

ESTADOS DE PANICO Y SU TRATAMIENTO

Por *LUIS O. BYRNE**

R E S U M E N

Se presenta dos casos de estado de pánico severo en dos mujeres de 46 y 59 años, ambas con enfermedad cardíaca, tratados con antidepresivos tricíclicos que bloquearon estos ataques. También se usó hospitalización con modificación de la conducta, desensibilización in vivo respecto a su comportamiento evitante, dependiente y fóbico, usando un nuevo Triazolobenzodiazepínico de segunda generación, el Alprazolam, para tratar la ansiedad anticipatoria y como coadyuvante anti-fóbico y anti-pánico, con buenos resultados.

S U M M A R Y

Two cases of female cardiac patients aged 46 and 59 with severe panic attacks treated successfully with tricyclic antidepressants are presented. Additional therapeutical means were also employed favorably including behavior therapy in a hospital milieu, in vivo desensitization for their real avoiding, dependant and phobic conduct, and Alprazolam, a new second-generation triazolobenzodiazepine, to treat anticipatory anxiety and as anti-phobic and anti-panic coadjutant.

PALABRAS-CLAVE: Estados de pánico, tratamiento con tricíclicos y alprazolam, modificación de conducta y desensibilización.

KEY WORDS : Panic attacks, treatment with TAD, alprazolam, behavior therapy and desensitization.

* Department of Psychiatry, University of South Florida, Tampa.

DEFINICION

Los estados de pánico se caracterizan por crecidos súbitos de temor y aprehensión asociados con signos autonómicos múltiples, predominantemente cardio-respiratorios, como temblores, ligereza de cabeza y despersonalización (10). Son ataques recurrentes de ansiedad y nerviosismo, con temor o terror asociado a sensación de desastre inminente (6). Estos pacientes sufren por lo menos de tres ataques en tres semanas en circunstancias que no incluyen ejercicio físico marcado ni que amenazan la vida, ni exposición a un estímulo fóbico u otra causa conocida (1). Incluyen por los menos de los siguientes síntomas: dispnea, palpitaciones, dolor de pecho, sensación de ahogo, mareos, vértigos, sensación de irrealidad, parestesias, adormecimiento de las manos o pies, ondas de calor o frío, sudoración, desmayos, temblores, temor de morir, volverse loco o descontrolarse. Puede o no ir acompañado de agorafobia o temor irracional de exponerse al escrutinio de otros, con humillación y vergüenza (1) en lugares públicos. Ocurren en 1 ó 2% de la población general, aunque no se reconoce con frecuencia.

CONSIDERACIONES GENERALES

Las teorías del aprendizaje y el psicoanálisis, no distinguen los estados de pánico de la ansiedad generalizada. La noción que el estado de pánico es una entidad separada no se acepta en Europa o en el Tercer Mundo pese a su reconocimiento por el DSM-III. Existe evidencia que indica que constituyen una enfermedad metabólica distinta, para la cual hay una vulnerabilidad genética. KLEIN describió su trabajo con pacientes agorafóbicos extremadamente ansiosos resistentes al tratamiento psicoanalítico y a la Clorpromazina; pero observó que la Imipramina, un antidepresivo tricíclico, bloqueaba los ataques espontáneos de pánico, en estos pacientes todavía ansiosos. Muchos de ellos tenían historia de ansiedad de separación y fobia al colegio en la niñez. También se produce preocupación hipocondríaca, sobre todo si el médico les dice que no tienen nada, produciéndose más fobias en lugares en los que experimentaron ataques, aumentando las situaciones de evitamiento. Entre ataques de pánico se desarrolla una ansiedad anticipatoria crónica, con temor de tener otro ataque o "temor de temer".

Con el tiempo esta ansiedad crónica aumenta hasta que se hace global. Cuando el psiquiatra los ve tiene unos doce años de síntomas, con agorafobia, fobias múltiples y ansiedad anticipatoria crónica, se deprimen al no responder a los tratamientos convencionales; esto nos permite entender porqué la agorafobia es una respuesta comprensible al estado de pánico.

