

Neurotransmisión y drogas de diseño

Ricardo Arturo Nassif

Médico oftalmólogo-Psiquiatra. Buenos Aires, Argentina

Mi formación profesional ha transitado por dos ámbitos, Oftalmología y Psiquiatría, son dos áreas muy diferentes de una misma ciencia, la primera me mostró ya los hechos, los daños severísimos que la mayoría de las drogadicciones producen en este órgano, la segunda a interpretar al individuo en su hábitat, a intentar entender los motivos que lo llevan a la búsqueda del placer fácil o a su autodestrucción. Pero fue mayor mi frustración al percibir que desde una especialidad, muy poco se hace para ejercer la prevención. Quizá nuestras escuelas, en su intención de enseñar a reparar, se olvidan de lo primordial, enseñarnos a preservar, deberíamos entender que especializarse, no significa fraccionar al individuo y que en la lucha contra las drogadicciones, todos los profesionales y todas las escuelas deben involucrarse. Esta reflexión muy actual debe considerarse ya que todos los recursos, evidentemente, que se utilizan en la lucha contra las adicciones están fracasando, la prueba es que hoy ya no se teme a las drogas, sustancias como el éxtasis se consideran menores e inocentes por nuestros jóvenes y poco se divulga sobre las gravísimas consecuencias que esconden.

Las llamadas drogas de diseño, y sobre todo el éxtasis (MDMA – Metilendioximetanfetamina), se difunde entre individuos cada vez más jóvenes y de todos los estratos sociales. La fama de relativa inocuidad de que gozan

este tipo de drogas, junto con su bajo precio, las convierten en sustancias de uso frecuente dentro de determinados contextos de ocio nocturno. La realidad es otra, son drogas capaces de provocar daños cerebrales irreversibles, deteriorando las células cerebrales del movimiento (dopaminérgicas), incluso a dosis bajas y en forma esporádica, el peligro es mayor aún cuando asociadas o potenciadas por otras drogas (tabaco, Cannabis, alcohol, cocaína, etc.). En la interacción con terapias antirretrovirales (Ritanovir, Delavirdine, etc.), se han descrito casos de incrementos de niveles de éxtasis en sangre de hasta 300% ya que en el organismo compiten por el mismo mecanismo de eliminación. La combinación de MDMA y Cannabis refuerzan los efectos negativos sobre la memoria (especialmente la memoria a corto plazo), capacidad de aprendizaje, destreza verbal y velocidad de procesamiento. Existe, asimismo, un riesgo añadido en personalidades borderline o incluso psicosis latentes en jóvenes (edad en que generalmente se utilizan estas sustancias), en las que podríamos tener cuadros de precipitación de alguna psicosis. La más habitual parece ser la psicosis paranoide, clínicamente indistinguible de la esquizofrenia, pero también, sin un terreno predispuesto puede desarrollarse una Psicosis exógena (somática, orgánica o no hereditaria) aguda o crónica dependiendo de que tan rápidamente actúe el desencadenante

— Correspondencia a: _____
ranassif@hotmail.com.ar



orgánico, (abuso de sustancias o la degeneración neuronal). Este tipo de sustancias, al igual que otras, permiten a los individuos saltar a un lado y otro de una línea, se pasa y se retorna, pero en algún momento se puede no retornar, o bien regresar con las secuelas que diariamente vemos en nuestra clínica. También los efectos a nivel oftalmológicos son graves, visión turbia, lesiones en la malla vascular de la retina generalmente irreversibles (en consecuencia del aumento de la presión arterial), midriasis, alteraciones en la musculatura ocular; nistagmus, glaucoma (glaucomas subclínicos pueden convertirse en agudos) y ojos secos; con graves consecuencias en la calidad de la visión. Alucinaciones visuales y eventualmente diplopía, son observadas en la intoxicación aguda. Respecto a la dependencia de las drogas de diseño, se acepta la clara dependencia psíquica reservándose la física para patrones de consumo regulares excesivos, de los que hasta el momento no se ha relatado ningún caso, ya que el consumo de estas sustancias sigue un curso de fin de semana e íntimamente ligado a fiestas ya la tolerancia, es un hecho demostrable, en tan sólo unos meses muchos consumidores han pasado de consumir una pastilla, o un par de ellas por noche, hasta 6, 8 o incluso más. Las dosis tóxicas señaladas en la literatura científica se sitúan alrededor de 150 mg de MDMA, pero, se han encontrado comprimidos que contenían hasta 166 mg de dicha sustancia. Estas modernas drogas han demostrado ser causante de la degeneración de las neuronas que contienen la sustancia neurotransmisora dopamina. La lesión de estas neuronas constituye la causa básica de las alteraciones motoras observadas en la enfermedad de Parkinson. Estas células son las que se relacionan con el placer, el movimiento

