

CASO CLÍNICO

Ketamina y trastorno bipolar

I. MORÁN SÁNCHEZ^A, M.M. DE LA CRUZ RECIO^B Y A. DE CONCEPCIÓN SALESA^C

^aCentro de Salud Mental. Cartagena. Murcia. España.

^bHospital Universitario San Juan. Alicante. España.

^cHospital Psiquiátrico Román Alberca. Murcia. España.

RESUMEN. Objetivo. El antagonista del N-metil-D-aspartato (NMDA), ketamina, es un compuesto químico que se utiliza en humanos y animales como anestésico. Aunque se ha descrito también un uso con fines de abuso, que está aumentando en frecuencia, es escasa la información científica disponible sobre los trastornos mentales derivados de su uso.

Material y métodos. Se describe el caso de un paciente consumidor de ketamina que presenta un cuadro maniforme. El paciente era un varón de 35 años.

Resultados. Las características del cuadro clínico (manía franca cuya duración e intensidad excede los efectos esperables por una intoxicación por ketamina) son compatibles con diagnóstico de trastorno bipolar tipo III y 1/2. La sintomatología se controla con la combinación de antipsicóticos y litio. En las revisiones se mantiene controlado con la medicación.

Conclusiones. La mayoría de las publicaciones de trastornos psiquiátricos derivados del uso de ketamina hacen referencia a trastornos psicóticos sin componente afectivo. Las complicaciones psicóticas y/o maníacas no son infrecuentes y suelen ceder en el plazo de 24-72 horas. La persistencia del cuadro más allá de las 8 semanas indica la exacerbación de un trastorno psicótico de base, como ocurre en nuestro paciente.

PALABRAS CLAVE: ketamina, trastorno bipolar, tratamiento.

Ketamine and bipolar disorder

ABSTRACT. Objectives. The N-methyl-D-aspartate (NMDA) antagonist, ketamine, is an anaesthetic drug used in human and veterinary practice. Although recreational usage as a club drug has also been reported and it is increasing its frequency, there is limited scientific information about mental disorders caused by ketamine use.

Material and methods. The authors describe a patient's case of ketamine consumer with a manic episode. The patient was a male aged 35.

Results. The clinical picture (second manic episode with a length and intensity higher than effects of ketamine intoxication) make us to diagnose bipolar disorder type III and 1/2. The symptoms disappear with antipsychotic drugs and lithium treatment. The patient tends to be asymptomatic with medication.

Conclusions. Most scientific reports about ketamine mental disorder are about psychotic disorder without affective component. Psychotic and manic pictures are not infrequent and finish in 24-72 hours. If the symptomatology persists more than 8 weeks, we have to consider a mental disorder exacerbation, as occurs in our patient.

KEY WORDS: ketamine, bipolar disorder, therapeutics.

Introducción

La ketamina es un compuesto químico de la familia de las arilciclohexilaminas utilizado en humanos y animales como anestésico. Ejerce su acción antagonizando los receptores N-metil-D-aspartato (NMDA) del glutamato. Debido a sus acciones psicodélicas, su uso ilícito ha venido aumentando en los últimos años en fiestas de música electrónica¹.

Correspondencia:

I. MORÁN SÁNCHEZ
Centro de Salud Mental Cartagena.
Calle Real, 8.
30201 Cartagena. Murcia. España.
Correo electrónico: Inmosa77@hotmail.com

Recibido: 24-01-2008

Aceptado para su publicación: 01-04-2008

La información científica que se tiene sobre los efectos adversos derivados de su uso con fines de abuso es limitada, y los problemas derivados de su consumo tienen escasa repercusión asistencial en los centros de atención a drogodependientes en nuestro país, pero se sabe que puede tener fatales consecuencias incluso con una sola dosis.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 35 años que ingresa trasladado desde otro hospital por alteraciones de conducta. No presenta antecedentes somáticos de interés. Como antecedentes psiquiátricos destacamos un ingreso previo en el 2005 por manía secundaria a consumo de ketamina, sustancia que consume desde el año 1999. Tiene también antecedentes de consumo de alcohol, cocaína y cannabis. Ha ido abandonando sucesivamente el consumo de estas sustancias a excepción del cannabis, que es casi diario. No ha seguido revisiones posteriores ni tratamiento ambulatorio, pero constatamos un cuadro depresivo con abulia marcada y retraimiento de un año de duración, que cedió sin tratamiento. La personalidad de base es hipertímica. Presenta buen ajuste socio-laboral, es asesor de grupos de trabajo de grandes empresas. Como antecedentes familiares destacamos abuelo materno suicidado y abuelo paterno epiléptico.

El paciente es recogido por la Guardia Civil en la autopista tras haber sufrido un accidente de tráfico. Refiere que se iba de vacaciones a otro país. Según el informe de derivación, fue atendido por la mañana en el hotel donde residía por intoxicación por ketamina. Permanece dos días en otro hospital en estado de agitación secundaria a intoxicación. Al parecer, se había mantenido abstinentes para ketamina tras el último ingreso e iba a comenzar un nuevo trabajo; reinició el consumo de ketamina en cantidades no precisadas hacía unas semanas.

