

Dependencia a ketamina y cocaína: Reporte de un caso.

Ketamine and cocaine dependence: A case report.

James Amaro¹, Joel Salinas², Carlos Ordóñez³.

RESUMEN

Presentamos un caso de un paciente varón de 21 años de edad, quien tiene una historia de consumo de sustancias psicoactivas, con criterios de dependencia a cocaína y ketamina, además de probables desórdenes psiquiátricos relacionados. La ketamina es un anestésico considerado dentro de las *drogas de club*, produce un cuadro de dependencia severo y su uso se ha incrementado en los últimos años. (*Rev Neuropsiquiatr 2010;73:62-65*).

PALABRAS CLAVE: Ketamina, cocaína, dependencia, TDAH.

SUMMARY

We report a case of a 21 years old male patient, who has a history of psychoactive substance use, with cocaine and ketamine dependence criteria, and also probable related psychiatric disorders. Ketamine, is an anesthetic considered within the *club drugs* that produces a frame of severe dependence and its use has increased in recent years. (*Rev Neuropsiquiatr 2010;73:62-65*).

KEY WORDS: Ketamine, cocaine, dependence, ADHD.

¹ Médico-Psiquiatra. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Hospital Hipólito Unanue. Lima, Perú.

² Médico-Psiquiatra. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

³ Médico-Psiquiatra. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Jefe del Departamento de Adicciones, Hospital Hermilio Valdizán. Lima, Perú.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un varón de 21 años, soltero, con secundaria completa, desocupado, natural y procedente de Lima, con un tiempo de enfermedad de 8 años, de inicio insidioso y curso progresivo y crónico.

El paciente inició el consumo de alcohol a los 13 años con una frecuencia de 3 veces por semana que en ocasiones era hasta embriagarse. Progresivamente desde los 15 años empezó a reducirlo llegando actualmente a beber sólo ocasionalmente.

A los 14 años, cuando cursaba el tercer año de secundaria, comenzó a fumar de 8 a 10 cigarrillos de marihuana al día, siendo su último consumo a los 15 años. Iniciando a esa edad de forma esporádica el uso de clorhidrato de cocaína. Entre los 17 y 18 años, gradualmente lo incrementó hasta 8 g/día, consumo que luego redujo. A los 20 años consumía cada 30 días junto con otras sustancias psicoactivas. Asimismo, a los 15 años inició el consumo esporádico de GHB (gama hidroxibutirato), MDMA (éxtasis), LSD (dietilamida de ácido lisérgico), peyote, san pedro, toloache (hierba alucinógena que contiene atropina, hiosciamina y escopolamina) y algunos psicotrópicos (levomepromacina y trihexifenidilo).

A los 17 años inició el uso de ketamina inhalando 500 mg 2 veces por semana por un lapso de 3 meses (frasco de ketamina de 0,5 y 1 g/10ml), a los 18 años incrementó su consumo vía intramuscular a 500 mg/día. Desde los 20 años usa exclusivamente ketamina, la mayoría de veces en compañía de amigos, en la calle y en fiestas "raves". Según refiere el paciente, consigue la sustancia a través de un amigo que labora en un centro veterinario. A los 21 años (6 meses antes de acudir al hospital) el consumo de ketamina se incrementó a 2500mg intramuscular todos los días, dividido en 5 dosis al día. Ha presentado disfunción familiar y conductas disociales, tales como, no respetar las normas familiares, vender sus pertenencias, sustraer objetos del hogar e intercambiar drogas: "trapichear", sin embargo, no ha tenido problemas legales.

El paciente describe los efectos del consumo de ketamina de la siguiente manera: "siento que soy Dios, un ente, como si el universo estuviera a mi servicio, tengo el control de las cosas... veo a un hombre de negro que me persigue... escucho voces que me llaman, en ocasiones he perdido la noción del tiempo,

he aparecido en lugares distantes... cada vez necesito más dosis para estar en ese estado". En algunas oportunidades cuando se inyectó más de 600 mg por dosis describe: "siento que estoy muriendo, veo gente muerta, como si ya no fuera yo, llegué al K-hole..." (estado referido por consumidores, que se presenta con fenómenos disociativos y perceptuales). Estos síntomas duraban de 2 a 3 horas luego de aplicarse una dosis de ketamina.

