

<http://dx.doi.org/10.17579/RevPatDual.04.8>

Caso clínico

1

ABUSO DE DEXTROMETORFANO EN PATOLOGÍA DUAL

DEXTROMETHORPHAN ABUSE IN DUAL PATHOLOGY

Teresa López-Arteaga

Servicio de Psiquiatría del Área integrada de Talavera de la Reina, Toledo.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de marzo de 2017

Aceptado el 17 de marzo de 2017

Palabras clave: Dextrometorfano, psicosis, abuso, adicción, euforia, alucinaciones

Key words: Dextromethorphan, psychosis, abuse, addiction, euphoria, hallucinations

RESUMEN

Dextrometorfano es un derivado opiáceo sintético presente en formulaciones antitusígenas, que a dosis elevadas, puede utilizarse con fines de abuso-recreativos, ya que actúa inhibiendo la acción excitatoria de la glutamina en el cerebro actuando como antagonista competitivo de los receptores N-Metil-D-Aspartato (NMDA). Parte de los síntomas que esta intoxicación genera, consisten en euforia, alteración de la marcha, la cognición, el habla y la sensopercepción entre otras, generando en ocasiones, estados psicóticos. Existen en la literatura casos sobre consumidores de supradosis de dextrometorfano, pero en este caso enfocamos su repercusión sobre el *autotratamiento* que enfermos de patología dual puedan otorgarle.

ABSTRACT

Dextromethorphan is a synthetic opioid present in antitussive formulations, which at high doses can be used for recreational-abuse purposes, since it acts by inhibiting the excitatory action of glutamine in the brain, it acts as a competitive antagonist of the N-Methyl-D Aspartate (NMDA). Some of the symptoms that this intoxication produces, consists of euphoria, alteration of gait, cognition, speech and sensoperception among others, sometimes generating even psychotic states. There are known cases about consumers of dextromethorphan suplications, but in this case we focus on the self-treatment that patients of dual pathology can grant.

ANAMNESIS

Motivo de consulta

Paciente varón de 54 años que se encuentra en seguimiento en consulta externa de psiquiatría incluido en programa de Trastorno Mental Grave.

Antecedentes

Médicos: sin reacciones alérgicas medicamentosas conocidas. Hepatitis C. Amigdalectomizado, intervenido de pólipos intestinales.

Familiares: hermano consumidor de opiáceos; hermana con trastorno mental; primo hermano fallecido por autólisis.

Patobiografía: varón de 54 años, soltero, padre de un hijo, tercero de una fratria de cuatro hermanos, hijo de inmigrantes, nacimiento, infancia y juventud en el extranjero. Referido por sus hermanos supuestos malos tratos físicos por parte del padre y posible trastorno mental de éste, no diagnosticado. Cuando el paciente contaba 17 años, el padre abandona la familia no volviendo a tener contacto con él. Inicio en ese periodo de

Correspondencia:

mteresala@jccm.sescam.es

primeros síntomas en el paciente, así como inicio en el consumo de sustancias. Estudios secundarios, sin actividad laboral desde hace más de 20 años. Actualmente institucionalizado en Residencia Comunitaria. En proceso de incapacitación civil.

Tóxicos: inicio del consumo de sustancias a los 17 años: cannabis, cocaína, ácido lisérgico, opiáceos y alcohol. Dependencia desde entonces a cannabis y alcohol, en abstinencia desde hace más de 3 años. Mantiene controles semanales de tóxicos en orina en Unidad de Conductas Adictivas.

Psiquiátricos: diagnosticado a los 20 años de Esquizofrenia paranoide, inicia seguimiento en España a partir del año 2000. Desde entonces hasta la actualidad, ha precisado de 16 hospitalizaciones en psiquiatría por reagudizaciones psicóticas, con repercusión conductual grave.

ENFERMEDAD ACTUAL

A lo largo de su evolución, el paciente ha mantenido clínica psicótica activa, con repercusión variable en su ánimo y conducta. No es capaz de determinar qué comenzó antes, si los delirios o el consumo de sustancias, pero sí relaciona ambos sucesos con el abandono por parte de su padre a los 17 años. A los 20, es diagnosticado de Esquizofrenia paranoide y la temática de su delirio se ha mostrado sin cambios desde entonces.

