

CASOS CLÍNICOS

Paciente consumidor de cannabis

Patient consuming cannabis

FERRER, M.*, MATALÍ, J.**, RONCERO, C.*** Y CASAS, M.****

*Médico Adjunto de Psiquiatría. Programa de Psiquiatría del Adolescente y Adulto Joven. Servei de Psiquiatría. Hospital Universitari de la Vall d'Hebron. Barcelona.

**Psicólogo clínico. Programa de Psiquiatría del Adolescente y Adulto Joven. Servei de Psiquiatría. Hospital Universitari de la Vall d'Hebron. Barcelona.

***Médico Psiquiatra. Profesor Asociado. Universidad Autónoma de Barcelona. Bellaterra. Barcelona.

****Jefe de Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari de la Vall d'Hebron. Barcelona. España.

RESUMEN: Objetivo: Conocer el caso clínico de una paciente diagnosticada de astenia crónica y fibromialgia, que acude a un servicio de psiquiatría para tratamiento antidepresivo y en la que se observa consumo de cannabis de 4-5 unidades/día.

Material y métodos: Se efectúa una adecuada historia clínica de la paciente, realizando un diagnóstico según criterios DSM-IV-TR.

Resultados: La paciente se diagnostica trastorno depresivo mayor y se inicia una intervención psicoeducativa para reducir el consumo de cannabis. Posteriormente presenta unos síntomas compatibles con síndrome de abstinencia a cannabis, que ceden a las 3 semanas. A los 2 meses hay una remisión casi completa de los síntomas depresivos y una atenuación notable de los dolores osteomusculares.

Conclusiones: Teniendo en cuenta que los estados depresivos y ansiosos disminuyen el nivel de tolerancia al dolor, se debería reconsiderar el diagnóstico de síndrome de fatiga crónica y el de fibromialgia y teniendo en cuenta que en la pacien-

te no se cumplen aspectos propios de estas enfermedades.

PALABRAS CLAVE: Consumo de cannabis. Depresión. Síndrome de abstinencia a cannabis. Fatiga crónica. Fibromialgia.

ABSTRACT: Objectives: To study the case report of a patient diagnosed as having Chronic Asthenia and Fibromyalgia, who attends a psychiatric surgery to treat depression and in which the consumption of 4-5 units per day of cannabis is observed.

Material and methods: An adequate clinical history of the patient is made, carrying out a diagnosis with DSM-IV criteria.

Results: The patient is diagnosed with Major Depressive Disorder and a psycho-educational intervention is begun to reduce the cannabis consumption. The patient later shows symptoms compatible with the cannabis abstinence syndrome which disappear after three weeks. After two months there is an almost complete remission of the depressive symptoms and a notable decrease in the osteomuscular pains.

Conclusions: Taking into account that the states of depression and anxiety decrease tolerance levels to pain, the diagnosis of Chronic Fatigue Syndrome and Fibromyalgia will have to be reconsidered, taking into account that in the patient, aspects pertaining to these illnesses are not present.

KEY WORDS: Cannabis consumption. Depression. Cannabis abstinence syndrome. Chronic fatigue. Fibromyalgia.

Correspondència:

M. FERRER
Servei de Psiquiatría
Hospital Universitari de la Vall d'Hebron
Passeig de la Vall d'Hebron, 118-129
08035 Barcelona. España
E-mail: maferrer@vhebron.net

Recibido: 07.03.05

Aceptado para su publicación: 06.07.05

Este artículo se ha realizado gracias a la ayuda para el desarrollo de Redes Temáticas de Investigación Cooperativa, Red de Trastornos Adictivos G03/005, Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III.

Motivo de consulta: paciente mujer de 24 años, que acude a nuestro Consultas Externas De Psiquiatría, derivada del Servicio de Reumatología, con una demanda de ajuste de tratamiento antidepressivo.