Todo lo anterior motivó que sea llevado por la madre a Consulta Externa del Hospital Hermilio Valdizán (enero de 2009), iniciando el manejo ambulatorio con asistencia irregular, sin lograr detener el consumo de ketamina, presentando apetencia marcada, heteroagresividad, ansiedad severa, delusiones paranoides y alucinaciones visuales. Luego de 3 meses de manejo ambulatorio frustrado se decidió hospitalizarlo (abril de 2009). A los 23 días de internamiento los familiares solicitaron el alta, continuando su manejo de forma ambulatoria, nuevamente con asistencia irregular. El paciente usó ketamina (1000 mg) en junio de 2009 y abandonó el tratamiento en agosto de 2009.

Durante su hospitalización de 3 semanas refirió tener deseos de consumo de ketamina ("tengo mucha ansiedad que a veces no controlo"), recuerdos y sueños de consumo "inyectándome ketamina", también manifestó: "me dan ganas de golpear a mi padre, porque él se portó mal conmigo", "en la calle siento como que la gente me mira", "en ocasiones escucho voces que me dicen que consuma", "quiero realizar muchas actividades".

En cuanto a sus funciones biológicas, el sueño era adecuado con medicación, el apetito estaba disminuido, llegando a perder 10 kg de peso desde el inicio del consumo de ketamina.

Respecto a los antecedentes, el paciente nació de parto eutócico. Su madre refiere que en su niñez era "demasiado inquieto y muy distraído, nunca terminaba las tareas escolares en casa, se movía de un lado a otro, pero era inteligente, siempre se salía con la suya". Culminó la secundaria en un colegio no escolarizado, posteriormente estudió algunos cursos de pintura.

El paciente vive con su madre y ha tenido varios cambios de domicilio. Trabajó muy esporádicamente en empresas de servicios y luego estuvo desocupado como consecuencia del consumo de ketamina.

El paciente estuvo hospitalizado a los 17 años en un instituto de salud mental durante 45 días de forma coercitiva por consumo de clorhidrato de cocaína, al mes del alta clínica inició consumo de ketamina y abandonó el tratamiento.

No hay antecedentes familiares de relevancia, a excepción del padre que tuvo un consumo disfuncional de alcohol y abandonó el hogar cuando el paciente tenía 6 años.

Al examen físico, lo relevante fue un aspecto adelgazado y un índice de masa corporal de 19,2.

Al examen mental, se encontró al paciente orientado en tiempo, espacio y persona, colaborador con la entrevista, con regular higiene personal, facies embotada e inquietud. Su ánimo era irritable, había ansiedad marcada y deseos de consumo. El lenguaje era coherente y finalístico. Presentaba delusiones paranoides y alucinaciones auditivas y visuales esporádicas. Se evidenció distraibilidad, déficit en la capacidad de abstracción y en la memoria anterógrada, y nula conciencia de enfermedad.

Los exámenes auxiliares (27/04/09), incluyeron metabolitos de marihuana y cocaína (negativo), EEG (normal) y exámenes hematológicos y bioquímicos (dentro de límites normales).

El tratamiento consistió en: risperidona 4 mg/día, ácido valproico 1 g/día y pregabalina 300 mg/día; psicoeducación y manejo conductual de prevención de recaídas.

Los diagnósticos que se plantearon fueron: dependencia a ketamina y cocaína; y a considerar trastorno de hiperactividad con déficit de atención y esquizofrenia paranoide.

DISCUSIÓN

Se trata de un paciente varón de 21 años de edad con una historia de abuso y dependencia a múltiples sustancias, con 8 años de evolución, caracterizado por conductas impulsivas y aumento de la actividad motora. Con una historia desde la niñez de marcada hiperactividad motora, desatención y conductas impulsivas, compatible con el diagnóstico de trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) sin tratamiento. En la literatura no se reporta una relación causal entre el TDAH y abuso de sustancias, sin

embargo, existen reportes de aumento en la prevalencia de alcoholismo y abuso de sustancias en estos pacientes. La preferencia por algún tipo de sustancia se correlaciona principalmente con la desatención en la infancia. También se comunica un mayor tiempo de abuso y significativamente menores tasas de remisión del consumo de sustancias psicoactivas en el TDAH (1). Por lo tanto, la presencia de TDAH actuaría como factor de riesgo para inicio temprano, mayor tiempo de abuso y mal pronóstico de la conducta adictiva en este paciente.