El contenido central de su psicosis consiste en la comunicación con seres superiores, extraterrestres, que se encuentran en otra dimensión a modo de deidades, que le indican qué debe o no hacer en su vida. Para la comunicación con estos seres, dispone de un despliegue de aparatos electrónicos portátiles que siempre lleva encima, así como un sistema de cableado no operativo en su habitación. En algunas ocasiones, ha referido que uno de estos seres superiores era su padre y, que al comunicarse con ellos, también le informan de cómo está él o de lo que opina. Explica que le tienen asignado un plan, pero que no puede desvelarlo. Conocen su pensamiento y pueden comunicarse con él hablándole, a través de señales en el entorno o mediante telepatía.

Sus hermanos han permanecido en el extranjero, de manera que él se trasladó al pueblo de origen de sus padres, junto con su madre octogenaria, de la cual se ha hecho cargo hasta que la limitación funcional de ella, hizo que precisara de ingreso en residencia geriátrica. A su vez, el paciente fue trasladado a dispositivo residencial para supervisión diaria por falta de autonomía en actividades instrumentales, hace 5 años. Según ha ido empeorando el estado físico de su madre, el paciente empezó a presentar signos de depresión, con referencia a la falta de sentido de su existencia sino vivía su madre y, que muriendo podría intentar alcanzar esa dimensión en la que puede que esté su padre.

Desde su regreso a España no ha presentado consumos de alcohol, cocaína, opiáceos, ni anfetaminas. Sí ha mantenido el consumo de cannabis hasta hace tres años, momento en que se ingresa en residencia y realiza los controles semanales. En estos tres años, se ha observado el uso en un inicio, y abuso/dependencia en la actualidad, de dextrometorfano. El paciente suele ingerir con una frecuencia de cada 3 semanas, unos 200ml a lo largo de un solo día. El consumo ha empeorado a lo largo del último año, siendo en los últimos 6 meses una rutina trisemanal, la cual justifica como método de evasión y como antidepresivo. Describe que siente cómo puede percibirse más así mismo, como es más consciente de su alrededor y que le sirve como catalizador para poder comunicarse con los extraterrestres, no cómo hace diariamente, sino, que a la vez que le recriminan esos consumos, le permiten acceder *“a una burbuja metálica en la que hay un hombre dentro vestido de blanco que maneja toda el cuadro de mandos...yo quiero poder hablar con él pero nunca llego a hacerlo, los otros me despiertan antes y no quieren que esté allí”*. En los últimos dos meses ha presentado varias visitas a urgencias por crisis hipertensivas en el contexto de consumos de dextrometorfano. En cuanto a esto, explica posible fenómenos de tolerancia, ya que antes podía alcanzar esa *“otra dimensión”* con menos dosis, pero que ahora es más frecuente que escuche cómo las alucinaciones le ordenan que no lo haga, que no consuma por su bien. A pesar de no conseguir el cuadro sensorio-perceptivo y la disociación deseada, refiere que sí obtiene una ligera mejoría respecto la tristeza basal, con evasión de sus preocupaciones y olvido de las ideas de muerte.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

En los 15 primeros días tras abuso de dextrometorfano: confuso, desorientación parcial en tiempo, no en espacio ni persona. Labilidad emocional, fluctuación afectiva a lo largo del día, con predominio de la disforia. Latencia pregunta-respuesta aumentada, con ayuda de idioma auxiliar para poder completar el discurso, con tangencialidad en el mismo. Bradipsiquia. Persistencia de clínica delirante y fenómenos formales del pensamiento, así como alteraciones sensorio-perceptivas, pero suspicaz, paranoide, temeroso de poder ser descubierto en sus pensamientos, sin permitir hablar de los mismos. Sin verbalización de ideas de muerte ni activas ni pasivas. Compromiso de abstinencia superfluo.

Pasados 16 días del abuso: sin confusión, orientado en las tres esferas, mejor contacto, mantiene adecuadamente el hilo conductor de la conversación, con latencia pregunta-respuesta adecuada, sin disnomias ni otras alteraciones del lenguaje, es capaz de no usar idioma auxiliar como ayuda en sinónimos. Ánimo depresivo, con apatía y tendencia abandonica.

Persistencia de clínica delirante, trastornos formales del pensamiento, pero siendo capaz de hablar de ello y explicar sus alteraciones sensorio-perceptivas, con juicio de la realidad intacto sobre las mismas. Ideas de muerte, sin planificación autolítica estructurada. Crítica de las intoxicaciones de dextrometorfano, con conciencia de enfermedad al respecto, pero argumentando con justificaciones en la mejora de su estado anímico el riesgo de consumos próximos.