Antecedentes:

— Antecedentes familiares: Madre diagnosticada y tratada por un cuadro de Trastorno Distímico. Sin otros antecedentes familiares filiados.

— Antecedentes personales somáticos: diversas consultas a neurólogos y reumatólogos por cuadros de algias osteomusculares con discreto predominio en hemicuerpo derecho y astenia, cuya intensidad ha aumentado en los últimos meses, así como la discapacidad funcional subjetiva. Se realiza resonancia magnética (RM) craneal, donde no se observan elementos patológicos. Diagnosticada de astenia crónica y fibromialgia reumática. Desde hace 2 años en tratamiento con diversos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), metamizol, relajantes musculares benzodiazepínicos y citalopram hasta 20 mg/día.

Sin otros antecedentes destacables. No refiere alergias conocidas a fármacos ni otras sustancias.

— Antecedentes personales psiquiátricos: nunca ha recurrido a ningún dispositivo de salud mental, ni público ni privado. Admite consumo puntual de alcohol, cannabis y tabaco relacionado con reuniones sociales. Niega consumo de otros tóxicos así como presencia de clínica psicótica relacionada a consumo de cannabis.

— Aspectos psicobiográficos: la madre niega alteraciones durante el parto y desarrollo somatopsíquico.

Buen rendimiento escolar hasta el final de secundaria (18 años). Posteriormente, interrumpe los estudios e inicia trabajos esporádicos que abandona por las quejas somáticas señaladas.

Bien adaptada socialmente. Mantiene una relación de pareja estable desde hace aproximadamente 4 años.

Convive con los padres. Es la primera de 2 hermanos. Refiere buena relación con los distintos miembros de la familia de origen.

La definen como de carácter extrovertido, alegre y siempre dispuesta a ayudar a los demás.

Exploración psicopatológica: hábito asténico pero aspecto cuidado y sin evidencias de déficit alimentarios graves. Consciente y orientada auto y alopsíquicamente. Déficit mnésico subjetivo. Discurso prolijo. Contacto marcado por la distancia e inadecuación afectiva y por no considerar oportuna la valoración psiquiátrica. Eutimia subjetiva, humor reactivo. Sin alteraciones ni en el curso ni el contenido del pensa-

miento. Sin alteraciones de la sensopercepción. Inquietud psicomotriz. Quejas somáticas difusas y astenia. Sin conciencia adecuada de enfermedad psíquica.

Enfermedad actual: la paciente refiere que en los últimos 3 años la adaptación en las distintas esferas se ve condicionada por la presencia de los dolores osteomusculares difusos y por la astenia, cada vez más intensa. Abandona la natación, donde obtenía resultados notables, y los estudios, con un rendimiento previo situado en la media del resto de compañeros de clase. Forma parte de una asociación de enfermos de fibromialgia, a la cual acude y participa de manera pasiva, al no encontrarse cómoda entre pacientes con una edad notablemente superior a la suya. Actualmente no trabaja y se dedica a cuidar de su abuelo enfermo de demencia tipo alzheimer y de la madre de la pareja que también presenta un deterioro cognitivo severo. A lo largo de la entrevista se consigue un contacto más sintónico con la paciente y se cita para una segunda valoración psiquiátrica a la cual acudirá sin la madre.

Evolución: en la segunda entrevista la paciente reconoce un consumo diario de cannabis en los últimos 2 años. En los últimos 6 meses aproximadamente el consumo aumenta hasta una cantidad de 4-5 unidades/día. Habitualmente consume sola en su domicilio ya que la mayoría de amigos no consumen. Refiere que considera útil el uso de cannabis para atenuar la ansiedad basal, por su situación personal, para disminuir la intensidad de las algias y para conciliar el sueño. La paciente refiere un insomnio con predominio de despertar precoz y una notable inquietud matutina que aminora a lo largo del día. Refiere que dicha ansiedad ha aumentado en los últimos meses así como las algias, presentando un nuevo síntoma: déficit mnésico subjetivo contextualizado en un déficit para mantener unos adecuados niveles atencionales. Paralelamente, ha aumentado el consumo de cannabis. Admite que sus actividades diarias no encajan ante el nivel de adaptación que presentaba antes del inicio del proceso, pero asume su situación a base de considerar su situación como irreversible.