La literatura describía hasta hace pocos años que no había dependencia física a ketamina pero informes recientes y una serie de casos mostraron la presencia de un síndrome de abstinencia caracterizado por intranquilidad, ansiedad marcada, síntomas psicóticos, hiperactividad autonómica, pesadillas y sueños de consumo (2). Observamos estos síntomas de abstinencia en el paciente, además el uso compulsivo y desarrollo de tolerancia, consumiendo hasta 600 mg por dosis ó 2500 mg al día. No se evidenció en el paciente síntomas cardíacos, estado confusional, alteración del habla y midriasis que se reportan con el uso de 100 a 200 mg ketamina en individuos que llegan intoxicados a la emergencia (3). Por lo expuesto estamos ante la presencia de un paciente que cumple criterios para dependencia a ketamina, la cual aun no cuenta con tratamiento de eficacia comprobada.

La ketamina es un anestésico de uso veterinario y en países en vías de desarrollo aún se usa en humanos. El uso como droga recreativa generó una serie de debates y actualmente está considerada dentro de las *club drugs* (4). La ketamina a dosis subanestésicas actúa como antagonista en el sitio PCP del receptor NMDA lo cual produce fenómenos psicopatológicos tales como: delusiones, alucinaciones, experiencias disociativas y perceptuales caracterizadas por sensaciones de “consistencia corporal” (como si fuese de plástico o madera), distorsiones grotescas de forma y tamaño de partes del cuerpo, sensación de ser ingrátido y flotar en el aire, visiones de colores, ausencia de registro del tiempo, repentina conciencia del ser y la naturaleza de las cosas, sensación de pertenecer a la esencia de las cosas y experiencias extracorpóreas (5).

Los síntomas del uso de ketamina son dosis-dependientes existiendo un fenómeno interesante a dosis altas catalogado como “experiencias cercanas a la muerte” (vistas en estados de hipoxia o en personas muy graves), referidas como sensación de paz y

serenidad, separación corporal, transitar por un mundo oscuro, emerger en un túnel de luz con observación de figuras de la historia personal (6). Parece ser que estas experiencias tienen un importante efecto reforzador para el uso de ketamina y se han atribuido al bloqueo de los receptores NMDA en su sitio PCP, receptores AMPA y sigma, ya que experiencias similares se producen con moléculas análogas. Por otro lado, se postula que hay una liberación de endorfinas que inhibirían las neuronas glutamatérgicas por efecto de la ketamina (6).

El paciente al momento de ser atendido presentaba sintomatología psicótica probablemente debida a una vulnerabilidad previa sumada al uso compulsivo de ketamina, que habría actuado como desencadenante. Vale la pena recalcar que la ketamina en voluntarios sanos a dosis de 0,5 mg/kg produce delusiones y alucinaciones transitorias (de 2–3 horas de duración) y en pacientes con esquizofrenia exacerba los síntomas positivos (5).

CONCLUSIONES

Se presentó un paciente adulto joven, con TDAH sin tratamiento, el cual desarrolló policonsumo de sustancias psicoactivas, y que finalmente usaba exclusivamente ketamina con características de dependencia, lo cual probablemente desencadenó un trastorno psicótico. Es importante identificar los nuevos

tipos de drogas que se están consumiendo en nuestro país por el subsecuente riesgo de producir trastornos mentales y la necesidad de intervenir adecuadamente.

Correspondencia:

James Amaro.
Hospital Hipólito Unanue.
Av. César Vallejo 1390. El Agustino.
Lima, Perú.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fitzgerald M, Bellgrove M, Gill M. Handbook of attention deficit hyperactivity disorder. England: John Wiley and Sons Ltda; 2007. p. 418-419.
2. Dillon P, Copeland J, Jansen K. Patterns of use and harms associated with non-medical ketamine use. *Drug Alcohol Depend* 2003; 69:23-28.
3. Weiner A, Vieira L, Mckay C. Ketamine abusers presenting to the emergency department: a case series. *J Emerg Med* 2000; 18:447-451.
4. Degenhardt L, Dunn M. The epidemiology of GHB and ketamine use in an Australian household survey. *The Int J Drug Policy* 2008; 19: 311-316.
5. Copeland J, Dillon P. The health and psychosocial consequences of ketamine use. *The Int J Drug Policy* 2005; 16:122-131.
6. Jansen K. Neuroscience and the near-death experience: Roles for the NMDA-PCP receptor, the sigma receptor and the endopsychosins. *Med Hypotheses* 1990; 31: 25-29.