

<http://dx.doi.org/10.17579/RevPatDual.02.5>

Caso clínico

1

EL JARDINERO SIN FRENO. UN CASO DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE, DEPENDENCIA A OPIÁCEOS Y COCAÍNA

THE GARDENER WITHOUT BRAKE. BORDERLINE PERSONALITY DISORDER, OPIATES AND COCAINE DEPENDENCE

Este caso clínico ha sido premiado en el “Concurso de Casos Clínicos 2014” de la Sociedad Española de Patología Dual

Lidia Fernández Mayo y Elena Barbero García

Centro de Atención Integral a drogodependientes (CAID) de Majadahonda. Madrid

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de noviembre de 2014

Aceptado el 20 de noviembre de 2014

Palabras clave: Buprenorfina, cocaína, opiáceos, craving, trastorno de personalidad límite.

Key words: Buprenorphine, cocaine, opiates, craving, borderline personality disorder.

RESUMEN

Se trata de un paciente diagnosticado de Trastorno de Personalidad Límite (TLP) que acude al Centro de Atención Integral al Drogodependiente (CAID) desde hace 7 años por dependencia a opiáceos y cocaína. Dadas las continuas recaídas, la incapacidad de mantener una abstinencia de forma prolongada, y los fracasos terapéuticos farmacológicos previos, se inicia tratamiento con buprenorfina/naloxona en base a evidencias científicas de buenos resultados en sujetos con dependencia no solo a opiáceos sino también a cocaína. Desde el inicio de la pauta, el paciente mostró adherencia terapéutica, abstinencia a ambas sustancias, y sobre todo, una significativa disminución de la clínica afectiva asociada, así como mejor control del deseo de consumo (craving).

Aunque no existe indicación terapéutica para ello, buprenorfina podría usarse para tratar los trastornos por abuso de cocaína. Dado que el sistema opioide kappa se activa durante la dependencia a cocaína, buprenorfina al realizar antagonismo sobre el mismo, provoca descenso en la búsqueda compulsiva por el consumo cocaína, así como control sobre la sintomatología afectiva.

Otro mecanismo de acción de buprenorfina es la estimulación del receptor ORL-1 que, al disminuir los niveles de dopamina en el núcleo accumbens, reduce el efecto reforzador de la cocaína.

Por lo tanto, buprenorfina no sólo puede suponer una opción terapéutica al actuar sobre el sistema opioide endógeno para el alivio de la sintomatología tan característica del TLP, sino que podría plantearse como alternativa para el tratamiento de la dependencia a cocaína.

ABSTRACT

Male patient diagnosed of Borderline Personality Disorder who is being treated in a Drug Addiction Center for 7 years due to opiates and cocaine dependence. Because of continuous relapses, the disability to support a long-term abstinence and treatment failure it is decided to begin treatment with buprenorphine/naloxone based on the recent pharmacotherapy trials which demonstrate the potential efficacy for reducing cocaine use. From the beginning, the patient showed therapeutic adherence, abstinence to both substances, and a significant decrease of the affective clinic, as well as a better control of craving. Though therapeutic indication is not approved for it, buprenorphine might be used to treat disorders for cocaine dependence and abuse. Individuals with cocaine dependence exhibit reduced dopaminergic function, which may contribute to dysphoria and relapse. Increased activity of endogenous kappa agonist systems after chronic drug use may contribute to this dysfunction. Buprenorphine inhibits the κ opioide receptor and dopamine levels decreases in the nucleus accumbens. Antagonists act at the κ receptor reducing stress-mediated behaviors and anxiety. Buprenorphine has been shown to activate opioide receptor-like (ORL-1) which decreases the levels of dopamine in the nucleus accumbens. In conclusion, buprenorphine can be a therapeutic option for the relief of the typical symptomatology of the Borderline Personality Disorder, and it might suppose an alternative for the treatment of cocaine dependence.