SHEEHAN clasifica a la ansiedad en exógena y endógena (11). La primera se desarrolla como respuesta a un stress externo. La segunda representa un temor de origen interno y es una enfermedad metabólica-polisistémica que requiere medicación.

Los ataques de pánico y las fobias múltiples tienen una edad uniforme de inicio que se distribuye entre el fin de la adolescencia y años primeros de la segunda década, lo que ocurre en todas las enfermedades biológicas. En cambio los pacientes con una sola fobia y sin pánico se distribuyen en diferentes edades.

PRUEBA DE INFUSION DE LACTATO

Produce evidencia biológica de la diferencia entre estados de pánico y otros estados de ansiedad. Inicialmente WHITE demostró que los pacientes ansiosos sometidos a ejercicios producían niveles mayores de lactato que sujetos controles.

PITTS y McCLURE infundieron lactato de sodio a pacientes ansiosos y a controles, encontrando que los ansiosos desarrollaban reacciones de pánico cuando recibían lactato de sodio, no así cuando se infundía una solución de glucosa. Una solución de *Lactato de Calcio* disminuía las reacciones de pánico. Esto llevó a la teoría que el lactato induce crisis de pánico alterando el balance del *calcio* de alguna manera (8).

KELLY observó que pre-tratando con inhibidores de la monoamino-oxidasa se bloquea el efecto liberante de ansiedad de la infusión de lactato de sodio. LIEBOBITZ y KLEIN provocaron estados de pánico y ansiedad espontánea con la prueba del lactato, infundiendo una solución de 5 molar por unos 20 minutos hasta que se produzca el pánico. La Imipramina bloquea a éste en dos tercios a tres cuartos de los pacientes.

Los niveles sanguíneos de lactato suben rápido y más alto en pacientes que en controles, sugiriéndose que el lactato se metaboliza en forma diferente, lo mismo ocurre con el piruvato. Los *niveles de calcio* son importantes, ya que se cree que el lactato actúa como un *quelante del calcio*; o sea se combina con él en un complejo que secuestra y liga al metal.

Sin embargo no se ha encontrado diferencia entre los distintos grupos, ya que en todos se produce una reducción estadísticamente significativa del calcio ionizado.

OTROS HALLAZGOS

En el ataque de pánico los niveles sanguíneos de epinefrina se elevan más que en controles la Norepinefrina también; pero moderadamente. En el sujeto control las curvas son planas durante el ataque, la frecuencia cardíaca inicial es elevada en pacientes con pánico (10 versus 60) la *presión diastólica* es más alta, no así la *sistólica*; siendo la primera una medida sensible del disturbio fisiológico que acompaña al pánico.

Los gases venosos indican pH más *elevado* en pacientes que en controles con alcalosis respiratoria, el *PCO₂* y el *bicarbonato* están más bajos que en controles, sugiriéndose un proceso crónico, así como bajos niveles de *fosfato*.

El lactato llevaría al pánico de varias maneras: a) metabólicamente, por hiperventilación y alcalosis respiratoria; b) Físico-químicamente por quelatación del calcio y c) Por alteraciones de los neuro-trasmisores adrenérgicos.

Los pacientes pre-tratados con el betabloqueador Propanolol a quienes se les infundió lactato, tuvieron siempre pánico, aunque la frecuencia cardíaca disminuyó. La *clonidina*, agonista-alfa-2, disminuye el tono simpático y en teoría bloquearía el pánico; aunque el efecto desaparece en el 50% de los pacientes a diferencia de los tricíclicos o inhibidores de la MAO.

MARCADORES BIOLOGICOS

De 43 sujetos con desórdenes fóbicos 5 tuvieron la prueba de la supresión de la Dexametasona o DST anormal, demostrándose que el desorden no se relacionaba a la melancolía (2); sin embargo hay cierta *sobreposición* entre la depresión y la ansiedad, como respuesta común a antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la MAO. Hasta ahora el único antidepresivo ineficaz en los estados de pánico es el Bupropión, un amino-quetona.

