

M. Sánchez Pérez¹
A. Fernández Rivas²
A. Catalán Alcántara¹
M. Prieto Etxebeste¹

Delirium por intoxicación por inhalantes: a propósito de un caso

1 Servicio de Psiquiatría. Hospital de Cruces (Vizcaya). Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

2 Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto (Bilbao). Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

Inhalant intoxication delirium: a case report

Correspondencia:

Maidier Sánchez Pérez
Servicio de Psiquiatría. Hospital de Cruces
Plaza Cruces s/n
48903 Baracaldo. Vizcaya
E-mail: maider.sanchezperez@osakidetza.net

Presentamos el caso de un paciente varón de 17 años que acudió por primera al servicio de urgencias de su hospital de referencia por un cuadro inespecífico en el que destacaban cefalea, pérdida de memoria y alteraciones del comportamiento. En dicho servicio se realizó despistaje de patología orgánica con analítica básica, TAC craneal y punción lumbar, encontrándose todos los resultados dentro de la normalidad. Se solicitó una interconsulta a Psiquiatría de Urgencias, observándose en la entrevista fenómenos de desrealización, posibles pseudoalucinaciones auditivas e interpretaciones delirantes de carácter autorreferencial. Ante la sospecha de que pudiera tratarse de un primer episodio psicótico, se pautó olanzapina 7.5 mg y el paciente fue derivado a Consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil de su Centro de Salud Mental de referencia.

Dos días después, el paciente volvió al servicio de urgencias, acompañado por su tutor, refiriendo un agravamiento de la clínica, por lo que se le derivó para ingresar a la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital de Basurto, con el diagnóstico de presunción de episodio psicótico y una pauta de tratamiento de Risperidona 6 mg/día.

Se trata de un paciente de origen marroquí que emigró a España hace año y medio. Estuvo unos meses en Barcelona con un familiar y posteriormente vino a Bilbao.

Desde hace un año vive en un hogar del Servicio de Protección a la Infancia de la Diputación Foral de Vizcaya. Cursa CIP de hostelería con buenos resultados y sus monitores le definen como un muchacho responsable, respetuoso y agradable. Es el mayor de cuatro hermanos y mantiene contacto de manera frecuente con su familia de origen. No presenta antecedentes médicos, quirúrgicos ni psiquiátricos relevantes. Consume cannabis de manera esporádica. No fue posible recoger datos en torno al embarazo, parto y desarrollo evolutivo al no ser posible el contacto con su familia de origen.

La historia actual había comenzado dos semanas antes del ingreso, momento en el que el paciente presentaba un cuadro consistente en cefalea intensa de predominio frontal, astenia, pérdida de memoria, dolor abdominal y náuseas, ansiedad y alteraciones de conducta. La clínica se presentaba de manera constante pero con una intensidad creciente, y no observaron ninguna mejoría durante los días que tomó la medicación antipsicótica pautada en urgencias. Según referían los cuidadores, aproximadamente un mes antes habían notado ciertas modificaciones en su conducta consistentes en un cambio de amistades y un comportamiento más inadecuado, con oposicionismo y actitud desafiante. Tanto por las amistades que comenzaba a frecuentar como por la actitud observada sospecharon que podría estar consumi-

238 do inhalantes orgánicos. Al interrogar al paciente sobre el consumo de tóxicos reconoció que hacía aproximadamente un mes había aumentado de manera considerable el consumo de cannabis y había comenzado a consumir inhalantes orgánicos en respuesta al malestar que le generaba el encontrarse lejos de su familia y su país. Si bien al principio consumía estos últimos en pequeñas cantidades y de manera esporádica, las últimas tres semanas había comenzado a utilizarlos de manera diaria y a altas dosis.

A la exploración, presentaba fluctuaciones en el nivel de conciencia, evidenciándose una importante dificultad para mantener la atención y la concentración, e impresionando de estar confuso. Se encontraba orientado en tiempo y espacio. Su actitud era adecuada y colaboradora en la medida en la que se lo permitían sus limitaciones lingüísticas. El lenguaje era farfullante y de difícil comprensión. Tenía un marcado nivel de ansiedad con fenómenos de despersonalización. Refería interpretaciones delirantes de carácter autorreferencial, sobre todo durante los consumos, y alucinaciones cenestésicas. En lo que a la sintomatología física se refiere, sufría una cefalea frontal pulsátil, molestias gastrointestinales, vómitos alimentarios e hiporexia. Toda la clínica referida coincidía temporalmente con el consumo de inhalantes orgánicos.

