

SIN BIBLIOGRAFÍA

LoveDrug: cuando la diversión se convierte en fatalidad

Simão Aiex L¹, Morillas Fernández M^aL²

¹Médico de Familia. CS San Miguel.
Distrito Sanitario Costa del Sol

²Médico Especialista en Medicina Legal y Forense

CORRESPONDENCIA

Leticia Simão Aiex
E-mail: leticia.aiex@gmail.com

Recibido el 25-04-2018; aceptado para publicación el 25-04-2018
Med fam Andal. 2018; 2: 173-174

Varón de 24 años de edad, sin antecedentes personales de interés ni alergias medicamentosas conocidas, natural de Ceuta, que tras una noche de fiesta empieza con sensación de inestabilidad y temblor de miembros acompañado de sudoración profusa e inconsciencia en pocos minutos.

Es atendido por personal de urgencias extrahospitalarias, tras aviso de la policía, que lo encuentran inconsciente en la calle, arreactivo con única respuesta a estímulos dolorosos tipo retirada. Según refiere su hermano y amigos había consumido MDA y niegan consumo de otras sustancias tóxicas.

Exploración física y neurológica: Glasgow 3/15, pupilas midriáticas arreactivas. Tensión arterial 88/45. Glucemia capilar 138. Saturación de oxígeno 88%. Temperatura: 37,5°C. Electrocardiograma: taquicardia a 160 lpm de QRS ancho compatible con taquicardia ventricular. Se administra flumazenilo y naloxona sin respuesta.

A su llegada a hospital se canaliza vía central femoral derecha, se extrae analítica: leucocitosis, creatina quinasa 1908 U/L, osmolaridad plasmática ligeramente elevada, ácido láctico en sangre 18 mg/dl, troponina I 6,4 ng/mL, fallo renal agudo. Gasometría venosa: pH 7,031, pCO₂ 72,3 mmHg, Bicarbonato 19,1 mmol/L. Resto normal. En orina se detectan anfetamina, metanfetamina y metildioximetanfetamina.

Poco tiempo después entra en asistolia, iniciándose de forma inmediata medidas de RCP avanzada sin respuesta tras pasados 50 minutos, por lo que se da al paciente por muerto. Se le administra bicarbonato y adrenalina según pautas establecidas. Ecocardiograma periparada: asistolia con dilatación moderada de cavidades derecha, sin derrame pericárdico.

Se activa protocolo de muerte judicial contactando con juzgado de guardia.

La MDA (3,4-metilendioxianfetamina) es un metabolito de la MDMA (3,4-metilenedioximetanfetamina) -*éxtasis*- y gran responsable de la neurotoxicidad de ésta, ya que presenta una mayor potencia que MDMA. Fue sintetizada en 1910 probándose como antiparkinsoniano y comercializada como anorexígeno y antidepressivo.

En su diseminación recreacional fue denominada *LoveDrug* por sus efectos incitadores del contacto interpersonal, sociabilidad, empatía, euforia, sensación de autoestima aumentada, desinhibición, deseo sexual aumentado (experimentación subjetiva de intensificación en la experiencia sexual), locuacidad, inquietud, confusión. Sin embargo, puede producir hipertensión arterial, arritmias cardíacas, shock cardiovascular, coagulación intravascular diseminada, rabdomiolisis, insuficiencia renal aguda, espasticidad muscular, y convulsiones.

La hipertermia es el efecto secundario más frecuente y temido entre los consumidores, y es conocida, entre estos, como “golpe de calor”, por lo que ingieren grandes cantidades de agua incluso llegando a producir hiponatremia secundaria. También se han descrito síntomas psiquiátricos como ansiedad, agitación, psicosis y depresión además de hiperactividad simpática que se podrían controlar con benzodiazepinas orales, sublinguales o por vía parenteral (midazolam o diazepam). Si presenta estado psicótico reactivo se debe valorar la contención física así como el uso de neurolépticos tipo olanzapina o risperidona. Los efectos neurotóxicos sobre los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico cerebrales pueden explicar el desarrollo de enfermedad de Parkinson en edades tempranas o déficits neurológicos tempranos.

La vía de administración es oral y las dosis de consumo habituales rondan entre 60 y 100 mg por toma y su efecto dura aproximadamente 8 horas. Las dosis superiores a 150 mg son tóxicas.

Se han descrito casos de muerte por consumo excesivo de MDMA y sus análogos, hipertermia maligna y complicaciones cardiovasculares. Pese a ello, y dado al amplio consumo, principalmente desde año 2000, se cree que tienen un perfil se-

guro con una prevalencia de 5 muertes/100000 consumidores.

No existe antídoto y el tratamiento será sintomático con medidas generales de soporte, prestando atención a la temperatura, control iónico y reposición hídrica. Se debe monitorizar la diuresis por el alto riesgo de desarrollar insuficiencia renal aguda; y pese a que se trata de una base débil y la diuresis forzada ácida incrementaría la eliminación de la sustancia (MDMA), esta está desaconsejada porque también aumenta la precipitación de mioglobina causada por la rhabdomiolisis lo que puede provocar fracaso renal agudo.

Si el tiempo desde la ingesta es inferior a 2 horas estaría indicada la descontaminación digestiva con una dosis de carbón activado (30-50g). El lavado gástrico es una alternativa y/o complemento al carbón activado sobre todo si el paciente ha convulsionado o tiene alteración del nivel de consciencia.

Así, en casos de sospecha de intoxicación por este tipo de sustancias, es primordial que exista una actuación rápida y coordinada de los profesionales, con ingreso en UCI sin demora a fin de evitar desenlaces fatales.