ASPECTOS GENETICOS DE LOS ESTADOS DE PANICOS

El estado de pánico es una enfermedad familiar. En 1976 NOYES publicó sus resultados replicando observaciones anteriores, así como hallazgos del estudio de HARVARD en 1951, en el que él y CRAVE encontraron que estos estados son fuertemente familiares (7) ocurriendo el 17% de los pacientes de primer grado con pánico definitivo; pero incluyendo los casos probables el número sube al 25%. En sujetos controles esto fue mucho más bajo. Las *mujeres* estaban afectadas dos veces más que los hombres.

ETIOLOGIA

Mecanismo de protesta y desesperación

La etiología de estos estados es incierta. KLEIN especula que en el cerebro se ha desarrollado un mecanismo que involucra la *protesta de separación* y las *respuestas de desesperación* que describiera BOWLBY. Estudios con animales demuestran que los antidepresivos bloquean la fase de protesta, mientras que otros sedantes hipnóticos y la clorpromazina no lo hacen.

Se ha sugerido un nexo entre los mecanismos de la ansiedad de separación y la actividad de los opiáceos endógenos. La morfina e imipramina bloquean la ansiedad de separación en animales. Los niños con ansiedad de separación severa y fobias al colegio se tratan exitosamente con Imipramina.

TRATAMIENTO

Es diferente que en otros estados de ansiedad (5, 12). El tratamiento agresivo es mandatorio debido a la alta morbilidad asociada con este desorden. NOYES siguió por 40 años a pacientes sin tratar, que murieron de suicidio en forma semejante a la enfermedad depresiva y tuvieron también mortalidad excesiva por enfermedades cardiovasculares.

El psicoanálisis, la psicoterapia de grupo y la psicoterapia que produce "insight" no son más efectivas que el placebo en bloquear los ataques de pánico espontáneos, según SHEEHAN. KLEIN encontró que la *Imipramina* era el agente más efectivo en bloquear estos ataques. Después que aquéllos están bajo control, el paciente todavía tiene ansiedad anticipatoria crónica y comportamiento evitante-dependiente secundario. KLEIN recomendó para ello *terapia conductista in vivo*, que elimina este comportamiento. Las benzodiazepinas ayudan poco a tratar los ataques espontáneos; pero contribuyen algo para la ansiedad anticipatoria, sobre todo en pacientes obsesivos.

Los pacientes fóbicos mixtos, son los que tienen ataques de pánico espontáneo; no así agorafobia masiva.

SHEEHAN describió un grupo con múltiples ataques de pánico y comportamiento polifóbico, 100% de ellos tenían previas consultas médicas para estos síntomas, 70% más de 10 consultas médicas, 95% habían tenido tratamiento psiquiátrico previo, 98% usaron tranquilizantes menores por largo tiempo, acumulando 215 años de psicoterapia semanal; con una media de 3.8 años cada uno y tenían incapacidad total. Ellos usaron placebo, Imipramina o Fenelzina por doce semanas. Ambas drogas bloquearon los ataques de pánico; pero la Fenelzina fue un rehabilitador mejor, ya que también energizaba y motivaba a los pacientes a la vida normal. Los bloqueadores Beta redujeron algunos síntomas; pero no bloquearon con predicción los ataques espontáneos de pánico y el comportamiento evitante-fóbico. SHEEHAN recomendó Alprazolam o Xanax, un triazolobenzodiazepina como tratamiento potencial de elección para los estados de pánico. Por su rápida absorción produce efecto inmediato, en las mujeres se incorpora mejor, su vida media oscila entre 10 y 15 horas.

RELACION CON EL PROLAPSO DE LA VALVULA MITRAL

Varios estudios han sugerido que el prolapso de la válvula mitral es más común en pacientes con estado de pánico. Es una condición en la cual esta válvula se introduce anormalmente dentro de la aurícula izquierda durante la sístole ventricular. Las causas pueden ser: degeneración mixomatosa de la válvula mitral, anomalías del anillo mitral o músculos papilares, hojuelas, cuerdas tendinosas o ventrículo izquierdo. La paciente afectada generalmente es una mujer alta, delgada, de brazos largos y diámetro antero-posterior estrecho. Varios hallazgos sugiere la presencia de *disfunción autonómica* con cambios de la onda ST-T del

electrocardiograma, arritmias auriculares o ventriculares múltiples, que empeoran con el stress emocional, intolerancia ortostática, respuesta anormal del cardiograma al ejercicio, baja capacidad de trabajo, desórdenes del sueño y extremidades frías. Se ha especulado que este prolapso indica un desorden sistémico con anomalías esqueléticas y disfunción del sistema nervioso autonómico. Los pacientes con estado de pánico representarían un grupo con hallazgos fisiológicos semejantes e indicarían una forma funcional o secundaria.

