

CASO CLÍNICO

Dependencia de opiáceos con patología afectiva asociada

Opioid dependence with associate mood disorders

GARCÍA RESA, E.*; SALVADOR VADILLO, E.**; y OCHOA MANGADO, E.***

*MIR de 3.^{er} año de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá. Madrid.

**DUE de Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

***Adjunto de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá. Madrid.

PALABRAS CLAVE: Dependencia de opiáceos. Dependencia alcohólica. Trastorno bipolar. Naltrexona.

KEY WORDS: Opioid dependence. Alcohol dependence. Bipolar II disorder. Naltrexone.

Introducción

Varón de 37 años, con dependencia de opiáceos y en tratamiento de deshabituación con naltrexona, que presenta oscilaciones estacionales del estado de ánimo.

Antecedentes familiares

— Padre fallecido a los 42 años por ACVA (accidente cerebrovascular agudo). Diagnosticado de etilismo crónico.

— Tía (paterna) con etilismo crónico.

— Tío (paterno) con diagnóstico de esquizofrenia Paranoide (según criterios CIE-10).

— Hermano (4.^o y último) en seguimiento psiquiátrico desde los 13 años con diagnóstico de trastorno afectivo y trastorno de la personalidad sin especificar (según criterios CIE-10). Ha requerido diversos ingresos. Etilismo crónico.

— Hermano (2.^o) consumidor habitual de alcohol a

elevadas dosis.

Antecedentes personales

Médico-quirúrgicos

Sin RAM (reacciones alérgicas medicamentosas) conocidas. VHB+ (virus hepatitis B), VHC– (virus hepatitis C), VIH– (virus de inmunodeficiencia humana), función hepática normal.

Presentó cuatro crisis convulsivas entre los 33 y 35 años (1996 y 1998). La primera de ellas en relación con el consumo de alcohol, el resto sin objetivarse un precipitante claro. El EEG (electroencefalograma) realizado tras la primera crisis informaba de la existencia de *Trastorno de estructuras temporales profundas y/o de la base cerebral que se acentúan con la hiperventilación*. A pesar de ser considerado como un hallazgo inespecífico, se pautó tratamiento preventivo con Fenitoína dados los hábitos tóxicos del paciente. En sucesivos controles no se han hallado cambios significativos.

Biográficos

Natural de Madrid. El mayor de 4 hermanos. Embarazo, parto y desarrollo psicomotor normales. Escolarización hasta los 21 años (3.^o de BUP) con malos rendimientos académicos. No realizó el servicio militar al quedar «excedente de cupo».

En el *ámbito laboral* ha tenido múltiples empleos, la mayoría como camarero, todos de muy corta duración, debido a problemas de conducta y de disciplina hacia las figuras de autoridad. No ha mantenido *relaciones sentimentales* estables.

Dinámica familiar desestructurada por el alcoholis-

Correspondencia:

ENRIQUETA OCHOA MANGADO.
Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal.
Ctra. Colmenar, Km. 9,100.
28034 Madrid.
eochoa@hrc.insalud.es

mo del padre. La relación con la madre ha sido buena, aunque ésta siempre ha carecido de autoridad suficiente. Los hermanos 2.º y 3.º se independizaron rápidamente.

Actualmente convive con la madre y el hermano menor. Trabaja ocasionalmente como camarero.

Historia de consumo

Su primer contacto con el alcohol se produjo con catorce años (1977), iniciando un consumo de fin de semana. Poco después comenzó a consumir de forma ocasional cannabis.

A los 17 años (1980), coincidiendo con el fallecimiento del padre, presentó un cuadro depresivo de características reactivas que requirió asistencia psiquiátrica, y aumentó de manera significativa su consumo de alcohol hasta un litro de cerveza/día junto a otros tóxicos (disolventes y cannabis). En los siguientes años se mantuvieron e incrementaron sus consumos. Entró en contacto con heroína a los 18 años (1981), aunque su consumo fue esporádico.

