

CASO CLÍNICO

Presentación de diferentes trastornos psicopatológicos en la dependencia de alcohol y cocaína

J.J. ÁVILA ESCRIBANO^a Y R. VILLA DÍEZ^b.

^aPsiquiatra. Unidad de Alcoholismo. Consorcio Hospitalario de Salamanca. Salamanca. España.

^bResidente de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

RESUMEN. Objetivo. Analizar la importancia que la dependencia conjunta de alcohol y cocaína tiene en la presentación de diferentes trastornos psicopatológicos.

Material y métodos. Se describe el caso de un paciente que solicitó una consulta en la unidad de alcoholismo por presentar dependencia de alcohol y cocaína. Asimismo, se mencionan los datos más relevantes que se observaron durante los 6 años en que el paciente estuvo en seguimiento.

Resultados. A pesar de los diferentes tipos de abordaje terapéutico utilizados (desintoxicación hospitalaria y tratamiento ambulatorio), el paciente estuvo abstinento de alguna de las sustancias durante cortos períodos de tiempo. Durante el seguimiento presentó dos episodios que fueron diagnosticados como trastorno bipolar tipo dos. Además, presentaba un trastorno del comportamiento sexual, etiquetado como parafilico, cuyas primeras manifestaciones precedieron al consumo de drogas y se manifestaba clínicamente bajo su efecto.

Conclusiones. El consumo de alcohol y cocaína incrementa la morbilidad psiquiátrica y empeora el pronóstico de la dependencia de ambas sustan-

cias, el abordaje terapéutico es más complejo y el cumplimiento terapéutico es menor.

PALABRAS CLAVE: alcohol, cocaína, dependencia, trastorno bipolar, trastorno sexual, parafilias.

Psychopathologic disorders in a patient with alcohol and cocaine dependence

ABSTRACT. Objective. To analyze the importance that both alcohol and cocaine dependence have in the appearance of different psychopathological disorders.

Material and methods. The authors describe a patient's case who demanded a consult in the alcoholism unit to treat alcohol and cocaine dependence. They also mention the most important data they observed during the six-year treatment of the patient.

Results. The patient was treated with various kinds of therapeutic approaches (hospital detoxification, outpatient treatment) and he was off alcohol and/or cocaine for short periods of time. In the follow-up the patient had two events which were diagnosed as bipolar disorder, type two. He also had a sexual disorder labelled as paraphilias, which first symptoms appeared before drug use and at the present moment this disorder shows with drug taking.

Conclusions. The alcohol and cocaine taking increases the psychiatric morbidity and the dependence prognosis of both substances is worse, the therapeutic approach is more complex and the compliance with the treatment is lesser.

KEY WORDS: alcohol, cocaine, dependence, bipolar disorder, sexual disorder, paraphilias.

Correspondencia:

J.J. ÁVILA ESCRIBANO
C/ Toro, 84-90, 3.º D.
37002 Salamanca. España.
Correo electrónico: javilae@chsaludmental.com

Recibido: 10-4-2007

Aceptado para su publicación: 27-05-2007

Introducción

La presencia de trastornos psiquiátricos asociados al consumo de drogas ha adquirido tanta relevancia en los últimos años que ha supuesto la aparición de una nomenclatura específica para denominar tales situaciones. Así han surgido términos como comorbilidad y trastorno dual, entre los que existen algunos matices diferenciales. Algunos autores^{1,2} emplean el término comorbilidad para designar la presencia de dos o más trastornos psiquiátricos en un mismo sujeto, reservando el término de «trastorno dual» cuando coexisten un trastorno por uso de drogas y un trastorno psiquiátrico. Estos mismos autores, para evitar confusiones conceptuales, han propuesto los términos de «comorbilidad heterotípica» para referirse a la coexistencia de dos o más trastornos psiquiátricos de diferente grupo diagnóstico (por ejemplo, dependencia de alcohol y depresión) y «comorbilidad homotípica» cuando coexisten dos o más trastornos psiquiátricos pertenecientes al mismo grupo diagnóstico (dependencia de alcohol y benzodiacepinas, por ejemplo). El caso clínico que presentamos a continuación es un ejemplo muy ilustrativo, pues en él concurren los dos tipos de comorbilidad (homotípica y heterotípica) sobrepasando ampliamente el término de trastorno dual, como se emplea en la actualidad.