PRESENTACION DE DOS CASOS

CASO 1.— Paciente de 48 años, casada, referida en consulta en el hospital Town N Country de Tampa por un internista el 26 de julio de 1983, debido a mareos, náuseas, ataques de llanto, dificultad para trabajar, dolor y malestar en el pecho, aliviado con nitroglicerina, parte del cual se consideró músculo-esquelético, también ha tenido disfagia, ataques de ansiedad al ir a trabajar lo que produjo su desempleo. Ella ha estado casada cuatro veces, la última vez por diez años; el esposo trabaja. Antes que la viéramos tomó Asendín "Amoxapin" 300 miligramos diarios por varios meses, recetado por el internista, sin mejorar. Tiene temor de tener un ataque al corazón. Se le hizo un diagnóstico anterior de "hipoglicemia" y se la puso con dieta especial. Su esposo tuvo un ataque al corazón recientemente. A ella se le hizo un cateterismo cardíaco en el Hospital General de Tampa, encontrándose 70% de bloqueo coronario; pero sus arterias eran muy pequeñas para cirugía, de modo que le dieron un bloqueador del calcio, el Verapamil 80 miligramos cuatro veces al día; padece también de jaquecas y dolores artríticos, sus reglas se han vuelto irregulares, tiene la idea de que podría estar embarazada tuvo un aborto en 1977. Su primer esposo era un alcohólico y la golpeaba a veces dejándola inconciente. Estuvieron casados trece años. Su padre estuvo en un hospital mental por un año, le aplicaron electrochoques, luego pasó a un asilo de ancianos. Ella tuvo cuatro hijos de su primer matrimonio, un varón de 32 años, una hija de 29 años con la que no se lleva, ésta tuvo una bebe de cinco años criada por la paciente, hasta agosto del año pasado en que se la quitó; la tercera hija tiene 27 años y es lesbiana, lo cual disgusta a la paciente.

El cuarto es otro varón de 25 años que usa drogas. Su madre murió del corazón a la edad de 66 años. Ella teme morir de un ataque al corazón o volverse loca. Un hermano suyo fue operado del corazón haciéndosele "by-pass".

Ella fue admitida al Hospital Psiquiátrico Tampa Heights el 31 de julio de 1983 con diagnóstico de desorden Somatiforme; estado de pánico, reacción de conversión y distímica, personalidad histérica. Se le da de alta el 23 de agosto y es readmitida al día siguiente hasta el 17 de setiembre, debido a una recaída de su condición al irse a la casa, no podía dormir o comer, no contestaba el teléfono, tenía miedo de todo. Cuando se usó Perfenazina no la toleró, produciéndose síntomas parkinsonianos.

El tratamiento consistió en Amitriptilina 150 miligramos diarios en la noche y Alprazolam (Xanax) medio miligramo tres veces al día; también Temazepan para dormir, Verapamil y antiácidos.

Se le hizo relajación con electromiograma y Biofeedback, psicoterapia de soporte y directiva, desensibilización progresiva in vivo. Se le ha seguido mensualmente desde esa fecha hasta el presente, se encuentra muy mejorada, no ha vuelto a tener problemas, ni ataques de pánico o ansiedad; maneja su automóvil, actualmente sale y se queda sola en la casa sin dificultades.

CASO 2.— Es una señora de 59 años, casada, retirada de su trabajo, vista en consulta psiquiátrica el 26 de noviembre de 1983, en el Hospital St. Joseph de Tampa, Sala de Medicina, debido a síntomas de agitación, náuseas; está muy nerviosa y se pasea constan-

temente, no puede sentarse, no ha mejorado con Vistaril o Hydroxizina 50 miligramos intramuscular, que la internista le recetó. Le pusimos Alprazolam medio miligramo tres veces al día e Imipramina 50 miligramos a la hora de dormir, con lo que mejoró. Ella ha sufrido varias experiencias traumáticas recientes, le hicieron cirugía *Cardíaca* de *Bypass* hace dos años, por enfermedad cardíaca-coronaria. Tiene problemas esofágicos, dificultad para pasar, numerosos otros problemas físicos.