Se procede a una primera intervención psicoeducativa en relación con el consumo de cannabis. Después de las reticencias iniciales, la paciente acepta una reducción, manteniendo el consumo de 1 unidad/día¹.

A los quince días de la segunda entrevista, la paciente acude a la entrevista, en la cual destaca una mayor irritabilidad. La paciente reconoce una actitud disfórica en los últimos días. Ha aumentado la clínica depresiva, y presenta un despertar precoz y una ansie-

dad matutina más intensa con signo epigástrico, pérdida del apetito general, pero con consumos tipo atracción de productos con azúcares, y una importante labilidad afectiva². Refiere haber mantenido el pacto terapéutico con consumo de una sola unidad de cannabis al día que la pareja ratifica. Durante la entrevista, presenta un episodio de desbordamiento en la cual refiere haber sido víctima de abusos sexuales por parte de su padre desde los 10 a los 16 años. Verbaliza que existe un pacto de silencio en la familia. Refiere haber superado este hecho y haber perdonado a su padre. Se reconduce la intervención reforzando la necesidad de abstinencia a cannabis señalando la relación causal entre la intensificación de la clínica y la abstinencia del tóxico. Se le ofrece un tratamiento puntual con diazepam hasta la próxima visita. La paciente se tranquiliza y acepta mantener la abstinencia completa, y se pacta una entrevista a las 3 semanas.

Cumplido el período, la paciente refiere una disminución progresiva de la irritabilidad en la última semana así como la necesidad de atracones alimentarios. Ha precisado diazepam 5 mg en 2 ocasiones en la primera semana de abstinencia. Se realiza un urinoanálisis que resulta negativo para tóxicos. La clínica depresiva se mantiene con los elementos endógenos de marcada mejoría vespertina del humor y un insomnio importante con despertar precoz. Presenta una desesperanza intensa y unas ideas de muerte poco estructuradas. Se insiste en la necesidad de mantener la abstinencia, se aumenta el tratamiento antidepressivo (citalopram hasta 30 mg/día) y se añade lorazepam 1 mg/noche³.

Aproximadamente a los 2 meses de la última visita, la paciente se mantiene abstinenta del consumo de cannabis, está eutímica y presenta, en global, una remisión casi completa de la clínica depresiva con una atenuación notable de los dolores osteomusculares. Persiste cierta sintomatología de ansiedad en relación con aspectos económicos pero empieza a tener y acudir a entrevistas de trabajo. Está pensando, a su vez, en reiniciar, en un período posterior, los estudios. En relación con los abusos sexuales de la infancia y la adolescencia, es capaz de hablar espontáneamente del tema en la entrevista, con un discurso crítico y con una adecuada repercusión afectiva.

Con relación al tratamiento psicofarmacológico, se consiguió una remisión parcial con citalopram hasta 30 mg/día y posteriormente se añadió mirtazapina hasta 30 mg/noche³. Psicoterapéuticamente, se ha realizado psicoeducación en el contexto de un abordaje de características cognitivo-conductuales. Se retiró el lorazepam sin dificultades.

El médico adjunto (**M**) y el médico residente (**R**) analizan conjuntamente la pauta de orientación diagnóstica y de manejo terapéutico, mientras se desarrolla el siguiente diálogo.

M: ¿Qué conclusiones se pueden extraer de esta paciente?