Por una parte, el paciente presenta dependencia del alcohol y la cocaína cuya prevalencia es la más importante entre los trastornos por abuso de sustancias, y por otra, ha tenido episodios hipomaniacos en el curso evolutivo de su drogodependencia y presenta trastornos de la conducta sexual (parafilias).

Caso clínico

Motivo de consulta

Se trata de un paciente varón de 31 años que solicitó ayuda por primera vez en febrero del año 2000 porque deseaba abandonar el consumo de cocaína y alcohol.

Enfermedad actual

Refería que durante el último año había consumido cocaína, por vía nasal, en dosis de medio gramo cada 2 días. Los fines de semana incrementaba la dosis y la frecuencia del consumo. A veces, intentaba estar varios días sin consumir, pero estos períodos nunca habían sido superiores a los 10 días y, por otra parte,

presentaba episodios de consumo diario, de manera que se daba cuenta de que estaba perdiendo el control sobre esa sustancia. Al día siguiente del consumo se sentía triste, decaído y con apatía. En cuanto al consumo de alcohol, el paciente manifestaba que diariamente consumía alcohol en cantidades moderadas (500 cc de cerveza, 200 c.c. de vino y 100 c.c. de licores). También los fines de semana el consumo se incrementaba (500 c.c. de vino y 300 c.c. de licores). En ocasiones, principalmente en el último año, había tenido sudoración profusa, náuseas matutinas, vómitos biliosos y temblor en las manos; nunca había tenido síntomas de polineuropatía o palimpsestos. Generalmente comenzaba bebiendo alcohol y después consumía cocaína, pero también solía consumir solamente cocaína.

Su conducta adictiva estaba deteriorando las relaciones afectivas con la mujer con la que convivía. En el último año había contraído deudas por un valor superior a los diez mil euros y su rendimiento laboral era deficiente por la existencia de frecuentes ausencias injustificadas del trabajo.

Historia del consumo de drogas

El alcohol fue la primera droga que probó cuando era estudiante (19-20 años) y lo consumía los fines de semana (500 c.c. de licores); posteriormente el consumo se hizo diario (varios vinos y cervezas) y en los últimos 3 años incrementó la cantidad. Entre los 22 y 26 años consumió anfetaminas que usaba, al principio, para estudiar, y después para divertirse el fin de semana, llegando a consumir entre 2 y 5 comprimidos cada vez. Entre los 26 y 27 años consumió *speed* por vía nasal durante el fin de semana. A partir de los 27 años comenzó a consumir cocaína, siempre por vía nasal y durante el fin de semana los primeros años hasta hace un año, cuyo patrón de consumo ya ha sido descrito. Manifestaba que el consumo de cocaína siempre había estado muy condicionado por su actividad y prácticas sexuales.

Sexualidad

Desde los 12-13 años hasta la actualidad ha mantenido relaciones homo y heterosexuales a pesar de tener pareja estable (mujer) desde hace varios años. Sus prácticas sexuales han consistido en tríos, prácticas sadomasoquistas en las que él suele adoptar el papel de víctima, prácticas sexuales vestido de mujer y relaciones con transexuales. Es cliente habitual de los *sex-shops* y posee gran cantidad de material pornográfico

(películas, revistas, lencería y todo tipo de artículos eróticos). Realiza estos juegos sexuales solo o con su pareja. Afirma que la cocaína le desinhibe y le permite mantener este tipo de prácticas.

Datos biográficos

Nació en un pueblo de Vizcaya en donde pasó su infancia y los primeros años de su adolescencia. Por razones laborales la familia tuvo que cambiar su domicilio a otra ciudad, terminando en ésta los estudios de BUP. Posteriormente realizó estudios de diplomatura en la Universidad hasta su finalización. Su situación laboral siempre ha sido muy inestable, pues ha tenido múltiples trabajos con contratos temporales o a tiempo parcial. Convive con una mujer desde hace cinco años y había tenido anteriormente otras parejas. Se define como bisexual «porque de las mujeres se enamora y de los hombres no», aunque mantiene relaciones homosexuales. Carece de antecedentes somáticos de interés y nunca anteriormente había consultado con profesionales de salud mental.

