



Trastorno por atracón en adultos: Una revisión sistemática y meta-análisis

► El trastorno por atracón (TA), el más frecuente dentro de las patologías de la conducta alimentaria, afecta aproximadamente al 3% de la población norteamericana. Se caracteriza por la aparición recurrente (\geq una vez por semana durante tres meses) y breve (\leq dos horas) de episodios de atracón que causan distrés psicológico importante, y durante los cuales el paciente experimenta una sensación de pérdida de control y consume cantidades de alimento superiores a las que comería una persona similar y en circunstancias similares.

En mayo de 2013 la Asociación Psiquiátrica Norte Americana (APA) reconoció oficialmente al TA como un trastorno independiente de la conducta alimentaria.

Dicho trastorno es más frecuente en el género femenino (3.5% vs. 2%) y en individuos obesos (5-30% de los casos); por lo general aparece en la adultez temprana, aunque puede tener su inicio en la adolescencia y persistir a lo largo de la vida.

Generalmente se asocia a un malestar fisiológico y psicológico que incluye trastornos depresivos y otros trastornos psiquiátricos, alteraciones en las relaciones interpersonales y en el funcionamiento social en general, dolor crónico, obesidad y diabetes. Además, predispone por sí mismo, e independientemente del peso del paciente, al síndrome metabólico y a padecer diabetes *mellitus* tipo 2 de inicio temprano con mayores tasas de complicaciones. El TA es también considerado un factor limitante en el tratamiento de pacientes sometidos a cirugía bariátrica, pues interfiere con la adherencia al tratamiento nutricional postquirúrgico impidiendo la pérdida de peso y disminuyendo la calidad de vida.

El tratamiento de dicho trastorno tiene por objetivo disminuir la frecuencia de los atracones y de las cogniciones relacionadas con la ingesta desordenada de alimentos, mejorar el estado metabólico y el peso corporal del paciente y regular su estado de ánimo. Dichos tratamientos incluyen abordajes psicológicos, conductuales y farmacológicos.

Las guías de la APA y el NICE (National Institute for Health and Care Excellence) aconsejan el uso de psicoterapia

cognitivo-conductual (TCC) en combinación con el tratamiento farmacológico con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) para el tratamiento exitoso del TA. El equipo de la APA recomienda un abordaje multidisciplinario (que incluye psiquiatras, psicólogos, dietistas y trabajadores sociales), con la TCC como piedra angular de tratamiento y el medicamento como adyuvante; mientras que la NICE recomienda el tratamiento con TCC, aunque en algunos casos considera posible utilizar el tratamiento farmacológico como monoterapia (Tabla 1).

Se realizó una revisión sistemática en la que se incluyó a una población de adultos de entre 36 y 47 años de edad, la mayoría del sexo femenino (\geq 77%), de raza blanca y con obesidad (IMC promedio de 28.8 a 41.1 kg/m²) y todos con el diagnóstico de TA según el DSM-IV y/o el DSM-5. El tamaño de la muestra varió desde 24 hasta 394 participantes elegidos de forma aleatoria. Las interven-

Tabla 1. Intervenciones comúnmente utilizadas en el tratamiento del trastorno por atracón