DIAGNÓSTICO

Esquizofrenia paranoide.

Episodio depresivo grave.

Dependencia a fenciclidina (o sustancias de acción similar).

Dependencia a cannabis en remisión sostenida en ambiente controlado.

Dependencia a alcohol en remisión sostenida en ambiente controlado.

PLAN TERAPÉUTICO

Ya que el paciente reside en institución comunitaria y presenta adecuada supervisión, y por el riesgo de desamparo en caso de fallecimiento de la madre, se acordó con el paciente iniciar proceso de incapacitación, con el fin de controlar sus gastos e ingresos y, así evitar compras en farmacia de sustancias disociativas. Además, el paciente tiene previsto derivación a Unidad de Media Estancia con el fin de trabajar la conciencia de enfermedad sobre el riesgo de los consumos, la propia clínica psicótica basal y el riesgo autolítico ante la fragilidad de la salud de la madre (relacionado directamente con el ánimo y consecuente abuso de dextrometorfano del paciente). Mientras mantiene seguimiento quincenal en consulta externa de Psiquiatría y realiza controles de tóxicos en orina en Unidad de Conductas Adictivas.

Respecto al tratamiento farmacológico, se mantienen dosis diarias de 300mg de clozapina, 400mg de amisulpiride, 20mg de paroxetina y 150mg de bupropion. En su última hospitalización se suspendió el tratamiento con clozapina y se sustituyó por neuroleptico depot, no aceptándolo el paciente y no obteniendo mejoría significativa, por lo que se reintrodujo clozapina. Presenta clínica psicótica encapsulada, refractaria a tratamiento, en la que, tras tan larga evolución, el paciente hace uso de su contenido de pensamiento en función de sus circunstancias vitales, por lo que creemos más oportuno mantener tratamiento farmacológico estable e intentar modificar los factores ambientales.

DISCUSIÓN

Dextrometorfano (DXM) es un derivado opiáceo sintético, usado por vía oral como agente antitusígeno desde la aprobación para su comercialización por la FDA en 1954 y, en 1958 en España. Su comportamiento farmacológico es dosis dependiente¹.

Se han comunicado casos sobre intoxicaciones y abuso no intencional del fármaco a finales del siglo XX, pero a partir del siglo XXI se exponen de forma más frecuente, informes sobre su uso intencional-recreacional de dosis supraterapéuticas, lo cual se data como un problema en aumento en la población adolescente americana, por sus efectos euforizantes, bajo precio y facilidad en adquirirlo². La intoxicación accidental o autoprovocada por DXM puede generar clínica psicótica, tanto en pacientes con antecedentes psiquiátricos previos^{2,3}, como en aquellos libres de psicopatología premórbida⁴⁻⁶. A su vez, existen en la literatura científica, casos sobre la asociación de DXM y síndrome serotoninérgico⁷, DXM e ideación suicida⁸ y riesgo de incremento de la violencia e incluso tendencias homicidas⁹.

A dosis altas, el DXM se ha identificado como antagonista competitivo de los receptores N-Metil-D-Aspartato (NMDA)¹⁰, en estructuras límbicas y corticales (acción compartida con fenciclidina y ketamina) responsables de los efectos estimulantes y disociativos y, actividad serotoninérgica. Debido a esta similitud con la ketamina, se ha propuesto la hipótesis de su potencial como antidepresivo¹¹. El inconveniente en la obtención de estos efectos consiste en que las dosis requeridas pueden ser tóxicas, como en el caso que precede, ya que para alcanzar euforia y experiencias extrasensoriales se precisaría de dosis generadoras de crisis hipertensiva en nuestro paciente.

Se establecen distintas fases según los efectos clínicos alcanzados y la dosis implicada:

Primera fase: dosis de hasta 2,5mg/Kg, efectos euforizantes, marcha inestable y alteraciones leves del lenguaje. *Segunda fase:* dosis de hasta 7,5mg/Kg, principalmente afectación de la sensorio-percepción: visión estroboscópica, alucinaciones visuales, ilusiones, disociación del dolor, el equilibrio y la propiocepción¹. Se identifican estos signos con el llamado síndrome de Alicia en el país de las maravillas, más documentado en relación a intoxicaciones accidentales en casos pediátricos¹². *Fase transicional:* en el 70% de los casos experiencia de aislamiento sensorial. *Tercera fase:* dosis de hasta 15mg/Kg, anestesia sensorial, incoordinación motora, alteración cognitiva mayor que en fases previas. *Cuarta fase y superiores:* dosis mayores de 15mg/Kg, experiencias cercanas a la muerte o fuera del cuerpo, psicoticismo, contacto con "seres superiores: alien, espíritus, dioses"¹.