Antecedentes familiares

Su madre está en tratamiento con antidepresivos actualmente y en el pasado consumió anfetaminas, durante diez años, para adelgazar. El padre es bebedor social y su abuela y bisabuela materna eran alcohólicas. Es el segundo de dos hermanos y mantiene relaciones distantes con su familia, de manera que desconocen los problemas psicopatológicos que presenta el paciente.

Exploraciones complementarias

A lo largo de estos años se le han practicado en diferentes ocasiones diversas pruebas biológicas (hemograma, bioquímica de sangre con perfil hepático, marcadores de hepatitis B y C y anticuerpos del virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]) que estaban dentro de la normalidad, excepto las transaminasas, que en alguna ocasión estuvieron ligeramente elevadas (GOT: 60; GPT: 102; GGT: 89).

Evolución

Desde que inició el tratamiento, la evolución del consumo de drogas se ha caracterizado por períodos de abstinencia de varias semanas hasta 3-4 meses de duración, bien de alcohol o de cocaína, nunca de am-

bas sustancias a la vez. Asimismo, el cumplimiento terapéutico ha sido muy errático e irregular.

En julio del año 2004, después de llevar 1 mes abstinerente de alcohol y cocaína, presentó un cuadro caracterizado por nerviosismo, inquietud, hiperactividad, verborrea, irritabilidad, insomnio, desinhibición y múltiples compras de escasa utilidad, motivo por el que acudió a Urgencias en dos ocasiones ese mes. Antes de la aparición del cuadro tenía prescrito disulfirán 250 mg al día y clorimipramina 37,5 mg al día. Este cuadro clínico fue diagnosticado de trastorno bipolar tipo dos, por lo que se le prescribió olanzapina 15 mg al día y carbamazepina 1.200 mg al día, y se le suspendió la clorimipramina. Tres meses más tarde presentó un cuadro depresivo (llantos, tristeza, cansancio, somnolencia, desgana, etc.) que precisó un reajuste terapéutico: retirada del neuroléptico e instauración de clorimipramina (75 mg al día). Se mantuvo abstinerente de alcohol y cocaína durante 4 meses.

En noviembre del año 2005 ingresó para desintoxicación, y en el informe de alta se describe que «los días previos al alta se muestra verborreico, hiperactivo, con disminución de las horas de sueño y labilidad emocional». Se interrumpieron los antidepresivos y se instauró tratamiento con olanzapina 20 mg al día y lamotrigina 50 mg al día. Unos días después del ingreso recayó en el consumo de ambas drogas, situación que se ha mantenido hasta la actualidad. Su estado de ánimo se ha caracterizado por inestabilidad con fluctuaciones entre el polo depresivo e hipomaniaco.

Diagnóstico

Dependencia de cocaína y alcohol. Trastorno bipolar tipo II. Trastorno sexual (parafilias).

Tratamiento

El tratamiento ha estado enfocado a conseguir y mantener la abstinencia de alcohol y cocaína el mayor tiempo posible con aversivos del alcohol (disulfirán, principalmente) y fármacos que alivien el deseo de consumir drogas (topiramato, concretamente) y corregir las fluctuaciones de su estado anímico con neurolépticos atípicos (olanzapina), estabilizadores del humor (carbamazepina, lamotrigina) y antidepresivos (clorimipramina, escitalopram y fluoxetina). El tratamiento que sigue en la actualidad consiste en escitalopram 20 mg al día, topiramato 100 mg al día, lamotrigina 100 mg al día y lorazepam 10 mg al día.

Discusión

En primer lugar, el paciente presentaba un trastorno por dependencia de alcohol y cocaína, aunque era esta última la que mayores problemas le acarrea y el motivo de su consulta. El consumo conjunto de ambas sustancias es muy frecuente. Algunos estudios epidemiológicos, como el estudio NERSAC (*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Disorders*), señalan que el 79% de las personas con dependencia/abuso de cocaína presenta un trastorno por uso de alcohol². El estudio anteriormente citado pone de manifiesto que la cocaína era la droga que estaba más poderosamente asociada a los trastornos por uso de alcohol (*odds ratio* [OR] = 19,2)².

