

Cartas al Director

Citalopram y secreción inadecuada de vasopresina

Sr. Director:

El citalopram es un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS) de vida media prolongada, eliminación preferentemente hepática e indicación fundamental en el tratamiento y la prevención de los estados depresivos.

El síndrome de secreción inadecuada de vasopresina (SIADH) se define por la liberación mantenida de vasopresina en ausencia de sus estímulos habituales, especialmente la hiperosmolaridad y la hipovolemia. Cursa con hiponatremia, hipoosmolaridad plasmática, osmolaridad urinaria inadecuadamente elevada y natriuria > 20 mmol/l. Al tratarse de un diagnóstico por exclusión, es preciso descartar previamente situaciones que cursan con disminución de la volemia eficaz (insuficiencia cardíaca, cirrosis con ascitis, hipovolemia, etc.), y demostrar la normalidad de la función renal, suprarrenal y tiroidea¹. De entre los agentes etiológicos, tanto los antidepresivos tricíclicos como los ISRS son causa conocida de SIADH.

Examinando la ficha técnica del citalopram –revisada en abril de 2006– únicamente figuran como efectos adversos en este ámbito somnolencia, astenia, cefalea, trastornos del sueño o pérdidas de la memoria². Sin embargo, la ficha técnica del escitalopram, enantiómero terapéuticamente activo del citalopram, sí que recoge la posibilidad de hiponatremia y SIADH, sin que se analice, por falta de datos, su frecuencia³.

La base de datos FEDRA (Farmacovigilancia Española de Datos de Reacciones Adversas) contiene 32 casos en total de hiponatremia y/o SIADH causados por citalopram (19 casos) o escitalopram (13 casos), aunque sólo en 4 de ellos citalopram o escitalopram son el único fármaco consumido.

En la literatura médica española (MEDLINE, 1990-2008; palabras clave: citalopram, hyponatremia, inappropriate secretion of antidiuretic hormone), hemos encontrado 3 casos publicados individualmente⁴⁻⁶. Por su parte, Pedrós C et al⁷ describen las notificaciones espontáneas de hiponatremias y/o SIADH por ISRS recibidas por el Sistema Español de Farmacovigilancia y analizan sus características. Hasta el año 2003 se habían notificado 7 reacciones adversas de este tipo –incluidas en las 19 reflejadas anteriormente– originadas por el citalopram.

Presentamos el caso de una mujer que desarrolló hiponatremia significativa tras inicio de tratamiento con citalopram: mujer de 96 años de edad, sin antecedentes de interés, que inició tratamiento, 2 días antes de su ingreso, con 20 mg/día de citalopram. Consulta por astenia, anorexia, bradipsiquia, somnolencia y sensación de mareo, todo ello de 24 h de evolución.

La exploración física, salvo la bradipsiquia, fue normal, sin edema y sin signos de deshidratación. El sis-

temático de sangre fue normal y la velocidad de sedimentación globular, de 24 mm la primera hora. Los parámetros bioquímicos también fueron normales, salvo: sodio plasmático, 117 mmol/l; osmolaridad plasmática, 249 mOsm/kg; sodio urinario, 160 mmol/l, y osmolaridad urinaria, 394 mOsm/kg (normal, 300-900 mOsm/kg). El cortisol basal y la tiroxina (TSH) estaban dentro del rango de la normalidad.

Ante la sospecha de una secreción inadecuada de vasopresina causada por el citalopram, se procedió a suspenderlo, con restricción hídrica y aporte de suero salino isotónico. La evolución fue favorable. En el momento del alta estaba asintomática, con Na plasmático de 135 mmol/l. Un mes después, los valores de natremia seguían siendo normales. El caso se notificó al Centro Regional de Farmacovigilancia de Castilla y León.

El SIADH es una complicación potencialmente grave del citalopram, más frecuente en edades avanzadas y en mujeres (la mediana de edad de los casos contenidos en la base de datos FEDRA es de 78 años, y el porcentaje de mujeres, del 71,9%). El tiempo medio de aparición de la hiponatremia se estima en 13-15 días y, aunque se han comunicado casos desde 1 hasta 360 días, en el 84% de los pacientes, se detecta en el primer mes de tratamiento⁸. El mecanismo de producción del SIADH no es del todo conocido, aunque podría deberse al papel de la serotonina en la síntesis de vasopresina⁹.

Para finalizar, y dadas la frecuencia y la gravedad de la presente reacción adversa, creemos conveniente vigilar tanto el estado neurológico como los valores de sodio al menos en el primer mes tras el inicio de tratamiento con citalopram, muy especialmente si se trata de mujeres con edad avanzada.

SILVIA FRANCO HIDALGO^a, JOSÉ MARÍA PRIETO DE PAULA^a E INÉS SALADO VALDIVIESO^b

^aServicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Palencia. Palencia. España.

^bCentro Regional de Farmacovigilancia. Instituto de Farmacoepidemiología. Universidad de Valladolid. Valladolid. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ybarra Muñoz J, De Leiva Hidalgo A. Enfermedades de la neurohipófisis y la epífisis. En: Rodés Teixidor J, Guardia Massó J, editores. Medicina Interna. 2.ª ed. Barcelona: Masson; 2004. p. 2447-8.
2. Ficha técnica. Citalopram. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. Abril de 2006.
3. Ficha técnica. Escitalopram. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. Mayo de 2008.
4. Morán Blanco A, Guerra Laso JM. Citalopram como causa de síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética. Rev Clin Esp. 2005;205:144.
5. Romero S, Pintor L, Serra M, Plana T, Navarro V, Gastó C, et al. Syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone due to citalopram and venlafaxine. Gen Hosp Psychiatry. 2007;29:81-4.

