,5 mg/día, sertralina 100 mg/día e inicio de litio 800 mg/día sin respuesta, por lo que se reintroduce imipramina 100 mg/día y se administran 17 sesiones base de TEC-ketamina 1,28 mg/kg (energía 31 J; tmc=44,3 imipraminas/sesión) con mejoría clínica (HDRS=12) y buena tolerabilidad. Al mes del alta se refiere estabilidad clínica sin remisión completa en tratamiento con imipramina 75 mg/día, quetiapina 150 mg/día y mirtazapina 15 mg/día, desestimándose desde consultas externas mantener TEC-ketamina.

La ketamina es un agente anestésico antagonista de los receptores de N-metil-D-aspartato (NMDA); implicados en la vía glutamatergica y de creciente interés en la fisiopa-

tología de la depresión⁵. El tratamiento con ketamina ha demostrado tener rápidas propiedades antidepresivas aunque su uso es controvertido y su datos contradictorios en la literatura⁶⁻⁸. Un estudio realizado con 90 sujetos afectados de DRT apunta a una mejoría más rápida y sostenida de la clínica depresiva, aportando mayor tiempo de convulsión y protección cognitiva en aquellos pacientes tratados con dosis anestésicas de ketamina (0,8 mg/kg) asociada a TEC⁹. Sin embargo, hay una notable falta de evidencia sobre la seguridad y eficacia en pacientes de edad avanzada; grupo especialmente susceptible a la DRT.

En nuestra opinión, direccionándonos hacia una psiquiatría cada vez más personalizada y tecnificada¹⁰, la ketamina puede ser una alternativa válida al uso de anestésicos convencionales proporcionando un mayor tmc, que podría jugar un papel importante en la mayor eficacia antidepresiva observada. Estos resultados junto con la protección cognitiva reportada⁹ —que no fue valorada en nuestros sujetos— la convierten en una opción deseable para pacientes de edad avanzada, si bien es necesaria mayor evidencia para evaluar su eficacia y seguridad en este grupo de edad.

Bibliografía

1. Souery D, Papakostas GI, Trivedi MH. Treatment-resistant depression. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:16–22.
2. Mathew SJ. Treatment-resistant depression: Recent developments and future directions. *Depress Anxiety*. 2008;25:989–92.
3. Geduldung ET, Kellner CH. Electroconvulsive therapy in the elderly: New findings in geriatric depression. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18:40.
4. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:56–62.
5. Artigas F. ¿Antidepresivos glutamatérgicos? Las sorprendentes propiedades antidepresivas de la ketamina. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2011;4:183–6.
6. Caddy C, Giaroli G, White TP, Shergill SS, Tracy DK. Ketamine as the prototype glutamatergic antidepressant: Pharmacodynamic actions, and a systematic review and meta-analysis of efficacy. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2014;4:75–99.
7. Fond G, Loundou A, Rabu C, Macgregor A, Lançon C, Brittner M, et al. Ketamine administration in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychopharmacology (Berl)*. 2014;231:3663–76.
8. McGirr A, Berlim MT, Bond DJ, Neufeld NH, Chan PY, Yatham LN, et al. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of adjunctive ketamine in electroconvulsive therapy: Efficacy and tolerability. *J Psychiatr Res*. 2015;62:23–30.
9. Zhong X, He H, Zhang C, Wang Z, Jiang M, Li Q, et al. Mood and neuropsychological effects of different doses of ketamine in electroconvulsive therapy for treatment-resistant depression. *J Affect Disord*. 2016;201:124–30.
10. Vieta E. La medicina personalizada aplicada a la salud mental: la psiquiatría de precisión. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2015;8:117–8.

Adriana Fortea^{a,*}, Laura Espinosa^a, Clara Oliveras^a, Pol Bruguera^a y Antoni Benabarre^{a,b,c,d}

^a Servicio de Psiquiatría y Psicología, Instituto Clínico de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

^b Servicio de Psiquiatría y Psicología, Programa de Trastornos Bipolares, Instituto Clínico de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

^c Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España

^d Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fortea@clinic.cat (A. Fortea).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.12.001>

1888-9891/

© 2017 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

¿Debería desempeñar un papel la mascarilla laríngea en la terapia electroconvulsiva?



Should the laryngeal mask airway play a role in electroconvulsive therapy?

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo firmado por Buj-Alvarez et al.¹ donde se describe el uso de la mascarilla laríngea (LMA) en la terapia electroconvulsiva (ECT), para facilitar la hiperventilación, y nos gustaría compartir nuestra experiencia. A pesar de que la LMA desempeña una función durante la ECT (principalmente como dispositivo de rescate, como parte del algoritmo de la vía aérea difícil de la Sociedad Americana de Anestesiólogos en pacientes que no pueden ser ventilados), pensamos que debido a una serie de

motivos su uso rutinario no se hace necesario, y podría resultar perjudicial.

El estudio piloto descrito en el artículo comparaba dos grupos de pacientes: uno ventilado con la LMA y otro con una mascarilla facial, aunque no queda claro si este último grupo fue ventilado con cualquier dispositivo de ayuda, tal como la vía aérea oral. Como no es posible medir con precisión el CO₂ al final de la espiración al realizar la ventilación con una mascarilla facial, también resulta poco claro el modo en que los autores fueron capaces de determinar que los resultados de este estudio guardaban relación con una diferencia en cuanto al grado de hiperventilación logrado mediante los dos métodos diferentes de ventilación. La ventilación minuto puede utilizarse como indicador para cuantificar el grado de hiperventilación en el grupo de mascarilla facial, pero incluso en este caso se debe asumir que a una tasa de 20 litros por minuto de ventilación se ha logrado un nivel de hiperventilación más que adecuado, ya que no puede medirse con precisión. Hemos podido lograr un grado