Las razones que aparecen mencionadas más frecuentemente en la literatura científica para explicar el consumo conjunto de ambas sustancias son: conseguir una mayor duración e intensidad del efecto euforizante de la cocaína, disminuir la sedación y las alteraciones psicomotoras provocadas por el alcohol y aliviar la disforia ocasionada por la abstinencia de la cocaína^{3,4}.

El mecanismo principal responsable de estos efectos es la formación de cocaetileno. El cocaetileno es el éster etílico de la benzoilecgonina, que posee efectos psicotropos similares a la cocaína. El consumo de alcohol y cocaína origina niveles más elevados de cocaína en sangre, reduce la concentración de benzoilecgonina y se detecta la presencia de cocaetileno que representa el 20% de la cocaína ingerida^{3,4}. Asimismo, se ha comprobado que el cocaetileno se une al transportador de la dopamina, bloqueando la recaptación de la misma e incrementando su concentración en el espacio presináptico en el núcleo accumbens, por lo que potencia los efectos fisiológicos y psíquicos de la cocaína tales como euforia, hiperactividad, aumento de la frecuencia cardíaca, incremento de la presión diastólica, hiperprolactinemia e incremento de la adrenocorticotropina (ACTH)^{3,4}.

Además, diferentes estudios han señalado que las personas que consumen alcohol y cocaína tienen un peor pronóstico, mayor frecuencia de enfermedades físicas y mayor morbilidad psiquiátrica^{5,6}.

En el caso clínico descrito se puede comprobar que la evolución no ha sido satisfactoria, independientemente del dispositivo terapéutico utilizado (ambulatorio y hospitalario), y se ha caracterizado por períodos cortos de abstinencia y mal cumplimiento terapéutico.

En el momento actual, el paciente no padecía trastorno somático alguno causado por su conducta adictiva. Presentaba una discreta elevación de las enzimas hepá-

ticas (GOT, GPT y GGT) que correspondía, probablemente, más a su elevado consumo de alcohol que a una posible alteración estructural hepática de otra naturaleza. Asimismo, los marcadores de la hepatitis B y C eran negativos, lo mismo que los anticuerpos del VIH.

La comorbilidad psiquiátrica en pacientes con dependencia a la cocaína es muy alta. Algunos estudios⁷ han señalado que el 70% de éstos presentan diferentes trastornos psiquiátricos como depresión, trastorno bipolar y ciclotimia, trastornos de ansiedad, fobias, paranoia, personalidad antisocial y trastorno por déficit de atención^{7,8}. Estos mismos autores señalan que los trastornos afectivos (depresión y trastorno bipolar), trastornos de ansiedad, generalmente en forma de crisis de pánico, y la paranoia son secundarios al consumo de cocaína, pueden persistir muchos meses después de abandonar el consumo de esta sustancia y derivan del daño cerebral ocasionado por esa droga, mientras que los trastornos fóbicos, el trastorno por déficit de atención y la personalidad antisocial preceden a la dependencia. Majewska⁹, basándose en diferentes estudios neurorradiológicos cerebrales realizados con tomografía por emisión de positrones (PET), tomografía computarizada por emisión de fotones simples (SPECT) y resonancia magnética (RM), ha señalado que el consumo prolongado de cocaína provoca un estado de hipofrontalidad y disfunción de los núcleos de la base del cerebro que se manifestaría por diversos síntomas psicopatológicos como déficits cognitivos que afectan a la atención, abstracción y solución de problemas, anergia y anhedonia y en algunos casos serían el origen de los trastornos mencionados anteriormente.