Ha estado bajo tratamiento con otro psiquiatra durante los últimos 6 meses, tomando Doxepina 50 miligramos diarios, Limbitrol 10-25 dos tabletas diarias (Librium con Amitriptilina); pero dejó de tomar sus medicinas súbitamente, pensando que ya estaba curada, hace uno o dos meses; es muy sensible a los efectos secundarios de éstas. Su problema nervioso ha empeorado desde su retiro del trabajo, laboraba en la biblioteca de un colegio; renunció hace dos años al enfermarse; su esposo también está retirado y estuvo enfermo. Tiene dos hijos adultos. Siempre ha sido nerviosa, desde que su padre murió cuando tenía dos años y medio de edad.

Esta paciente fue admitida al Hospital Psiquiátrico Tampa Heights, el dos de diciembre de 1983, después que la vi en mi consultorio bien agitada, sintiéndose desamparada, temblorosa, con ataques de ansiedad recurrentes, sin mejorar y culpaba a las medicinas por su empeoramiento. Hace ocho años se le hizo una *histerectomía* completa; también padece de hernia del hiato esofágico con esofagitis y el gastroenterólogo sugirió una gastroscopia: pero ella rehusó este procedimiento por temor a asfixiarse; pensó que no podía tolerar un tubo en la boca. Su fobia a asfixiarse se inició durante la operación hace dos años, cuando se despertó de la anestesia estaba en el aparato respirador y desarrolló una sensación de ahogo, entrando en pánico. A la edad de 7 años tuvo otitis media y para perforar el tímpano se le aplicó anestesia general con máscara de éter, ella no estaba preparada, ni sabía lo que debía esperar, de modo que le fue muy traumático respirar por la máscara, sintiéndose que se ahogaba y que no podía hacerlo, no se durmió de inmediato y desde entonces ha sido miedosa y fóbica.

Tiene también historia de hipertensión arterial, tratada con Prazosin y Potasio, osteoartritis de la columna; para el problema digestivo se le da *Cimetidina* o *Milanta*.

El electrocardiograma mostró cambios inespecíficos de la onda ST-T; las pruebas de laboratorio fueron normales; se queja de pesadez y debilidad de las piernas, inestabilidad al caminar, temblores generalizados, que desaparecen al distraerse, se siente sin esperanzas, depende para todo de su esposo a quien no pierde de vista; teme que nunca va a mejorar, tiene síntomas de conversión, como náuseas, pesadez de las piernas, etc.

Se aumentó la dosis de Imipramina, mejorando gradualmente; se le hace psicoterapia de soporte, desensibilización in vivo, pidiéndole que vaya a su casa y se quede sola por un tiempo, una hora, dos horas, progresivamente crecientes; antes de darle de alta la paciente dijo que las medicinas le producían efectos secundarios desagradables y pidió que las cambien, por ello la pusimos en Perfenazina dos miligramos y Amitriptilina 25 miligramos, para tomar tres veces al día.

Se le dio de alta el 12 de diciembre, muy mejorada. Ha venido a la consulta en mi consultorio semanalmente y después cada dos o tres semanas y ha continuado mejorando durante los últimos 6 meses hasta el presente.

DISCUSION

Estas dos pacientes sufren de "Crescendos súbitos de temor y aprehensión asociados con signos autonómicos múltiples, predominantemente cardio-respiratorios". Ambas padecen de enfermedad cardíaca-coronaria; una de ellas fue operada de "Bypass", lo que precipitó sus ataques de pánico. Ambas han sufrido por lo

menos tres ataques de pánico en tres semanas y tiene 4 de los signos descritos anteriormente, encuadrando dentro del diagnóstico de "estado de pánico". Ambos han estado presas en su casa, dependiendo para todo de sus esposos y al mejorar han vuelto a independizarse, manejar automóvil y poder quedarse solas. Sufriendo de agorafobia, con gran ansiedad de separación regresión y dependencia extrema.