4

El DXM puede producir, de forma infrecuente, dependencia¹³. En nuestro caso, si podríamos considerarlo como tal, al verbalizar el paciente la necesidad del consumo y la frecuencia reglada con patrón regular cada tres semanas, así como la tolerancia de que describe. A pesar de ser un derivado opioide, se ha optado por el diagnóstico de dependencia a fenciclidina, por la similitud en los efectos.

El efecto de un tóxico en cada individuo dependerá de su propia variabilidad individual, pero no debemos olvidar el riesgo que fármacos homologados en el mercado pueden representar, tanto para población general, como pacientes con riesgo de dependencia/abuso de sustancias, así como con patología dual comórbida. En el caso expuesto se observa como el uso no indicado de DXM, aparentemente un antitusígeno libre de prescripción por facultativo, ha sido utilizado con el paciente como “autotratamiento” de su clínica depresiva más la autoinducción de clínica psicótica como forma de abstracción de su situación vital del momento.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez-Mateos D. Dextrometorfano. En: Dolengevich Segal H, Gómez-Arnau Ramírez J, Rodríguez Salgado B, Sánchez-Mateos D. Nuevas Drogas Psicoactivas. 1ªed. Madrid, Entheos; 2015. p. 305.
2. Alam LY, Nelson A, Bastiampillai T. Cough syrup psychosis: Is it under-recognised? Aust N Z J Psychiatry. 2013; 47: 1209-10. doi: 10.1177/0004867413495927.
3. Okland T, Shirazi M, Rylander M, Holland J. A Case of Aggressive Psychosis in the Setting of Regular Dextromethorphan Abuse. Psychosomatics. 2016; 57: 655-656. doi: 10.1016/j.psych.2016.06.002.
4. Price LH, Lebel J. Dextromethorphan-induced psychosis. Am J Psychiatry. 2000; 157: 304. Available at <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.157.2.304>
5. Jamison SC, Vasudeva S. A 60-year-old woman with agitation and psychosis following ingestion of dextromethorphan and opioid analgesics. J Psychopharmacol. 2009; 23: 989-91. doi: 10.1177/0269881108092125.
6. Miller SC. Dextromethorphan psychosis, dependence and physical withdrawal. Addict Biol. 2005; 10: 325-7. doi: 10.1080/13556210500352410
7. Monte A, Chuang R, Bodmer M. Dextromethorphan, chlorphenamine and serotonin toxicity: case report and systematic literature review. Br J Clin Pharmacol. 2010; 70: 794-8. doi: 10.1111/j.1365-2125.2010.03747.x
8. Modi D, Bhalavat R, Patterson JC 2nd. Suicidal and homicidal behaviors related to dextromethorphan abuse in a middle-aged woman. J Addict Med. 2013; 7: 143-4. doi: 10.1097/ADM.0b013e318281a547
9. See comment in PubMed Commons below Logan BK, Yeakel JK, Goldfogel G, Frost MP, Sandstrom G, Wickham DJ. Dextromethorphan abuse leading to assault, suicide, or homicide. J Forensic Sci. 2012; 57: 1388-94. doi: 10.1111/j.1556-4029.2012.02133.x. Epub 2012 Apr 26.
10. Reissig CJ, Carte LP, Johnson MW, Mintzer MZ, Klinedinst MA, Griffiths R. High doses of dextromethorphan, an NMDA antagonist, produce effects similar to classic hallucinogens. Psychopharmacology. 2012; 223: 1-15. doi: 10.1007/s00213-012-2680-6
11. Lauterbach EC. Dextromethorphan as a potential rapid-acting antidepressant. Med Hypotheses. 2011; 76: 717-9. doi: 10.1016/j.mehy.2011.02.003
12. García Camiño E, Bonet de Luna C. Del mareo al “País de las Maravillas”. Rev Pediatr Aten Primaria vol.15 no.58 Madrid. 2013
13. WHO expert committee on drug dependence thirty-fifth meeting. Dextromethorphan pre-review report. Hammamet, Tunisia, 4-8 June 2012. Available at http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/5.1Dextromethorphan_pre_review.pdf?ua=1