La analítica general era normal salvo GOT 42 y GPT 45. Hormonas tiroideas normales. Tóxicos en orina positivos para anfetaminas y hachish. Serología negativa para virus de la hepatitis B (VHB) y C (VHC), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y lúes. El electroencefalograma (EEG) y la tomografía computarizada (TC) craneal resultaron normales.

A la psicoexploración está consciente, orientado en espacio y persona y desorientado parcialmente en tiempo (falla día y año). Está inquieto pero no agitado, con humor expansivo, verborreico y con distraibilidad. Presión del habla ligeramente aumentada. Res-

ponde a las preguntas de forma circunstancial y espontáneamente refiere ideación megalomaniaca (es gurú, con capacidades infinitas y nos pide le paguemos una cantidad por la gente que cure para donarlo a organizaciones no gubernamentales) e ideación de filiación (es el jefe de seguridad del rey, el agente 008, controla por GPS sus movimientos). Hace juegos de palabras con la palabra ketamina y dibuja en un papel cómo se transforma su nombre en dicha palabra. Niega insomnio los días previos y también niega aumento del consumo. Actitud paranoide (nos pide cerrar la puerta para que no nos capten los micrófonos que le espían de todas partes). Nula conciencia de enfermedad psíquica.

Con todo lo anterior emitimos un juicio clínico de trastorno del estado de ánimo inducido por fenciclidina de inicio durante la intoxicación (F19.8).

Tras instaurar tratamiento con antipsicóticos y litio, ceden progresivamente las ideas delirantes, la distraibilidad y la expansividad anímica. Durante las entrevistas se aprecia buen nivel intelectual, se trabaja la necesidad de revisiones y tratamiento de mantenimiento, así como la conciencia de enfermedad y la necesidad de abstinencia absoluta a tóxicos. El paciente muestra buena disposición y motivación para el cambio. Al alta se encuentra tranquilo, abordable, colaborador, con el tono vital normalizado, eutímico, sin síntomas psicóticos y con planes pragmáticos.

En las sucesivas revisiones ambulatorias el paciente se mantiene eutímico, adaptado socio-laboralmente y abstinentes. Las litemias se han mantenido estables en 0,8 en el último año.

Tabla 1. Clasificación del espectro bipolar según Akiskal

| | |
|--------------|---|
| Tipo I | Depresiones alternando con manías |
| Tipo I y ½ | Depresiones alternando con hipomanías duraderas no destructivas |
| Tipo II | Depresiones alternando con hipomanías |
| Tipo II y ½ | Depresiones alternando con hipomanías breves (en 2 ó 3 días) |
| Tipo III | Hipomanía asociada a tratamiento antidepresivo, fotoluminoterapia y TEC |
| Tipo III y ½ | Excitación asociada a adicciones (alcohol, estimulantes) |
| Tipo IV | Depresiones tardías asentadas sobre un temperamento hipertímico |

TEC: terapia electroconvulsiva.

Tomada de Akiskal HS et al⁴

Discusión

La mayoría de las publicaciones de trastornos psiquiátricos derivados del uso de ketamina hacen referencia a trastornos psicóticos sin componente afectivo. Las complicaciones maníacas no son infrecuentes y suelen ceder en el plazo de 24-72 horas. La regla es la recuperación completa en 4-6 semanas con o sin tratamiento antipsicótico. La persistencia del cuadro más allá de las 8 semanas indica la exacerbación de un trastorno mental de base^{2,3}.

En nuestro paciente las características del cuadro clínico (segundo episodio maníaco franco cuya duración

e intensidad exceden los efectos esperables por la intoxicación ketamínica) y los antecedentes de un cuadro depresivo sobre la caracteriopatía hipertímica de base nos hacen pensar en un trastorno bipolar tipo III y 1/2 siguiendo la clasificación de Akiskal⁴ (tabla 1). Una vez más una correcta anamnesis y una visión longitudinal del cuadro clínico nos permitirá no pasar por alto una enfermedad con opciones terapéuticas y profilácticas de eficacia altamente demostrada.

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Bibliografía

1. Martínez Arbolea S, Vila Rodríguez F. Ketamina y manía. En: Gándara JJ, editor. Casos clínicos de residentes en Psiquiatría 5. GlaxoSmith-Kline; 2003. p. 105-9.
2. Jansen KL. A review of non medical use of ketamine: use, users and consequences. *J Psychoactive Drugs*. 2000;32:419-33.
3. Pomarol-Clotet E, Honey HD, Murray GK, Corlett PR, Absalom AR, Lee M. Psychological effects of Ketamine in healthy volunteers. *Br J Psychiatry*. 2006;189:173-9.
4. Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, Post R, Möller H, Hirschfeld R. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord*. 2000;59 Suppl 1:S5-30.