Tratamiento	Descripción
No farmacológico	
Terapia cognitivo-conductual	Busca identificar la relación entre pensamientos, sentimientos y conductas; busca reducir las emociones negativas y patrones de comportamiento indeseables al modificar pensamientos negativos acerca de uno mismo y el mundo. Puede incluir o no el involucramiento del terapeuta. Puede ajustarse a este grupo de pacientes al ser enfocada a cogniciones y conductas asociadas al comer problemático.
Terapia conductual dialéctica	Basada en "mindfulness" y desarrollo de habilidades para mejorar la regulación emocional, la tolerancia al estrés y las relaciones interpersonales, con la finalidad de ayudar al paciente a tener una actitud más efectiva ante el estrés y el afecto negativo.
Psicoterapia interpersonal	Busca identificar y modificar el rol del funcionamiento interpersonal y su capacidad de causar y mantener un estado de ánimo negativo, distrés psicológico y conductas poco saludables.
Pérdida ponderal conductual	Incorpora varias estrategias conductuales para promover pérdida ponderal (ej. restricción de contenido calórico, aumento de la actividad física...).
Farmacológico	
Antidepresivos	Inhibidores selectivos de la recaptura de neurotransmisores que regulan el estado de ánimo y apetito (dopamina, norepinefrina y serotonina).
Anticonvulsivantes	Los más frecuentemente utilizados son el topiramato e inhibidor de la anhidrasa carbónica.
Agentes antiobesidad	Utilizados para el tratamiento de la obesidad (ej. orlistat)
Estimulantes del SNC	Lisdexanfetamina es el único fármaco de este grupo aprobado por la FDA para el trastorno.

Tomado de Brownley KA, Berkman ND, Peat CM, Lohr KN, Cullen KE, Bann CM, et al. Binge-Eating Disorder in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2016;165:409-420. doi: 10.7326/M15-2455.

ciones incluidas fueron: farmacológica, psicológica, tratamientos conductuales, tratamientos complementarios y medicina alternativa; la duración promedio del tratamiento fue de seis semanas a seis meses.

Se identificaron 34 estudios elegibles para la revisión; nueve de estos fueron ensayos psicológicos que examinaban diferentes tipos de TCC (auto ayuda, psicoterapia interpersonal psicodinámica, terapia dialéctico-conductual y tratamiento conductual para disminución de peso), y 25 ensayos de comparación entre placebo vs. tratamiento farmacológico (anticonvulsivantes: topiramato y lamotrigina, agentes antiobesidad: orlistat, estimulantes del Sistema Nervioso Central: lisdexanfetamina, suplementos alimenticios: picolinato de cromo, antidepresivos de segunda generación: citalopram, fluoxetina y sertralina, otros fármacos: acamprosato, armodafinil) y uso de placebo vs. tratamiento psicoterapéutico en combinación con un fármaco. Dieciséis de estos ensayos contribuyeron para los hallazgos reportados en el meta-análisis; cinco evaluaban TCC, tres, tratamiento farmacológico con lisdexanfetamina 50mg/día, y ocho, tratamiento farmacológico con antidepresivos de segunda generación (fluoxetina, bupropión, citalopram, duloxetina, escitalopram, fluvoxamina y sertralina).

Los pacientes con trastorno por atracón que buscan tratamiento presentan por lo general diferentes niveles de distrés relacionado con el trastorno, pensamientos obsesivos y compulsiones relacionadas con la comida, preocupación acerca del peso e imagen corporal y estado de ánimo depresivo; los hallazgos encontrados indican que la TCC en distintas modalidades, así como el tratamiento farmacológico con lisdexanfetamina, algunos antidepresivos de segunda generación y topiramato, disminuyen dicho distrés y su sintomatología asociada.

A pesar de la alta comorbilidad observada entre el TA y el trastorno depresivo mayor u otros trastornos psiquiátricos, no se encontró un beneficio significativo en el uso de TCC para la reducción de los síntomas depresivos, mientras que el papel de los antidepresivos de segunda generación para el mismo fin mostró evidencia limitada. Los hallazgos aquí mencionados podrían ser el reflejo de dos factores: la inclusión de pacientes con pocos síntomas depresivos al inicio del estudio y/o el enfoque exclusivo de la TCC para tratar sintomatología alimentaria más que un enfoque global hacia las cogniciones y las conductas depresivas.

Aunque la presencia de eventos adversos y la suspensión del tratamiento secundario a los mismos fue extremadamente baja, continúa siendo dos veces más probable al compararla con el tratamiento con placebo. Los eventos adversos más frecuentemente reportados fueron la activación del Sistema Nervioso Central y la disminución del apetito, observados principalmente con el tratamiento con lisdexanfetamina.