Ambas tienen enfermedad cardíaca arteriosclerótica familiar; esto sugiere que los estados de pánico son también de origen genético y se relaciona a la enfermedad cardíaca.

Ninguna de ellas ha respondido a los neurolépticos como la Clorpromazina, tampoco a los Benzodiazepínicos de primera línea, ni otros tranquilizantes menores; en ambas usamos antidepresivos tricíclicos como la Imipramina por su efecto bloqueador de los ataques de pánico.

La paciente B tuvo historia de ansiedad de separación al morir su padre cuando tenía dos y medio años de edad; ambas tuvieron ansiedad anticipatoria crónica con temor de tener otros ataques o "temor de temer". Este tipo de ansiedad es la que responde al Alprazolam y se la trató exitosamente con esta medicina en ambas pacientes, aunque B tenía mayor intolerancia a las medicinas; ambas tuvieron gran preocupación hipocondríaca, lo que mejoró con el tratamiento, hasta desaparecer.

La paciente A tenía uno o dos años de síntomas reconocidos y peores. La B también dos años, aunque pre-operatoriamente tenía ya tendencias fóbicas que se fueron agravando.

La paciente B parece haber tenido ansiedad exógena de acuerdo a la clasificación de SHEEHAN (11), que se desarrolla como respuesta a un stress extremo; ella tuvo cirugía abierta de corazón, que es un stress intenso, afectando al núcleo mismo de la vida, el corazón, hace dos años, y temor de ahogarse al despertarse en el respirador artificial; también ya había tenido otras experiencias predisponentes a una edad temprana, sufriendo de fobia crónica de asfixiarse. La ansiedad endógena representa un temor de origen interno y es una enfermedad metabólica polisistémica, hereditaria. El padre de la paciente A fue enfermo mental en un hospital psiquiátrico, cuando tenía sesenta y tantos años; su mamá murió de enfermedad cardíaca; de modo que A tenía predisposición a ambas afecciones. La edad de inicio parece ser entre los 17 y los 24 años de edad; lo que no ocurrió en nuestras pacientes; sin embargo ya habían ciertos factores sospechosos de fobias, como lo hemos visto en la presentación.

La paciente A usó Verapamil, un bloqueador del calcio, que se usa como tratamiento de las anginas de componente espástico; actuando como antagonista del Ion calcio al inhibir el flujo transmembranoso de estos iones al músculo liso de las arterias, afectando su proceso contráctil (9), relajando y previniendo el espasmo de la arteria coronaria y reduciendo la utilización de oxígeno.

Se especula sobre la contribución del uso de bloqueadores de calcio en el agravamiento de la ansiedad y ataques de pánico de esta paciente A por los mecanismos mencionados. En contra de efecto alguno parece estar que ella tenía pánico

y mareos antes de usar el Verapamil. De cualquier manera la Imipramina bloquea el pánico en la mayoría de los pacientes.

La paciente A parece estar predispuesta a ambas enfermedades cardíaca y mental por sus padres. Podría especularse que una enfermedad sea el resultado de la otra, por ejemplo la enfermedad cardíaca secundaria al pánico; aunque esto no se ha comprobado científicamente.

La incidencia es doble en mujeres que en hombres. Nosotros hemos visto dos casos en mujeres de 48 y 59 años de edad; y también un caso de pánico en un hombre de 49 años de edad. Un colega peruano sugiere que existe relación entre la depresión y la hipertensión arterial (4). Se sabe que la presión diastólica está elevada durante un ataque de pánico, especulándose que el hipertenso sufriría un terror o estado de pánico crónico y la tendencia a entrar en él fácilmente, como factor predisponente a su hipertensión esencial. Se puede generalizar una relación entre la enfermedad mental, incluyendo depresión, ansiedad y pánico y enfermedad cardíaca como lo sugieren nuestros casos (1).

Ambas pacientes tuvieron ansiedad de separación; regresión, se volvieron muy dependientes de sus esposos mientras estuvieron enfermas; pero esto mejoró cuando su condición se estabilizó, ya que los antidepressivos bloquean la fase de protesta y desesperación descrita por BOWLBY (7).

