

9. LITIO Y SU USO EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

El litio es un elemento químico que fue descubierto en 1817. Fue utilizado en medicina durante 40 años para tratar enfermedades metabólicas. Sin embargo, hasta esas fechas, no había sido descrito su potencial tóxico y terapéutico (Vallejo, Ruiloba, 1992).

Durante los años cuarenta, después de un siglo de uso, las sales de litio se dejaron de utilizar debido a su toxicidad e ineficacia (Arreguin, Arreguin y Castañon, 1999).

En 1949, Cade, investigó en Australia el efecto del ácido úrico sobre la toxicidad de la urea en animales, utilizando el urato de litio, más soluble, observó que al cabo de dos horas la toxicidad era menor de lo que esperaba. Posteriormente inyectó carbonato de litio en cobayos y encontró que, aunque conscientes, quedaban temporalmente aletargados y sin respuesta a los estímulos. Cade comprobó que la administración oral de litio en pacientes que sufrían enfermedades mentales mejoraba su comportamiento (ibid).

Después de esto, otros investigadores utilizaron el carbonato de litio como sedante eficaz en pacientes con excitación psicótica aguda (ibid).

Así, en 1968 se introdujeron las sales de litio de nuevo para el tratamiento de los trastornos afectivos (Rodríguez, Mardomingo, Velazco, 1997). De esta forma, el litio ha sido considerado como el estabilizador del estado de ánimo más antiguo, más barato y además, el más estudiado en el tratamiento del trastorno bipolar (Chavez-Leon, 2004). Se han observado diferentes efectos secundarios con la administración del litio, especialmente su toxicidad en pacientes con enfermedades cardíacas y renales. Sin embargo, hoy en día se ha comprobado su eficacia específica contra la manía (Arreguin, Arreguin y Castañon, 1999).

El uso del litio no es fácil debido a que, como señalé anteriormente, cuenta con una potencialidad tóxica. Por ello se aconseja manejarlo con riguroso cuidado (León, 1978).

Estudios han mostrado que más del 60% de los pacientes con diagnóstico de psicosis maniaco-depresiva presentan una notable mejoría (León, 1978). De esta forma se ha convertido en el tratamiento de primera línea para dicha enfermedad, caracterizada por cursas con fases de depresión y manía, siendo destacable el riesgo de suicidio.

Algunos autores han documentado que el litio es eficaz en la prevención de recaídas y recurrencias del trastorno bipolar. Hoy diversos estudios apoyan la eficacia profiláctica del litio en las depresiones unipolares (Vallejo, Urretavizcaya, 2002). Gananadesikan, Freeman y Gelenberg (2004), afirman que el litio es la única medicación eficaz para las fases de mantenimiento, ya sea como monoterapia o como parte de una medicación combinada. Además de ser efectivo es económico para muchos pacientes.

El tratamiento típico para pacientes adultos que sufren un trastorno mental moderadamente grave es de una dosis diaria inicial de 1.5-2.0 g. de carbonato de litio por vía oral, pero se debe mantener una dosis en el torrente sanguíneo de 0.8 a 1.5 miliequivalentes por litro. Si se sobrepasa este nivel los efectos secundarios son: calambres abdominales, náuseas, vómito y diarrea, sed extrema, somnolencia, temblor ocasional y, en algunos casos, aumento excesivo de peso. Ahora bien, en cantidades excesivas, puede ocasionar envenenamiento, acentuándose los efectos secundarios mencionados además de llegar a un estado semi-inconsciente de coma (Arreguin, Arreguin y Castañón, 1999).

Se ha encontrado que un 10-15% de pacientes con diagnóstico de depresión unipolar, desarrollarán posteriormente un episodio maníaco. En estos casos, o bien

cuando se sospeche de que así será, se puede planear la utilización de litio en su tratamiento (Vallejo, Urretavizcaya, 2002).

Según León (1978) la depresión endógena no responde muy bien al tratamiento con litio. Ahora bien, en las depresiones con características de manía o unipolares se observa una mejoría relativa, a veces casi tan buena como lo lograrían con medicamentos antidepresivos. En esta misma línea, López (2007), afirma que el litio se utiliza algunas veces para aumentar el efecto de los antidepresivos tricíclicos e IMAO en depresiones unipolares y en aquellos pacientes que no respondan bien al tratamiento con antidepresivos únicamente.

Como antidepresivo, parece ser que el litio es eficaz en pacientes con episodios depresivos muy frecuentes además de ayudar a potencializar la acción de distintos antidepresivos en pacientes cuya depresión sea resistente (Retamal y Fullerton, 1999).

El mecanismo de acción no es claro todavía. Sin embargo, se sabe que presenta efectos sobre los electrolitos y el transporte iónico. Además, está muy relacionado con el sodio, mejorando su transporte a través de la membrana neuronal. Se sabe también, que potencia algunas de las acciones de la serotonina y actúa sobre segundos mensajeros, inhibiendo la despolarización que median las catecolaminas (López, 2007). Al mismo tiempo, Pascuzzo, sugiere que el litio puede inhibir la secreción de noradrenalina y de dopamina desde las terminaciones nerviosas, intensificando la descarga de serotonina y alterando la recaptura y almacenamiento de las catecolaminas.

Pascuzzo (2007) afirma, que más del 70% de pacientes que ingresan a un hospital psiquiátrico son tratados con litio. Según la autora, el litio se puede utilizar en el tratamiento del alcoholismo, los trastornos esquizoafectivos y la agresividad.

Debido a que el litio disminuye la reabsorción de sodio en los túbulos renales, es necesaria una dieta con sal para evitar su disminución, ya que esto podría causar

toxicidad por litio. Además es recomendable beber de dos a tres litros de agua para facilitar la eliminación del litio (López, 2007).

A raíz de la aparición de los nuevos estabilizadores del ánimo, la investigación y el interés clínico sobre el tratamiento con litio han disminuido. Sin embargo, el litio sigue siendo prescrito y considerado un tratamiento efectivo y de primera línea para la mayoría de los pacientes bipolares. Actualmente, los nuevos fármacos utilizados para este trastorno son anticonvulsivantes, entre los cuales se encuentran: carbamazepina, oxcarbamazepina, ácido valproico, valproato, divalproato y recientemente se ha iniciado el empleo de lamotrigina y gabapentina. En general, los pacientes con manía mixta o ciclos rápidos responden mejor a los anticonvulsivantes (a veces asociados a litio) que al litio en monoterapia (Retamal y Fullerton, 1999).