El segundo aspecto que hay que destacar del cuadro clínico es el comportamiento sexual del paciente, caracterizado por relaciones homosexuales que se acompañaban de diversas conductas parafilias, realizadas siempre bajo los efectos de la cocaína. Una interpretación plausible de la realización de este tipo de conductas por nuestro paciente es la presencia de una homosexualidad «egodistónica». El consumo de drogas, principalmente cocaína, le permitiría satisfacer sus impulsos homosexuales en ausencia de sentimientos de culpabilidad.

Se ha descrito que la cocaína ocasiona, a corto plazo, un estado de excitación sexual que puede finalizar en eyaculación y orgasmo. Sin embargo, el consumo continuado de esta sustancia suele provocar dificultades para mantener la erección y disminución de la libido. Probablemente la causa de estos trastornos sea la hiperprolactinemia, secundaria a la depleción de dopamina en el núcleo accumbens⁸. En cuanto al efecto del alco-

hol en la sexualidad, diferentes estudios fisiológicos han señalado que esta sustancia desinhibe e incrementa los sentimientos y conductas sexuales, pero provoca una disminución de la tumescencia del pene e incrementa el período de latencia del orgasmo¹⁰. Por otra parte, el consumo de alcohol y cocaína puede inducir relaciones sexuales que supongan un alto riesgo para la salud de los consumidores, como contagio de enfermedades infecciosas (hepatitis B y C, infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual).

Se denominan parafilias a los trastornos de la conducta sexual caracterizados por la presencia de fantasías y/o conductas inusuales e incluso bizarras que provocan excitación sexual y orgasmo. Presentan dos características principales: son repetitivas y la supre-

sión de la fantasía inhibe la excitación sexual, y existen múltiples tipos, siendo los más importantes los siguientes: exhibicionismo, fetichismo, froterismo, pedofilia, fetichismo travestista, sadismo, masoquismo y voyerismo¹¹. Es frecuente la presencia de varios tipos de parafilias en un mismo paciente. En el caso clínico que describimos, el paciente refería el impulso de vestirse con ropas de mujer para alcanzar la excitación sexual (fetichismo travestista), solo o en presencia de su pareja, acompañado de diversas prácticas masoquistas.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Angold A, Costello EJ, Erkaneli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatr.* 1999;40:57-87.
2. Stinson FS, Grant BF, Dawson DA, Ruan J, Huang B, Saha T. Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in United States. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Alcohol Res Health.* 2006;29:94-106.
3. McCance EF, Price LH, Kosten TR, Jatlow PI. Cocaethylene: Pharmacology, physiology, and behavioral effects in humans. *J Pharmacol Exp Ther.* 1995;274:215-23.
4. Farré M, de la Torre R, González ML, Terán MT, Roset PN, Menoyo E, et al. Cocaine and alcohol interactions in humans: neuroendocrine effects and cocaethylene metabolism. *J Pharmacol Exp Ther.* 1999;283:164-76.
5. Schmitz JM, Bordnick PS, Kearney ML, Fuller SM, Breckenridge JK. Treatment outcome of cocaine-alcohol dependent patients. *Drug Alcohol Depend.* 1997;47:55-61.
6. Saloum IM, Douaihy A, Ndimbie OK, Kirisci L. Concurrent alcohol and cocaine dependence impact on physical health among psychiatric patients. *J Addic Dis.* 2004;23:71-81.
7. Rounsaville BJ, Anton SF, Carroll K, Budde D, Prusoff BA, Gawin FH. Psychiatric diagnosis of treatment seeking cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry.* 1991;48:43-51.
8. Gold MS. Cocaine (and crack): clinical aspects. En: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG, editors. *Substance abuse. A comprehensive textbook.* 3rd ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1997. p. 181-99.
9. Majewska MD. Cocaine addiction as a neurological disorder: implications for treatment. En: Majewska MD, editor. *Neurotoxicity and neuropathology associated with cocaine abuse.* Rockville: NIDA Research Monograph 163; 1996. p. 1-26.
10. George WH, Stonner SA. Understanding acute alcohol effects on sexual behavior. *Annu Rev Sex Res.* 2002;11:92-124.
11. Thibaut F. Troubles de conduites sexuelles. Diagnostic et traitement. *Encyclo Méd Chir Psychiatrie.* Paris: Elsevier SAS; 2000. p. 37-105.