Durante el ingreso se realizaron ECG, analítica de sangre con bioquímica, hematología y hormonas (cortisol 8 horas, TSH, T4 libre y prolactina), analítica de orina con bioquímica y drogas de abuso e interconsulta al Servicio de Neurología. Los resultados de las exploraciones complementarias estuvieron dentro de la normalidad.

Al ingreso, ante la sospecha de que el cuadro clínico pudiera responder a un delirium secundario a intoxicación por inhalantes orgánicos, se decidió suspender la medicación indicada, pautar tratamiento ansiolítico con loracepam 3 mg/día y observar la evolución espontánea del paciente.

Tras 24 horas de ingreso, y 72 horas después del último consumo, el paciente experimentó una notable mejoría sintomática. Progresivamente cedió la sintomatología física, seguida de las interpretaciones delirantes y los fenómenos de ansiedad. Persistieron pensamientos de culpa, de corte obsesivo, acerca del consumo de tóxicos. Se mantuvo asintomático durante el resto del ingreso, manteniendo una buena capacidad de autocritica en torno a lo sucedido. Ante la desaparición de los síntomas de ansiedad se suspendió el loracepam.

Al alta se le derivó para seguimiento a su Centro de Salud Mental de referencia.

Las características psicopatológicas del cuadro clínico descrito, así como la resolución espontánea del mismo sin utilizar medicación antipsicótica durante el periodo de tiempo mínimo necesario, obligan, en principio, a descartar que se trate de un episodio psicótico funcional. El síntoma nuclear en nuestro paciente fue la clínica confusional, consistente en fluctuaciones del nivel de conciencia y dificultad para la atención y concentración, por lo que el diagnóstico sindrómico inicial fue de episodio confusional o delirium.

Se realizaron múltiples pruebas analíticas en sangre y orina, así como TAC craneal y punción lumbar, tratando de buscar una alteración metabólica, infecciosa o tumoral que pudieran explicar la sintomatología del paciente. Como hemos referido previamente, todas estas pruebas estuvieron dentro de la normalidad.

Los cambios más significativos en la vida del paciente las semanas previas al ingreso fueron un aumento en el consumo de cannabis y un inicio reciente y abusivo de consumo de inhalantes orgánicos. La prueba de screening para drogas de abuso fue negativa para cannabis y no presentaba signos típicos de intoxicación como son el aumento de apetito, sequedad de boca o la inyección conjuntival. Los inhalantes no se detectan en orina y el método de screening existente, la cromatografía de gases, no es accesible en la mayoría de Servicios de Urgencias. Pero podemos afirmar que presentaba múltiples síntomas orgánicos, como mareo, lenguaje farfullante, náuseas, anorexia, confusión y disminución del nivel de conciencia, compatibles con el abuso de inhalantes. Este predominio de clínica somática y confusional, así como la coincidencia temporal con un consumo abusivo de los mismos, y su resolución paralela, hacen pensar en un diagnóstico inicial de delirium por intoxicación por inhalantes.

DISCUSIÓN

Los inhalantes son sustancias volátiles que producen vapores químicos que se pueden inhalar para provocar alteración mental¹. Por lo tanto, su abuso podría definirse como la inhalación de vapores químicos con el objetivo de provocar efectos psicoactivos.

Los inhalantes orgánicos cumplen una serie de características que los hacen atractivos para la población infanto-juvenil, como son su bajo precio, fácil acceso en droguerías y supermercados y efecto rápido tanto en su inicio de acción como en su desaparición.

Su consumo tiene importantes repercusiones psíquicas y somáticas que más adelante detallaremos. Se ha aso-

ciado a abuso o dependencia de alcohol, alucinógenos, cocaína y anfetaminas, a padecer depresión mayor, a intentos de suicidio en la población adolescente² y a trastorno de personalidad antisocial³. Así mismo, puede provocar morbi-mortalidad cardiaca, renal, hepática y neurológica⁴.

