

^a Centro de Salud de Campamento de la Dirección Asistencial Centro de la Comunidad de Madrid, Madrid, España

^b Equipo de Soporte Hospitalario. Cuidados Paliativos, Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, Madrid, España

^c Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Centro, Instituto de Investigación Sanitaria Hospital 12 de Octubre (i+12), Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC), Madrid, España

^d Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Instituto de Investigación Sanitaria de la Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cpiedra@fjd.es (C. de la Piedra).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.10.008>

0212-6567/ © 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Hiperémesis cannabinoide durante la gestación: a propósito de un caso



Cannabinoid hyperemesis syndrome during pregnancy: A case report

Sr. Editor:

El cannabis es la droga ilícita utilizada con mayor frecuencia durante el embarazo^{1,2}. Su consumo de forma continuada puede conducir a un cuadro clínico conocido como síndrome de hiperémesis cannabinoide (SHC), que se presenta habitualmente con dolor abdominal, náuseas y vómitos recurrentes, y remite característicamente con duchas de agua caliente, siendo escasamente eficaces los antieméticos habituales (metoclopramida y ondansetrón)^{2,3}.

Su aparición durante el embarazo no es infrecuente, si bien el diagnóstico a menudo se retrasa debido a los síntomas inespecíficos de náuseas y vómitos, que se producen también en la hiperémesis gravídica al principio de la gestación².

Mujer de 24 años, gestante de 8 semanas, con antecedentes personales de trastorno de ansiedad, y 2 abortos tardíos previos por incompetencia cervical, que acudió al Servicio de Urgencias refiriendo molestias abdominales difusas en los últimos días, a lo que se había añadido en las últimas horas náuseas y vómitos. En la valoración inicial la paciente estaba afebril, no refería clínica miccional, sangrado vaginal ni leucorrea patológica, dolor suprapúbico ni pélvico. No se objetivaban alteraciones en la analítica sanguínea básica.

Durante su estancia en Urgencias, se le administró ranitidina, metoclopramida y ondansetrón intravenosos, persistiendo los vómitos. Se produjo mejoría clínica al cabo de unas 12 horas, periodo en el que la paciente solicitó en reiteradas ocasiones duchas de agua caliente, que aseguraba que le aliviaban las náuseas y los vómitos.

Ante la sospecha clínica de SHC, se realizó una anamnesis dirigida, en la cual la paciente reconoció consumir habitualmente cannabis, aunque no en la última semana. Se realizó cribado de drogas en orina, cuyo resultado fue positivo para cannabis. Una vez conseguida la tolerancia oral la paciente fue dada de alta, aconsejándosele la suspensión del consumo de cannabis. A pesar de ello, en las semanas siguientes acudió a Urgencias por el mismo cuadro clínico en 4 ocasiones. Finalmente, en la semana 23 consultó en Urgencias por diná-

mica uterina que culminó en un parto precipitado de un feto mujer cuyo fallecimiento se produjo a las 12 horas de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, debido a complicaciones derivadas de su prematuridad extrema.

Solo hemos encontrado 4 casos de SHC durante la gestación publicados en la literatura científica^{2,4}. Es probable que tanto entre médicos de Atención Primaria como ginecólogos y matronas exista poco conocimiento sobre este síndrome, siendo infradiagnosticado o interpretado en la mayoría de los casos como parte de los síntomas y signos de la hiperémesis gravídica. Por ello debemos tenerlo presente en las embarazadas al realizar la anamnesis sobre posibles causas de vómitos. Así, la banalización de su consumo, cuando no su promoción bajo la denominación de «cannabis medicinal», hacen que su diagnóstico sea cada vez más frecuente y que comience a disminuir el periodo de latencia entre el inicio del consumo y la aparición del SHC, el cual en su inicio se estableció en torno a los 20 años.

Por otro lado, el abuso de duchas de agua caliente de forma prolongada durante el primer trimestre de la gestación se ha asociado con defectos del tubo neural, atresia esofágica, onfalocelo y gastrosquisis⁵. Además, pueden conducir a hipotensión y un mayor riesgo de caídas, así como vasodilatación cutánea, con la consiguiente desviación del flujo sanguíneo de los órganos maternos y el feto, y aumento en la liberación de hormona antidiurética y oxitocina, lo que incrementa el riesgo de parto prematuro⁴.

Existe bajo nivel de evidencia de que el uso de capsaicina en pomada y droperidol intravenoso yugulen los vómitos en el SHC, aunque por ahora parecen alternativas terapéuticas eficaces. No hemos encontrado en la literatura casos de uso de estos fármacos y su nivel de seguridad en el embarazo. Sin embargo, el mejor tratamiento del SHC es el cese del consumo de cannabis^{2,3}.

Este caso muestra que debemos considerar el diagnóstico de SHC en la embarazada que consulte por vómitos. Es necesario, además, el refuerzo de la educación sanitaria y el asesoramiento desde el ámbito de la Atención Primaria como componentes cruciales para el tratamiento exitoso de la deshabitación y la prevención de este síndrome.

Bibliografía

1. Volkow ND, Compton WM, Wargo EM. The risks of marijuana use during pregnancy. *JAMA*. 2017;317:129–30.

2. Alaniz VI, Liss J, Metz TD, Stickrath E. Cannabinoid hyperemesis syndrome: a cause of refractory nausea and vomiting in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2015;125:1484–6.
3. Richards JR, Lapoint JM, Burillo Putze G. Cannabinoid hyperemesis syndrome: potential mechanisms for the benefit of capsaicin and hot water hydrotherapy in treatment. *Clin Toxicol (Phila).* 2018;56:15–24.
4. Kim HG, Moon J, Dixon H, Tullar P. Recurrent nausea and vomiting in a pregnant woman with chronic marijuana use. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2018;2018, 974606297460623.
5. Duong HT, Shahrukh Hashmi S, Ramadhani T, Canfield MA, Scheuerle A, Kim Waller D. Maternal use of hot tub and major structural birth defects. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.* 2011;91:836–41.

Emmanuel Abreu Jáuregui^{a,*}, Ángeles López Hernández^b,
Carmen Lorena Mendoza Romero^c
y María del Pilar Armas Pérez^c

^a *Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria «La Laguna-Tenerife Norte», Tenerife, España*

^b *Servicio de Urgencias, Complejo Universitario de Canarias, Tenerife, España*

^c *Servicio de Ginecología y Obstetricia, Complejo Universitario de Canarias, Tenerife, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: embaja90@gmail.com

(E. Abreu Jáuregui).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.10.009>
0212-6567/ © 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).