

Hipertriosis como posible reacción adversa a los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de aminas

Introducción. Se presenta el caso de una paciente que, tras iniciar tratamiento con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS), presenta aparición de vello facial.

Caso clínico. Mujer de 36 años, diagnosticada de trastorno obsesivo compulsivo. Es remitida a psiquiatría donde se añade el diagnóstico de depresión con episodios de angustia, y se inicia tratamiento con paroxetina y alprazolam. Dos meses después, se suspende la paroxetina porque no hay respuesta y se inicia tratamiento con sertralina, con aumento progresivo de dosis hasta 200 mg/día. Tras 10 meses de evolución fluctuante sin remisión, se cambia a venlafaxina comenzando con 150 mg/día y aumentando hasta 225 mg/día. Consulta 2 meses después por aumento del vello facial sin otras localizaciones y ganancia de peso de 7 kg. La paciente no utilizó otros medicamentos, cremas, productos de uso tópico y/o cosmético. En los exámenes complementarios (hemograma, colesterol, hormonas tiroideas) se observa: FSH, 5,46 mU/ml; LH, 5,77 mU/ml; prolactina, 26,14 ng/ml; testosterona, 1,19 ng/ml; progesterona, 1,60 ng/ml; estradiol, 60 pg/ml. DHEAS, 323 µg/dl; androstendiona, 363 ng/ml; cortisol en orina, 43 µg/24 h (todos los valores se encuentran dentro de intervalos de la normalidad según el laboratorio de referencia).

Discusión y conclusiones. Entre los efectos secundarios más frecuentes de los ISRS se han descrito disfunción sexual y gastrointestinal, ganancia de peso^{1,2}, especialmente con paroxetina (posiblemente relacionado con su mayor actividad anticolinérgica), insomnio, sedación y síntomas extrapiramidales (especialmente temblor). Entre las alteraciones endocrinas se ha descrito aumento de prolactina y galactorrea^{2,3}. Con respecto a la sertralina, el cen-

tro de farmacovigilancia estadounidense⁴ menciona la aparición de hipertriosis, durante la etapa de ensayos clínicos, pero con una frecuencia inferior a 1 por 1.000; sin embargo, no se detectaron alteraciones relativas al peso. En la ficha técnica española⁵ no se mencionan alteraciones en el pelo ni en el peso.

Se ha descrito ganancia de peso con el uso de venlafaxina en más del 1% de los casos tratados y, contradictoriamente, en la misma publicación de la ficha técnica estadounidense⁴ se tienen datos de pérdida de peso dependiente de la dosis. Con respecto a la influencia de venlafaxina en el pelo, se ha descrito como reacción poco frecuente (0,1-1%) alopecia⁵ y caída de pelo tras su utilización que se controla al retirarla⁴ y se vuelve a presentar al reintroducir venlafaxina⁶. El sistema de farmacovigilancia estadounidense no hace ninguna referencia a alteración en el pelo⁴.

Dado que nuestra paciente presenta una analítica hormonal dentro de los límites normales debe diagnosticarse de un cuadro de hipertriosis posiblemente secundaria a una ingesta de antidepresivos.

Es importante añadir que este trabajo ha sido notificado al sistema español de farmacovigilancia y que actualmente, además del nuestro, hay tres notificaciones en las que se describe hipertriosis y aumento de peso, cada uno de ellos en dos oportunidades asociados al posible uso de venlafaxina⁶.

Aunque sólo se ha descrito la aparición de hipertriosis en los ensayos clínicos con sertralina, la secuencia temporal en la aparición de este posible efecto secundario en el presente caso clínico nos hace pensar que pudiera deberse a la utilización de venlafaxina, pues la consulta por los efectos secundarios descritos se realizó sólo después del uso de este último fármaco, no posteriormente a la utilización de sertralina ni paroxetina que se suspendieron en su momento por falta de respuesta. Por lo cual la paciente prefirió seguir usando venlafaxina y ocultar el efecto antiestético de la hipertriosis facial.

El interés de notificar estos posibles efectos adversos radica en su escasa frecuencia de presentación, lo que puede corroborarse por las pocas o inexistentes referencias bibliográficas que puedan justificar la fisiopatología de este hallazgo. Solamente hemos encontrado dos notificaciones con carácter de

publicación, de los centros de farmacovigilancia española⁵ y estadounidense⁴.

Lucía Barahona Rondón, Alicia Iguarán Mengual, Joaquín Morera Montes y Ángela Oria Fernández

Centro de Salud V Centenario. San Sebastián de los Reyes. Madrid. España.

1. Camacho F, Montagna W, editores. Tri-cología-Enfermedades del folículo piloso sebáceo. Madrid: Aula Médica; 1999. p. 265-98.
2. Antidepressant side effects are significant treatment consideration, AHCPR concludes; SSRIs secondary amine tricyclis, bupropion, trazodone first-line. FDC-Reports, Pink-Sheet, Prescription. Pharmaceuticals and Biotechnology. 1993;55: 8-9.
3. Sadock BJ, Sadock VA. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. En: Kaplan-Sadock, editor. Sinopsis de psiquiatría. 9.ª ed. Barcelona: Waverly Hispánica; 2004. p. 1093-104.
4. Physicians' Desk Reference. Versión electrónica de Micromedex® HealthCare Series Data Bases; 2006. Vol 129.
5. Fichas técnicas. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Disponible en: <http://www.agemed.es>
6. Sadock BJ, Sadock VA. Venlafaxina. En: Kaplan-Sadock, editor. Sinopsis de psiquiatría. 9.ª ed. Barcelona: Waverly Hispánica; 2004. p. 1135-6.

Autorreferencia de peso y talla y prevalencia de obesidad en pacientes con factores de riesgo o enfermedad cardiovascular

En España, la obesidad es una enfermedad prevalente y en aumento, tanto en población adulta como infantil. Además, es un importante factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular (ECV) y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2)¹. Por ello, su vigilancia es de interés para la salud pública². Los datos autorreferidos de peso y talla su-

Palabras clave: Hipertriosis. Venlafaxina. Reacción adversa.

Palabras clave: Índice de masa corporal. Obesidad. Percepción del peso. Peso corporal. Salud pública nutricional.