El tratamiento se hizo de tres agentes: 1) Antidepressivos tricíclicos como la *Imipramina*, recomendada por KLEIN como el agente más efectivo para bloquear los ataques de pánico. 2) Terapia conductista, desensibilización progresiva "in vivo" para eliminar el comportamiento evitante y dependiente secundario y 3) Uso de la segunda generación de Benzodiazepínicos, el Alprazolam que es un Triazolobenzodiazepina para tratar la ansiedad anticipatoria y fóbica de los estados de pánico.

Finalmente la posibilidad de que una de nuestras pacientes haya tenido prolapso de la válvula mitral, es una sospecha que no fue considerada por los cardiólogos. Varios hallazgos sugieren la presencia de difusión autonómica, como cambios de la onda ST-T, arritmias, intolerancia ortostática, baja capacidad de trabajo, desorden del sueño, extremidades frías, parestesias en la paciente B quien también está dentro del tipo somático descrito.

R E S U M E

Deux cas d'état de panique très sévère chez 2 femmes de 46 et 59 ans, présentant une maladie cardiaque. Ces cas ont été traités avec anti-dépressifs tricycliques qui ont bloqué les attaques. On a utilisé également l'hospitalisation avec modification de la conduite, desensibilisation in vivo par rapport au comportement d'évitement, phobique et de dépendance, à l'aide d'un nouveau triazolobenzodiazépinique de seconde génération. On utilise également l'Alprazolam pour traiter l'anxiété d'anticipation ainsi que comme coadjuvant antiphobique et anti-panique avec de bons résultats.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wurden zwei Fälle von schwerer Panik vorgestellt. Diese Fälle wurden mit Tricyclischen Antidepressiva behandelt. Die Patientinnen bekamen ausserdem Verhaltenstherapie und zusätzlich ein neues Präparat (Alprazolam) mit guten ansiolytischer Wirkung.

REFERENCIAS

1. A.P.A. (1982): *Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM III*. p. 108.—
2. CARROLL, B.J. (1982): "Te Dexamethasone Suppressions Test (DST) for Melancholia", *Br. J. Psychiatry*, 140: 292-304.—
3. FRIEDMAN, M. & ROSENMAN, R.H. (1974): *Type A Behavior and your Heart*, Faucett Crest, Greenwich.—
4. HUAPAYA, L. & AMANTH, J. (1979): "La depresión asociada a la hipertensión", *Peruvian American Society Meeting*, Lima, diciembre 16-23, 1979.—
5. KLEIN, D.F. et al. (1978): "Antidepressants, Anxiety, Panic and Phobia". In *Psychopharmacology: A Generation of Progress*, Lipton M.A., DiMascio A. & Killan K.F. (Eds.), Raven Press, New York.—
6. NEMIAH, J. (1980): "Anxiety State (Anxiety Neurosis)". In *Comprehensive Textbook of Psychiatry/III*, Kaplan H.I. et al. (Eds.), Williams & Wilkins, Baltimore, p. 1483.—
7. NOYES, R. CLANCY, J., CRAVE, R. et al. (1978): "The Familial Prevalence of Anxiety Neurosis", *Arch. Gen. Psychiatry*, 35: 1507-59.—
8. PITTS, F.N. Jr. & McCLURE, J.N. Jr. (1967): "Lactate Metabolism in Anxiety Neurosis", *N. Engl. J. Med.*, 277: 1329-36.—
9. Physician's Desk Reference. Medical Economics Co. Oradell, N.J. 1984. p. 1825.—
10. SHADER, R.I., et al. (1962): "Panic Disorders: Current Perspectives", *J. Clin. Psychopharmacol.*, 2: 2-10, Supplement, Dec. 1982.—
11. SHEEHAN, D.V. & SHEEHAN, K.H. (1982): "The Classification of Anxiety and Hysterical States. Part II. Toward a more Heuristic Classification", *J. Clin. Psychopharmacol.*, 2: 386-93.—
12. ZITRIN, C.M., KLEIN, D.F. & WORERNER, M.G. (1978): "Behavior Therapy, Supportive Psychotherapy, Imipramine and Phobias", *Arch. Gen. Psychiatry*, 35: 307-316.