Con 23 años (1986), desempeñando su primer empleo como camarero, toma diariamente 4 litros de vino y cerca de ocho consumiciones de alta graduación. Tras seis meses de trabajo abandonó el mismo debido a problemas secundarios al consumo de alcohol. En este contexto se produjeron los dos ingresos en el Hospital Gregorio Marañón entre los 24-25 años (1987-1988) por alteraciones de conducta con heteroagresividad. Fue dado de alta con el diagnóstico de etilismo crónico. Continuó el consumo a pesar del tratamiento ambulatorio y de los grupos de autoayuda a los que acudió. Progresivamente, el consumo de heroína se hizo más habitual y con 25 años (1988) la esnifaba diariamente a dosis de 0,5 g/día. De forma paralela se produjo una disminución del consumo de alcohol y cannabis que explica como consecuencia de la ansiedad y el *craving* de heroína que le producía el consumo de éstos. Aunque probó en varias ocasiones la cocaína, desechó su consumo por el nerviosismo que ésta le producía. Intentó la desintoxicación en varias ocasiones sin resultados satisfactorios. Asimismo, mantenía un seguimiento irregular de su dependencia alcohólica, recibiendo tratamiento puntual en dos ocasiones por sintomatología depresiva cuando contaba 26 años (1989).

Su situación laboral era precaria, realizaba breves trabajos como camarero de los que era echado o que abandonaba por diferencias con el personal y con los jefes. En los siguientes años se mantuvo su consumo de alcohol y de heroína así como su inestabilidad en

las relaciones sentimentales y en el plano laboral.

A los 34 años (noviembre de 1997) inició tratamiento de deshabitación de su dependencia de opiáceos con naltrexona, que continúa en el momento actual. Durante estos tres años, el paciente ha presentado dos recaídas puntuales en el consumo de opiáceos (mayo del 98 y junio del 99), aunque en general el cumplimiento ha sido bueno manteniéndose sin consumir opiáceos. El consumo de alcohol en estos años ha sido irregular alternando largos períodos de abstinencia con días de intoxicación aguda, recibiendo tratamiento con Antabús de forma ocasional a petición del paciente.

Desde que se encuentra en tratamiento en nuestro centro, se han objetivado alteraciones del estado de ánimo de características cíclicas con períodos depresivos (diciembre de 1998, diciembre de 1999, marzo de 2000 y agosto de 2000) de moderada intensidad y de 2 meses de duración aproximadamente, que han requerido tratamiento con Citalopram a dosis entre 20 y 30 mg/día. Coincidiendo con estos períodos presentaba clínica ansiosa y un consumo de alcohol irregular. De igual modo se han observado períodos intercalados con un ánimo elevado, contacto expansivo, desinhibición, ligera verborrea y aumento de su actividad habitual (febrero de 1998, marzo de 1999, febrero de 2000, julio de 2000) (ver Fig. 1).

En la actualidad se encuentra abstinentes de opiáceos y alcohol, con adecuada adaptación sociofamiliar, pero no laboral. Sigue tratamiento con Fenitoína 300 mg/día, Naltrexona 50 mg/día y Valproato 200 mg/día, que se añade al tratamiento previo en Mayo de 2000.

Diagnóstico diferencial

Dada la historia previa del paciente, así como la evolución desde su ingreso en programa de naltrexona, junto con el diagnóstico de *dependencia de alcohol y opiáceos*, se planteó la existencia de *patología dual* con el siguiente diagnóstico diferencial en el *eje I*:

A1-Ciclotimia: A lo largo de la historia biográfica del paciente su ánimo se ha caracterizado por inestabilidad persistente, con períodos de depresión y euforia leves, siendo su inicio en la edad adulta. Sin embargo, tanto el hecho de requerir tratamiento antidepresivo, como la duración de los mismos nos inclina a desechar este diagnóstico.