R: Se trata de una paciente compleja en la cual se pueden destacar distintos aspectos. Existe una importante circunstancia estresante que se desarrolla durante la adolescencia pero que no repercute de manera notable en su adaptación general hasta los últimos años de este período y el inicio de la edad adulta. En este momento, se instaura un síndrome depresivo que provoca una clínica tanto psíquica como somática y que aumenta progresivamente de intensidad. La paciente inicia consumo de cannabis en el contexto citado anteriormente, y progresivamente pasa a ser continuado y precisa el consumo diario. Paralelamente, en los últimos meses, se instaura una clínica depresiva clara con criterios DSM-IV-TR de trastorno depresivo mayor, y aumenta el consumo de cannabis de manera notable.

M: ¿Qué se conoce sobre la abstinencia de cannabis?

R: En el DSM-IV-TR no se reconoce el diagnóstico de síndrome de abstinencia a cannabis. Los síntomas se han descrito cuando se consumen dosis muy altas de cannabis («heavy users»). Los más frecuentes son: disforia, irritabilidad, inquietud, temblor, náuseas, sudoración, anorexia, insomnio. El tiempo de vida media del cannabis hace que el síndrome sea de escasa intensidad y pueda ser clínicamente significativo durante un período de aproximadamente 1 semana². No suele precisar tratamiento específico.

M: En relación con la historia de la paciente, ¿se puede plantear la existencia de un síndrome de abstinencia en esta paciente?

R: Una vez aceptada e iniciada la retirada del consumo de cannabis aparecen unos nuevos síntomas compatibles con el descrito y controvertido síndrome de abstinencia a cannabis². Cuando ha transcurrido un tiempo suficiente de abstinencia, desaparecen los elementos clínicos que, de manera transversal, se podrían haber considerado como síntomas depresivos atípicos y quedan evidentes unos síntomas depresivos con criterios de endogenicidad que, si bien en una primera valoración ya podían inferirse, en este momento son

muy claros. Este cuadro se trata aumentando el inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina, citalopram, hasta 30 mg/día y posteriormente se potencia el tratamiento antidepressivo con mirtazapina hasta 30 mg/día, buscando, entre otros, un efecto antagonizador del receptor alfa2 presináptico³.

M: Una vez realizada la orientación diagnóstica, ¿qué se podría argumentar en relación con los dolores osteomusculares?

R: Después de los diagnósticos que se han formulado, se deberá reconsiderar el diagnóstico de síndrome de fatiga crónica y el de fibromialgia⁴, teniendo en cuenta aspectos propios de estas enfermedades como

la atipicidad de la edad del inicio (19 años) y el no presentar los puntos dolorosos característicos, sobre todo en la cintura escapular y pélvica. Asumiendo la existencia inicial de las algias, se debe tener en cuenta que los estados depresivos y ansiosos suponen una disminución del nivel de tolerancia al dolor. A este nivel, no queda claro el papel analgésico que se ha relacionado con los derivados cannábicos, ya que la destacada incapacidad funcional comunicada en la primera entrevista seguramente tiene un origen psicógeno. En una segunda fase de seguimiento y orientación diagnóstica, se deberá tener en cuenta elementos caracteriales de base, que se puedan ubicar en el clúster B y que, en un futuro, pudieran suponer nuevos elementos psicopatológicos⁵.

Bibliografía

1. Dennis M, Godley S, Diamond G, et al. The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. *J Subst Abuse Treat*. 2004;27:197-213.
2. Budney AJ, Hughes JR, Moore BA, Vandrey R. Review of the Validity and Significance of Cannabis Withdrawal Syndrome. *Am J Psychiatry*. 2004;161:1967-77.
3. Lieberman JA, Greenhouse J, Hamer RM, Krishnan KR, Nemeroff CB, Sheehan DV, et al. Comparing the Effects of Antidepressants: Consensus Guidelines for Evaluating Quantitative Reviews of Antidepressant Efficacy. *Neuropsychopharmacology*. 2005;30:445-60.
4. Frankenburg FR, Zanarini MC. The association between borderline personality disorder and chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and costly forms of health care utilization. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:12.
5. Skodol AE, Gunderson JG, Pföhl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry*. 2002;51:936-50.