Las guías clínicas están a favor de la TCC (guiada por un terapeuta especializado) en combinación con los fármacos para el tratamiento del TA; sin embargo, muchos pacientes tienen un acceso limitado a dicho tipo de tratamiento psicoterapéutico. El enfoque de autoayuda propuesto por las guías NICE podría ser una respuesta a dicha limitante, aunque indicar este tipo de tratamiento como de primera línea sería aún prematuro.

Esta revisión contribuye al nuevo conocimiento acerca del tamaño del efecto y los efectos secundarios del tratamiento con lisdexanfetamina, con antidepresivos de segunda generación (principalmente ISRS) y con psicoterapia cognitivo-conductual guiada por un terapeuta. Los hallazgos encontrados apoyan el uso de los tratamientos antes mencionados, ya que han demostrado disminuir la frecuencia de los atracones e incluso lograr la abstinencia, así como mejorar otros síntomas psicológicos relacionados con el trastorno. Asimismo, y aunque con menor evidencia, el uso de topiramato y otras formas de psicoterapia cognitivo-conductual (auto aplicada) han mostrado ser también efectivas para el tratamiento del TA. Los eventos adversos relacionados con el tratamiento rara vez limitan el uso de cualquiera de estos.

No es posible generalizar los resultados obtenidos, por lo que sería conveniente y necesaria la realización de ensayos posteriores comparando los beneficios a largo plazo de los tratamientos aquí estudiados.

Sofía Vidal de la Fuente

Bibliografía

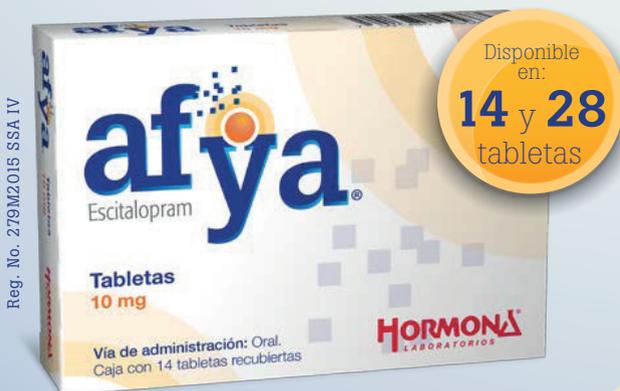
Brownley BA, Berkman ND, Peat CM. Binge-Eating Disorder in Adults. A Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 165(6): 409-420, Sept. 2016.



afya[®]
Escitalopram

Transforma el **ánimo**
de su **Paciente**

- En depresión y ansiedad generalizada, **eficacia** y **rápido** inicio de acción^{1,2,3}
- **Baja interacción** medicamentosa y **amplio** margen de **seguridad**^{2,4,5}
- La **alternativa accesible** que favorece el **cumplimiento terapéutico**



**El antidepresivo prescrito en más
de 240 millones de pacientes²**

Referencias: 1. Dhillon S, Scott L, Plosker G. Escitalopram. A Review of its Use in the Management of Anxiety Disorders. CNS Drugs 2006; 20 (9): 763-790. 2. Zhong H, Haddjeri N, Sánchez C. Escitalopram, an antidepressant with an allosteric effect at the serotonin transporter—a review of current understanding of its mechanism of action. Psychopharmacology (2012) 219:1-13. 3. Murdoch D, Kean S. Escitalopram A Review of its Use in the Management of Major Depressive Disorder. Drugs 2005; 65 (16): 2379-2404. 4. Información para prescribir Afya. 5. Culpepper L. Escitalopram: A New SSRI for the Treatment of Depression in Primary Care. Primary Care Companion J Clin Psychiatry 2002;4:209-214.

Para reportar cualquier sospecha de reacción adversa relacionada al uso de nuestros medicamentos, comunicarse al teléfono 01800 726 3371 o al correo ucfarmacovigilancia@hormona.com.mx