A2-Trastorno depresivo recurrente: Este trastorno se caracteriza por la aparición de cuadros depresivos de forma repetida. En ocasiones, se asocian breves episodios de elevación del estado de ánimo, principalmente tras el episodio depresivo o asociado a la toma

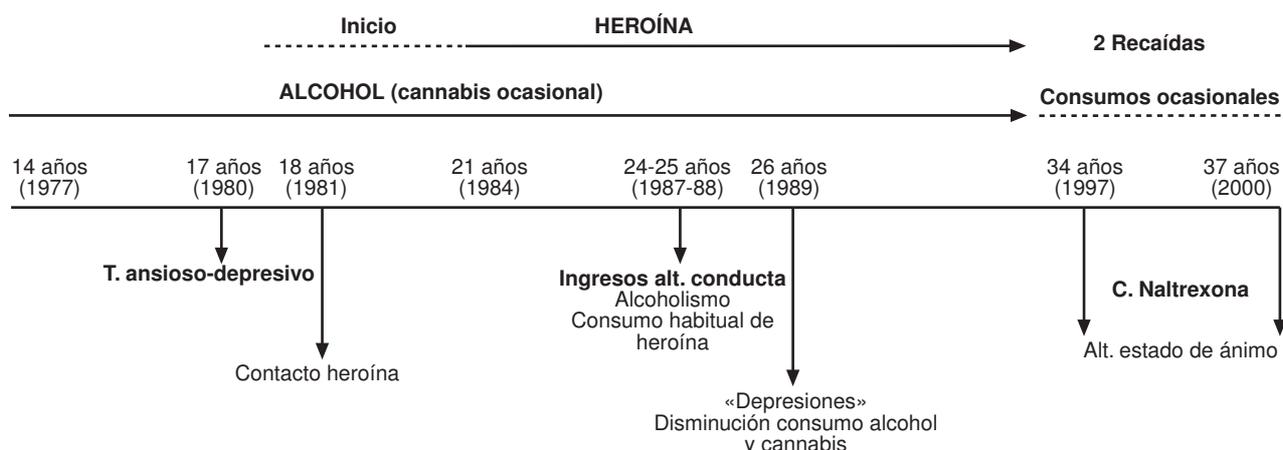


Figura 1. Curso longitudinal. - - - - - Consumo Ocasional. ——— Consumo continuado.

de un antidepresivo que sin embargo en este paciente no se cumplen, dado que los episodios de hipomanía tenían características estacionales, duración más prolongada y precedían al episodio depresivo.

A3-Trastorno bipolar tipo II: Se han objetivado en el paciente cuadros depresivos de intensidad moderada que han respondido al tratamiento antidepresivo así como períodos de características hipomaniacas en los cuales se producían una exaltación del estado de ánimo con aumento de la sociabilidad, leve desinhibición y sentimientos de bienestar que, sin embargo, no tenían la intensidad suficiente para requerir ingreso hospitalario.

Asimismo y, teniendo en cuenta la posible existencia de patología dual, se planteó la relación cronológica y causal en la misma, de este modo tendríamos la posibilidad de encontrarnos ante:

— *Trastorno psiquiátrico primario con consumo secundario de sustancias.*

— *Trastorno por uso de sustancias con trastorno psiquiátrico secundario.*

— *Dualidad primaria.*

A este respecto es necesario fijar nuestra atención

en los antecedentes familiares, relación cronológica entre el consumo de sustancias y la aparición de la patología psiquiátrica y en la evolución del cuadro. El paciente tiene entre sus antecedentes familiares diagnósticos de abusos de sustancias y patología psiquiátrica del eje I. Asimismo ha sido imposible aclarar el orden de presentación de los distintos cuadros. En cuanto a la evolución del cuadro, el tratamiento del consumo de tóxicos ha permitido la observación de otra patología psiquiátrica concomitante, apoyando la existencia de una patología dual, aunque no aclare si la dualidad es primaria.

Diagnóstico

Dependencia a opiáceos (F11.2) CIE-10; (304.00) DSM-IV.

Dependencia alcohólica (F10.2) CIE-10; (303.90) DSM-IV.

Trastorno bipolar tipo II (F31.8) CIE-10; (296.89) DSM-IV.

Bibliografía

- Cabrera J. (Ed.). Patología dual. Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid. Eds. Gráficas Delos S.L. 1998.
Solomon J, Zimberg S, Shollar E. (Eds.). Diagnóstico dual. Ediciones en Neurociencias 1996.