

DISTONÍA AGUDA SECUNDARIA A INHALACIÓN DE COCAÍNA

**R. Capilla Pueyo, M.^a I. González Anglada, A. Miralles*,
A. Ortega**, S. Juárez Alonso**

Servicio de Urgencias del Hospital General La Paz. *Residente del Servicio de Neurología del Hospital General La Paz. **Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital La Paz.

Acute dystonia secondary to cocaine inhalation

Las distonías se caracterizan por la presencia de contracciones musculares mantenidas, a menudo asociadas a movimientos y posturas anómalas repetitivas, sobre las cuales el paciente no puede ejercer un control voluntario.

La causa más frecuente de este síntoma en un servicio de urgencias es la ingesta de fármacos antipsicóticos con efecto neuroléptico (Tabla I), siendo a menudo motivo de consulta durante los primeros días de tratamiento, y afectando sobre todo a varones jóvenes¹. Asimismo, se han descrito casos asociados al consumo de otras sustancias, entre ellas la cocaína, inhibidores de la recaptación de la serotonina y antagonistas del calcio, todas ellas con una menor frecuencia de aparición.

La afectación más común suele ser cabeza y cuello, existiendo a veces crisis oculógicas y laringospasmo.

En ocasiones, y cuando no existe ingesta previa de fármacos, suele hacerse diagnóstico diferencial con histeria, tétanos, crisis comiciales y procesos infecciosos del sistema nervioso central.

Los fármacos implicados con mayor frecuencia suelen ser antipsicóticos, que producen una inhibición de receptores dopaminérgicos del SNC. Este bloqueo en terminaciones nigroestriadas origina la aparición de los efectos motores adversos como la acatisia, distonías agudas o tardías y parkinsonismos².

Presentamos el caso de un varón joven que consultó por una reacción distónica aguda de un hemicuer-

po y de región cervical tras inhalación de cocaína de forma aislada.

Caso clínico

Se trata de un varón de 28 años de edad, camarero de profesión, sin antecedentes médicos de interés, excepto un neumotórax espontáneo dos años antes; fumador de un paquete diario y ocasionalmente de hachís y bebedor moderado.

Un día antes de su ingreso, refiere haber inhalado cocaína, no precisando cantidad, y negando haberla inhalado en otras ocasiones. Dieciséis horas antes de consultar en el servicio de urgencias, presenta contracciones musculares dolorosas en pie, de carácter ascendente hasta pierna y brazo derechos, así como en región cervical, repetitivas y progresivamente más duraderas.

En el momento del ingreso presenta incapacidad para la deambulación, sensación de disnea y gran componente de ansiedad, objetivándose una contracción generalizada muy dolorosa del hemicuerpo derecho, cara y cuello.

En la exploración física se objetivó una tensión arterial de 130/75, frecuencia cardíaca de 92 y temperatura 36°C. La auscultación cardiopulmonar fue normal, así como la palpación abdominal y la exploración de ambas extremidades. En cuanto a la exploración neurológica se realiza tras la administración de diazepam, cediendo temporalmente la sintomatología, no objetivándose alteraciones de pares craneales, sensibilidad ni fuerza, siendo normales los reflejos osteotendinosos profundos y la exploración cerebelosa. Los síntomas reaparecieron más tarde, y de forma más abigarrada, una vez pasado el efecto del diazepam.

Correspondencia: R. M.^a Capilla Pueyo. Ronda de Segovia, 13 2H. 28005 Madrid.

TABLA I. Distonía secundaria a fármacos

Tipo de fármaco	Distonía aguda	Tardía
Bloqueador dopaminérgico		
Neurolépticos clásicos	***	**
Clozapina	*	
Deplecionantes de catecolaminas	*	
Estimulantes dopaminérgicos		
1-dopa	*	*
Agonistas dopaminérgicos	*	
Cocaína	*	
Ergotamina	*	*
Inhibidores de MAO	*	
Antihistamínicos		
Tietilperazina	*	
Proclorperacina	*	
Inhibidores recaptación serotonina		
Fluoxetina	*	
Ansiolíticos		
Buspirona	*	
Bromazepam	*	

*Frecuencia de aparición según el tipo de distonía.