Correspondencia:
lfmpsiq@gmail.com

Anamnesis

Se trata de un paciente de 41 años en tratamiento en un Centro de Atención Integral de Drogodependientes (CAID) desde hace 7 años por su adicción a opiáceos y cocaína en períodos discontinuos.

Datos biográficos: Es el cuarto de cinco hermanos. Alteración del vínculo afectivo desde su nacimiento: su padre falleció cuando tenía meses, no lo llegó a conocer y su hermano menor es hijo del segundo matrimonio de su madre. Considera como referente paterno a la pareja que la madre tiene desde hace 20 años. Pasó su infancia en un internado con sus hermanos mayores. A los diez años vuelve a su casa y se entera que tiene un hermano de 3 años. A partir de entonces episodios de irritabilidad, descontrol de impulsos, mala aceptación de límites y absentismo escolar por lo que no consigue terminar los estudios primarios.

Vive con su madre, su padrastro y su hermano menor. Trabaja en el servicio de limpieza del ayuntamiento de un municipio cercano. Vivió durante siete años en EE.UU donde el primer año se mantuvo abstinentes.

El paciente expresa sentimientos crónicos de vacío desde la adolescencia, escasa tolerancia a la frustración y una actitud pasivo-agresiva en su vida diaria.

Antecedentes personales: Minusvalía del 15%. Hepatitis crónica por virus C (VHC), habiendo realizado tratamiento hace 14 años. Ligamentoplastia por rotura rodilla derecha más fractura abierta de tibia y peroné derecho con posterior osteomielitis.

Historia abuso sustancias: Inicio consumo de cannabis con 13 años que se mantiene en la actualidad. Inicio consumo de cocaína con 15 años, de forma esnifada. Inició consumo de heroína a los 22 años, cuando comienza a consumir la cocaína de forma inhalada y utiliza la heroína para reducir los efectos estimulantes de la cocaína.

Ha estado en dos ocasiones en seguimiento en el CAID, la primera de ellas finalizó seguimiento tras alta terapéutica, manteniéndose abstinentes un año.

Reingresa hace dos años y medio en CAID. Hace 13 meses ingresa en recurso terapéutico tras no poder conseguir la abstinencia a nivel ambulatorio. Completa el tratamiento siendo dado de alta, y mantiene abstinencia durante 3 meses más, cayendo nuevamente en el consumo.

Exploración

Consciente y orientado en las 3 esferas. Abordable, colaborador. Ánimo subdepresivo de larga evolución. Hipomimia facial. Tendencia a la

inestabilidad emocional y descontrol de impulsos, muy influenciado a los estresores externos. Discurso coherente, espontáneo. No alteraciones sensorio-perceptivas ni del contenido del pensamiento. No ideación y/o planificación autolítica en el momento actual. No heteroagresividad. Sueño corregido con medicación. No alteraciones del apetito. Buena adhesión terapéutica. Juicio de realidad conservado.

Juicio Diagnóstico

Trastorno Límite de Personalidad (DSM-IV, 301.83)

Trastorno Distímico (DSM-IV, 300.4)

Dependencia de opiáceos en tratamiento con agonistas opiáceos (DSM-IV, 304.0)

Dependencia a cocaína. (DSM-IV, 304.50)

Consumo perjudicial de cannabis (DSM-IV 305.20)

Tratamiento y evolución

Durante el seguimiento ambulatorio se ha abordado la sintomatología con diferentes psicofármacos. No obstante, a pesar de las diferentes opciones terapéuticas y de haber permanecido inclusive en recurso cerrado, no ha conseguido mantener una abstinencia mantenida. Dada la situación se plantea de acuerdo con el paciente iniciar tratamiento con buprenorfina/naloxona y en función de tolerancia y respuesta se aumenta progresivamente la dosis fijándola definitivamente en 16 mg/día.

Desde el inicio del tratamiento, verbaliza disminución de los niveles de ansiedad y mejor control de craving y mayor capacidad para manejar situaciones que puedan dar lugar a consumo. En estos momentos se encuentra abstinentes, acudiendo a sus citas de seguimiento y realizando correctamente el tratamiento pautado.