- Berrocal E, Esteban C, Delgado V, Ruiz-Rivas JL, Fraga MI. Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética y citolopram. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:78.
- Pedrós C, Cereza G, García G. Hiponatremia y SIADH por inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: revisión de notificaciones espontáneas. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:516-7.
- Liu B, Mittmann N, Knowles SR, Sear NH. Hiponatremia and the syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone associated with the use of selective serotonin reuptake inhibitors: a review of spontaneous reports. *CHAJ*. 1996;155:519-27.
- Fisher A, Davis M, Croft-Baker J, Purcell P, Malean A. Citalopram-induced severe hyponatremia with coma and seizure: case report with literature and spontaneous reports review. *Adverse Drug React Toxicol Rev*. 2002;21:179-87.



Internet como herramienta terapéutica en la obesidad mórbida

Sr. Director:

La obesidad es un importante problema de salud pública mundial con importantes repercusiones tanto sociales como económicas. Además de ser uno de los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, se asocia con una elevada prevalencia de trastornos ansioso-depresivos y de la conducta alimentaria. En los últimos años, y ante el escaso éxito de los tratamientos clásicos (dieta, ejercicio y fármacos), se ha evaluado el papel que pueden desempeñar en la pérdida ponderal las nuevas tecnologías en el campo de las telecomunicaciones. A continuación exponemos el caso de una paciente afecta de obesidad mórbida con un componente ansioso que repercutía de forma evidente en su conducta alimentaria, y que tras entrar en contacto con internet perdió 29 kg de forma progresiva y estable, y finalmente fue rechazada para cirugía bariátrica.

Mujer de 50 años, sin alergias medicamentosas, que trabaja como auxiliar clínica, con aumento progresivo de peso desde la adolescencia e historia de repetidos fracasos con numerosas dietas adelgazantes. En enero de 2006 consultó para evaluar la posibilidad de realizar un tratamiento quirúrgico de su obesidad. En ese momento pesaba 110 kg y tenía un índice de masa corporal (IMC) de 47,8. Entre sus antecedentes patológicos, cabe destacar la existencia de un hipotiroidismo primario por tiroiditis de Hashimoto, una hiperlipoproteinemias tipo IIb y un síndrome ansioso-depresivo con clara repercusión en la ingesta, en forma de alimentación desequilibrada y compulsiva, con numerosas transgresiones alimentarias. El tratamiento farmacológico con fluoxetina a dosis elevadas (60 mg/día) no se acompañó de ninguna mejoría de los síntomas compulsivos. Tras superar la valoración médico-quirúrgica, entró en lista de espera para la práctica de un *bypass* gástrico. Durante este periodo, uno de sus hijos le enseñó a uti-

lizar internet, comenzó a conectarse y a participar activamente en diversas conversaciones de grupos. Desde ese momento la paciente explica cómo invierte cada vez más tiempo en establecer contactos con amistades a través de la red al tiempo que desaparece la compulsión por la ingesta. Esta transferencia del componente compulsivo de los alimentos al ordenador se traduce en una progresiva pérdida ponderal, que llega a ser en el transcurso de los 9 meses siguientes de 29 kg. Actualmente mantiene el peso, su IMC ha llegado a ser de 37,1 y se ha retirado de la lista de espera de cirugía bariátrica.

La mayoría de los estudios que han evaluado el papel de internet en la pérdida ponderal hacen hincapié en la necesidad de combinar la información sobre los hábitos alimentarios con un contacto frecuente y continuado con el paciente y su entorno familiar. Este contacto puede establecerse a través de mensajes de correo electrónico, la participación en foros de internet o incluso con llamadas telefónicas¹. De esta forma, en estudios clínicos controlados que incluyen sujetos con IMC entre 29 y 35, los grupos en los que se realiza un refuerzo continuado por internet consiguen una disminución de peso significativamente mayor respecto a los grupos en los que se pauta una dieta sin ningún apoyo basado en la red (4-4,5 frente a 1,7-2 kg en seguimientos de 3 meses)²⁻⁴. Entre las ventajas que aporta el seguimiento por internet, están el bajo coste económico, el fácil acceso por parte del personal sanitario y pacientes, la posibilidad de acceso a un mayor número de sujetos y poder evitar traslados innecesarios del paciente a los centros de salud.

El caso que describimos, si bien no participó en ningún programa predefinido de control ponderal, sí sirve para poner de manifiesto cómo el componente de ansiedad y compulsión alimentaria presente en gran número de sujetos obesos puede reconducirse hacia áreas menos nocivas para su salud. Es probable que a través de internet nuestra paciente encontrara una distracción a sus problemas personales o incluso el apoyo de otras personas que, sin ser conscientes de ello, la estaban ayudando a vencer su compulsión por los alimentos.

Por lo tanto, creemos que este caso podría servir como punto de partida para la introducción e implementación de las nuevas tecnologías en el tratamiento de una enfermedad de tan difícil control como es la obesidad. Estas tecnologías, como internet, pueden ser útiles como punto de partida para transferir la ansiedad del obeso, ordenar sus hábitos alimentarios y obtener un refuerzo social que muchas veces por su propia enfermedad le es negado.

DANIEL CABO NAVARRO^a, JUAN ANTONIO BAENA FUSTAGUERES^b, JORDI MESA MANTECA^c
Y ALBERT LECUBE TORELLO^c

^aUnidad de Obesidad. Sección de Endocrinología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

^bUnidad de Cirugía Endocrinológica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

^cUnidad de Obesidad. Sección de Endocrinología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.