En las pruebas complementarias presentó: gasometría arterial PO₂ 90 PCO₂ 36.1 pH 7.4 HCO₃ 22.2, hemograma 17.400 leucocitos/mm³ (80.4% N y 11% C.), 16.2 g/dl Hgb., Hto. 49.9% y 25.000 plaquetas/mm³. Se realizó una TAC cerebral que no mostró alteraciones significativas.

El cuadro cedió espectacularmente con biperideno y diacepam intravenoso, siendo dado de alta el paciente unas horas después del ingreso. Se recomendó tratamiento oral con diacepam en pauta descendente durante unos días.

Comentario

La cocaína es un alcaloide que se extrae de las hojas de la planta de coca (*Erythroxylon coca*), en su tiempo usada como anestésico local, sobre todo en cirugía oftalmológica. Su uso se ha desplazado actualmente por la introducción de los anestésicos de síntesis.

Los efectos farmacológicos de la cocaína son cualitativamente iguales a los de las anfetaminas. La cocaína inhibe la recaptación neuronal de serotonina y catecolaminas, produciendo sensación de euforia placentera por aumento de la actividad nerviosa cerebral en las vías dopaminérgicas mesolímbicas y mesocorticales³. El consumo de crack, así como el síndrome de abstinencia de

cocaína, pueden desencadenar reacciones distónicas agudas; sin embargo, corresponden a los fármacos antipsicóticos con efecto neuroléptico la mayoría de los casos consultados en los servicios de urgencias⁴. Se han publicado casos de reacciones distónicas agudas secundarias a la inhalación de cocaína en pacientes que estaban siendo tratados con medicación antipsicótica, considerándose la cocaína como factor predisponente en estos pacientes⁵. Sin embargo, las reseñas bibliográficas de reacciones distónicas en ausencia de medicación concomitante son escasas, atribuyéndose exclusivamente al efecto de esta droga de abuso⁶. Asimismo, existen estudios prospectivos en los cuales se encuentra relación entre el consumo de cocaína inhalada y el uso de neurolépticos, considerándose como un factor mayor de riesgo de reacciones distónicas en estos pacientes, y recomendándose la utilización de medicación anticolinérgica durante los 7 primeros días de tratamiento con estos fármacos antipsicóticos para prevenir la aparición de distonías⁷.

En el caso descrito destaca la presentación de los síntomas de inicio distal y progresión ascendente, con afectación de todo un hemisferio, encontrándose como único antecedente la inhalación de cocaína 24 horas antes. Las reacciones distónicas pueden tener gravedad variable, habiéndose descrito cuadros severos con laringospasmo asociado. El hecho de haber presentado un cuadro distónico agudo constituye un claro factor de riesgo para presentar el mismo cuadro ante situaciones similares.

En relación con el tratamiento, las distonías agudas se resuelven de forma espontánea tras la supresión del fármaco causante. La mayoría ceden tras la administración intravenosa de biperideno (5 mg), diacepam (5-10 mg) o difenhidramina (50 mg). Si el preparado es depot, la distonía puede reaparecer a las pocas horas, recomendándose el tratamiento durante unos días con biperideno oral⁸.

Bibliografía

1. García de Yébenes J, Sánchez R, Tabernero C. Symptomatic dystonias. En: Wats RL, Koller WC, eds. Movement disorders. Nueva York: McGraw-Hill, 1997.
2. Saiz A. Distonía aguda. *Jano* 1998; LV (1264): 37-9.
3. Camí Morell J. Drogas de abuso. *Toxicología Clínica*. 1993: 164-8.
4. Sky KE, Rund DA. Psicotrópicos. En: Tintinalli JE, Ruiz E, Krone RL, eds. *Medicina de Urgencias*. 4.ª ed. México. D. F.; 1997: 1634-40.
5. Fines RE, Brady WJ, De Behnke DJ. Cocaine associated dystonic reaction. *Am J Emerg Med* 1997; 15: 513-5.
6. Catalano G, Catalano MC, Rodríguez R. Dystonia associated with crack cocaine use. *South Med J* 1997; 90: 1050-2.
7. van Harten PN, van Trier JC, Hortwitz EH, Matroos GE, Hoeck HW. Cocaine as a risk factor for neuroleptic-induced dystonia. *J Clin Psychiatry* 1998; 3: 128-30.
8. Cardoso F, Jankovic J. Dystonia and Dyskinesia. *Psichiatri Clin North Am* 1997; 20, 4: 821-38.