Estas características hacen que puedan convertirse en un importante problema de salud en nuestro entorno, como ya lo es en otros países. La mejor manera de frenar el abuso de inhalantes es la detección temprana, antes de que cause consecuencias graves para la salud¹. La detección es difícil pero hay una serie de signos que pueden hacernos sospechar, tales como el olor a producto químico en la ropa o el aliento, la rinorrea, llagas periorales, inyección conjuntival, mareo, aturdimiento, anorexia, ansiedad, irritabilidad e insomnio⁵.

En la intoxicación aguda por inhalantes destacan los efectos sobre el SNC. Además, estos compuestos son muy lipofílicos por lo que rápidamente provocan síntomas sugestivos de depresión del SNC como disartria, ataxia, desorientación y alucinaciones visuales. El cuadro clínico puede evolucionar y llegar al coma, convulsiones y depresión respiratoria. También se han descrito efectos secundarios al consumo crónico como son atrofia cortical, daño cerebeloso difuso y neuropatía periférica⁶.

Los efectos somáticos son potencialmente peligrosos. A bajas dosis provocan hipotensión leve y taquicardia y a dosis altas bajo gasto cardiaco y bradicardia. La toxicidad pulmonar puede ser directa sobre el tejido o mediada por asfixia durante la inhalación. En el riñón pueden causar acidosis renal tubular, cálculos y glomerulonefritis, siendo especialmente tóxico el tolueno. También pueden provocar hepatitis tóxica y afectación de la médula ósea⁶. Por último, no podemos obviar el riesgo de muerte derivado de la intoxicación que puede darse por múltiples causas como aspiración, traumatismo, asfixia o fallo cardiaco entre otros. En muchas ocasiones está causada por el "síndrome de muerte súbita por inhalación". Esto ocurre cuando el paciente intoxicado sufre un episodio de agitación, provocando una liberación masiva de catecolaminas que provocan fibrilación ventricular⁵.

En la mayoría de los casos, salvo que la intoxicación sea grave, estos pacientes no solicitan atención médica. En caso de que esto no sea así, debemos asegurar la vía

aérea, la función respiratoria y la circulatoria. La monitorización cardiaca es recomendable debido al riesgo de muerte súbita. Asimismo se valorarán los signos vitales, cardiopulmonares y neurológicos. Debido a la importante afectación somática secundaria al uso de inhalantes, es importante realizar una analítica que incluya hematemetría, saturación de oxígeno, glucemia y marcadores de función hepática y renal. Es importante descartar mediante análisis el consumo concomitante de otros tóxicos⁶.

El tratamiento psiquiátrico será sintomático, prestando especial atención a la confusión y a las alteraciones de conducta. Si éstas son severas utilizaremos antagonistas dopaminérgicos como haloperidol, con especial precaución dada la disminución del umbral convulsivo que estos pueden provocar. Las benzodiacepinas serán útiles para el control de la ansiedad que generan estos cuadros, especialmente una vez ha cedido la fase aguda, pero seremos especialmente cautos con su utilización y las evitaremos en caso de existir riesgo de depresión respiratoria⁷. En todo caso, estos pacientes deberán ser derivados a sus centros de Salud Mental de referencia para asegurar un tratamiento a largo plazo del abuso de tóxicos y de la patología psiquiátrica que se asocia con elevada frecuencia^{2,3}.

BIBLIOGRAFÍA

1. National institute On Drug Abuse. Inhalant Abuse. NIH 05-3818. National Institute of Health, 2005.
2. Sakai JT, Hall SK, Mikulich-Gilbertson SK, Crowley. Inhalant use, abuse, and dependence among adolescent patients: commonly comorbid problems. *J Am Acad Adolesc Psychiatry*, 43:1080-1088, 2004.
3. Compton WM III, Cottler LB, Dinwiddie SH, Spitznagel EL, Mager DE, Asmus G. Inhalant use: characteristics and predictors. *Am J Addict* 3: 263-272, 1994.
4. American Academy of Pediatrics. Inhalant abuse. *Pediatrics* 97: 420-423, 1996.
5. Anderso CE, Loomis GA. Recognition and prevention of inhalant abuse. *Am Fam Physician* 68: 869-874, 2003.
6. Kurtzman TL, Otsuka KN, Wahl RA. Inhalant abuse by adolescents. *J Adolesc Health* 28: 170-180, 2001.
7. Trastornos relacionados con inhalantes. En: Sadock BJ, Sadock VA, editores. *Sinopsis de Psiquiatría*. Barcelona: Waverly Hispanica S.A; 2004.