Se mantiene la siguiente pauta de medicación: Pregabalina 450 mg/día, olanzapina 10 mg/día, buprenorfina/naloxona 16 mg/2mg/día.

Discusión

Está más que demostrado en la literatura el solapamiento sindrómico entre algunos trastornos del grupo B y las adicciones. De hecho, los trastornos de la personalidad (TP) antisocial y límite son los que más se han relacionado con el trastorno por uso de sustancias (TUS).

Los estudios revisados hasta el momento muestran la existencia de una comorbilidad frecuente entre el trastorno por dependencia a opiáceos y los TP, lo que demuestra la heterogeneidad patológica de este tipo de pacientes. El análisis realizado en una muestra de sujetos adictos a opiáceos demostró una alta

prevalencia, en especial de los TP antisocial, límite y paranoide.¹

En un estudio reciente se explica la adicción a opiáceos exógenos como un intento de autorregulación y automedicación. En sujetos con TLP existirían niveles basales reducidos de opioides, con un aumento de la densidad de receptores opioides mu como compensación. Estos niveles se reflejan en los síntomas de “vacío interior”, malestar y disforia crónica, característicos de los TLP.² La administración de opiáceos exógenos como la heroína u opiáceos legales ayuda al alivio de estos síntomas. De ahí la eficacia de fármacos como la buprenorfina.

Por otro lado, en el caso narrado, el paciente no solo logró mantener la abstinencia a opiáceos, sino también de cocaína, verbalizando importante disminución en el deseo de consumo.

Se ha constatado que la buprenorfina podría usarse en tratar los trastornos por abuso de cocaína.^{3,4,5} Aunque la FDA la aprobó para el tratamiento de la dependencia a opiáceos, ha demostrado potencial eficacia en reducir el consumo de cocaína entre los adultos con dependencia a opiáceos³.

Inclusive se ha referido que la combinación de buprenorfina y naltrexona en dosis apropiadas disminuyen la administración compulsiva de cocaína por lo que podría ser útil como tratamiento⁴.

Buprenorfina, al actuar sobre receptores ORL-1, disminuye los niveles de dopamina bloqueando los efectos de los péptidos opioides endógenos. A su vez, el efecto antagonista sobre los receptores kappa, disminuye los niveles de dopamina en el núcleo accumbens y reduce los comportamientos relacionados con el estrés y la ansiedad. La acción agonista parcial produce un equilibrio entre los niveles de dopamina y atenúa el consumo de cocaína.⁵

En conclusión, buprenorfina no sólo podría suponer una alternativa terapéutica para la clínica de pacientes con TLP, sino que podría plantearse también como una opción para el tratamiento de la dependencia a cocaína.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Sánchez E, Tomás V, Climent A. Trastornos de personalidad en adictos a opiáceos. *Adicciones* 1999; 11: 221-227.
2. Stanley B, Siever LJ. The interpersonal dimension of Borderline personality disorder: toward a neuropeptide model. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 24-39.
doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09050744>.
3. Mooney LJ, Nielsen S, Saxon A, Hillhouse M, Thomas C, Hasson A, et cols. Cocaine Use Reduction with Buprenorphine (CURB): Rationale, design, and methodology. *Contemp Clin Trials*. 2013; 34: 196–204.
doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cct.2012.11.002>.
4. Wee S, Vendruscolo LF, Misra KK, Schlosburg JE, Koob GF. A combination of buprenorphine and naltrexone blocks compulsive cocaine intake in rodents without producing dependence. *Sci Transl Med*. 2012; 4(146): 146ra110.
doi: <http://dx.doi.org/10.1126/scitranslmed.3003948>.
5. Bidlack JM. Mixed kappa/mu partial opioid agonists as potential treatments for cocaine dependence. *Adv Pharmacol*. 2014; 69: 387-418.
doi: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-420118-7.00010-X>.