y las funciones cognitivas. El daño puede producirse en un 60 % del sistema dopaminérgico, aunque también ataca a las células serotoninérgicas. Se sospecha que esta situación podría favorecer la aparición de enfermedades como el Parkinson y las esquizofrenias. Su acción se da a partir de la inhibición de la recaptación de serotonina en las terminales nerviosas y por la liberación masiva del neurotransmisor en un proceso de intercambio mediado por el transportador de serotonina, hasta agotar los depósitos. En experimentos de laboratorio, una sola exposición a la metanfetamina en dosis elevadas, o el uso prolongado en dosis bajas destruye hasta un 50% de las células cerebrales que usan dopamina. Aunque este daño tal vez no sea aparente de inmediato, se cree que con el envejecimiento o la exposición a otros agentes tóxicos, con el tiempo, pueden aparecer síntomas de la enfermedad de Parkinson. Estos comienzan con falta de coordinación y temblores y a la larga pueden causar una forma de parálisis. Clínicamente la hiperactividad simpática, en la intoxicación, se manifiesta con un incremento en la frecuencia taquicardia, elevación de la presión arterial, arritmias cardíacas diversas y en casos graves puede producirse colapso vascular; hipotensión grave y convulsiones. En varios casos fatales se observaron taquicardias de 160 y 180 lat/min., marcada hipertermia, similar a la que aparece en el síndrome hipertérmico maligno, estimulación generalizada del sistema nervioso central: taquipsiquia, ansiedad, hiperreflexia, hipertoniá, ausencia de síntomas de cansancio, etc., la muerte se relaciona cada vez más con el llamado síndrome serotoninérgico, este síndrome incluso ha inducido fallecimientos a dosis subtóxicas (Henderson, 1995). Los fallecimientos indirectos por conducción de vehículos de motor bajo los efectos de la



MDMA y análogos parecen defendibles por el mero sentido común.

Resulta significativo, por su complejidad, el caso descrito por Schifano (1992) de un paciente que, tras el consumo durante 4 años de una dosis media de 200 mg de MDMA en 150 ocasiones, desarrolló un cuadro de psicosis atípica crónica con alucinaciones hipnagógicas, inversión del ciclo sueño-vigilia, pérdida del apetito y antojo por determinados alimentos, disminución de la actividad sexual, agresividad, ilusiones paranoides, ansiedad y delirios de cambios corporales (le habían robado el cerebro o los ojos no eran suyos). El autor concluye que dadas las áreas reguladas por los sistemas serotoninérgicos y los síntomas presentados por el sujeto se muestra al menos una posible relación teórica entre daño serotoninérgico y el cuadro psiquiátrico que se presenta. El caso descrito anteriormente, tiene grandes similitudes con el de un paciente examinado en una Clínica de Buenos Aires (Argentina) en 2005. Joven de 21 años, concurre a la consulta acompañado por sus padres. Se percibe un ligero temblor en sus manos durante el saludo, permaneciendo callado con su mirada baja, mientras sus padres iniciaban la entrevista informando que nunca habían advertido ninguna conducta extraña en él, los finales de semana a la noche salía con sus amigos y como lo hacen los jóvenes en su mayoría, regresaba al salir el sol. En los últimos años presentó adelgazamiento, pérdida de apetito y le resultó muy difícil concluir sus estudios, aunque antes le resultaba muy fácil. En los últimos tres meses se recusaba a salir de su casa, evitaba atender los llamados de sus amigos, permanecía en su cuarto, durmiendo la mayor parte del día, en silencio. Recientemente presentó un episodio agresivo, destruyó su equipo de música, profería pala-

bras y gritos sin sentido, pero rápidamente se calmó y retornó a su habitual silencio. Sus padres consultaron a sus amigos sobre sus hábitos fuera de su casa y le respondieron que no acostumbraba beber, pero sí tomaba algunas pastillas (éxtasis) que compraban cerca del local donde iban a bailar, desde hacía tres años. En una consulta individual se encontró dificultades en obtener su historia, respondía a todo con un "sí, no, no sé". Al solicitarle fechas respondió correctamente, así como el nombre de sus amigos, a lo que calificaba a cada uno como "es bueno, sí, no mucho", siempre con una sonrisa, bastante inexpresiva, con mirada francamente ausente y sin interesarse demasiado, no cambió su posición en el asiento. Al ser interrogado sobre su vida sexual, respondió que sus amigos tenían sexo con las chicas, pero que el nunca había tenido una, que no le interesaba. Se solicitó que escribiese algo en un papel, con dificultad escribió su nombre, una escritura irregular; al consultarle si quería escribir algo mas respondió que no podía, que no lo dejaban... quien?, "ellos, pero no puedo hablar de ellos...". Se concluyó la primera consulta porque después de su última frase no fue fácil conseguir más datos, aunque no es difícil presumir el diagnóstico. Este paciente presentó muy buena respuesta a la medicación indicada y luego de 6 meses pudo reintegrarse a sus actividades, con acompañamiento médico y psicológico, pero definitivamente, las secuelas pueden demorar años en aparecer.