



LA SOSPECHA DEL CONSUMO DE CANNABIS COMO CAUSA DE SÍNTOMAS DIGESTIVOS REQUIERE UNA ANAMNESIS CUIDADOSA

Edel Berroa de la Rosa, Luis Fernández Salazar, Ana Macho Conesa, Rocío Aller de la Fuente, Sara Gómez de la Cuesta

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN

El síndrome de "hiperémesis cannabinoide" se presenta en personas susceptibles que tienen historia de consumo crónico de cannabis, se caracteriza por episodios de náuseas graves y recurrentes con vómitos, y dolor abdominal, estos individuos suelen adoptar una conducta particular caracterizada por baños o duchas de agua caliente de forma compulsiva.

En muchas ocasiones durante el estudio de estos pacientes se realizan diversas pruebas diagnósticas, sin embargo, esto no es necesario a menos que se desee descartar otras patologías, ya que el diagnóstico se basa en criterios clínicos. Dicha sintomatología se resuelve con el cese del consumo de cannabis.

A continuación se presenta el caso de un varón de 31 años, consumidor crónico de cannabis durante 15 años, con dolor abdominal y vómitos cíclicos que motivaron varios ingresos y la realización de múltiples pruebas diagnósticas que no presentaban alteraciones. Dada la clínica surge la sospecha de su posible relación con el cannabis y reinterrogando al paciente se constata que sus síntomas mejoraban con duchas de agua caliente. Apoyando así la sospecha de "síndrome de hiperémesis cannabinoide".

PALABRAS CLAVE

Dolor abdominal, cannabis, hiperémesis por cannabinoides.

Sr. Director:

Presentamos el caso de un varón de 31 años, sin antecedentes médicos de interés. Exfumador y consumidor activo de cigarros de cannabis, refería que su consumo era en torno a cuatro cigarros al día desde hacía 15 años. En tratamiento médico habitual con lorazepam y cetirizina. Ingresó por dolor abdominal que comprendía flanco izquierdo y epigastrio, tipo cólico, opresivo que aumentaba progresivamente, no irradiado, asociado a vómitos en relación con los accesos de dolor. No refería desencadenante aparente de sus síntomas. Sin alteración del ritmo intestinal, sin fiebre ni relación con la deposición o la ingesta. Había realizado su última deposición de características normales el día previo al ingreso. Previamente había estado ingresado en dos ocasiones

por dicho cuadro clínico a lo largo de 2 años. Refería que sus síntomas se habían iniciado desde hacía 5 años, pero que mostraban aumento tanto en intensidad como en su frecuencia, además asociaba sudoración y pérdida de 12 kg de peso.

A su ingreso presentaba buen estado de nutrición e hidratación, buena coloración de piel y mucosas, se encontraba afebril. A la exploración física mostraba un abdomen doloroso a palpación de flanco e hipocondrio izquierdo y epigastrio, con leve defensa, sin signos de irritación peritoneal.

Dentro de las exploraciones complementarias, los análisis de sangre mostraban una leucocitosis (11600 leucocitos/ul) y una elevación leve de amilasa (112 U/l) como se había objetivado en ingresos previos, creatinina 261 U/l y PCR <1 mg/dl. La determinación de tóxicos en orina fue positivo para cannabis y benzodiazepinas. Las radiografías de tórax y abdomen no mostraban alteraciones.

Contaba con estudio previo que incluía numerosas pruebas de imagen radiológicas (ecografía abdominal, tomografía abdominal computarizada, tránsito gastrointestinal), así como esofagogastroscoopia y colonoscopia, sin lesiones relevantes que pudieran justificar su sintomatología, así como biopsias de duodeno y de íleon, serología de enfermedad celíaca, autoanticuerpos y antitransglutaminasa dentro de los parámetros normales, y estudios de heces negativos.

Dada la sospecha de que la causa de sus síntomas fuese el consumo crónico de cannabis se preguntó al paciente qué es lo que hacía cuando se encontraba mal, a lo que el paciente respondió que había adquirido el hábito de ducharse con agua caliente porque aliviaba los síntomas.

Durante el ingreso presentó algunos episodios de dolor que fueron controlados con analgesia habitual. Tras la introducción de la dieta se objetivó buena tolerancia oral, sin nuevos episodios de vómitos. En los controles analíticos no se objetivaron hallazgos de interés y se normalizaron los niveles de amilasa. Se mantuvo afebril durante todo el ingreso. El paciente fue informado de la relación de su sintomatología con el consumo de cannabis y recibió recomendaciones para la abstinencia.

TRABAJO ENVIADO: 10-julio-2015

ACEPTADO PARA SU PUBLICACIÓN: 4-diciembre-2015

CORRESPONDENCIA:

Edel Berroa de la Rosa
C/ Ramón y Cajal 3 • 47005 Valladolid, España
e-mail: dra.edelberroa@hotmail.com
Tel: 983 42 00 00 ext 86270

DISCUSIÓN

El uso de sustancias ilícitas es cada vez más prevalente y según la Organización Mundial de la Salud, se estima que unos 27 millones de personas a nivel mundial son adictos a estas sustancias⁽¹⁾. El cannabis es el término genérico de las preparaciones derivadas de la planta de *Cannabis sativa*. Es considerada como la sustancia de uso ilegal más común a nivel mundial. Se estima que en el año 2010 causó 2 millones de discapacitados (ajustado por años de vida)^(1,2) y que aproximadamente 160 millones de personas ó un 4% de la población mundial de edades comprendidas entre 15 y 64 años han consumido esta sustancia por lo menos una vez durante el año 2014⁽³⁾.

El cannabis es empleado en el entorno médico para el tratamiento de las náuseas y vómitos, como es el caso de los pacientes en tratamiento con quimioterapia, además aumenta el apetito y mejora los cuadros de ansiedad en determinados individuos. A pesar de ello se ha descrito que el consumo de cannabis a largo plazo puede ocasionar múltiples manifestaciones a nivel sistémico. Se conoce que el uso de esta sustancia aumenta el riesgo de padecer un cáncer de pulmón, sin embargo, se ignora la magnitud del riesgo. Así mismo, se ha asociado a exacerbación de los síntomas en pacientes con trastornos psicóticos establecidos, como la esquizofrenia. Puede suponer un riesgo de evento cardiovascular en pacientes mayores con enfermedad coronaria o cerebrovascular⁽³⁾.

El consumo crónico de cannabis puede causar en determinadas personas de forma paradójica episodios de náuseas graves y recurrentes, vómitos, y dolor abdominal, que se resuelve con el cese de su consumo, estos individuos suelen adoptar una conducta particular caracterizada por baños o duchas de agua caliente de forma compulsiva, dicho cuadro clínico es conocido con el nombre de síndrome de "hiperémesis cannabinoide", descrito por primera vez en el 2004 por Allen et al^(1,3). En el estudio de Simonetto et al sobre este síndrome que incluyó una serie de casos de 98 pacientes, se han propuesto unos criterios clínicos para la hiperémesis cannabinoide. En primer lugar, es esencial para el diagnóstico una historia de uso de cannabis de larga evolución, y como criterios mayores náuseas y vómitos cíclicos graves, resolución del cuadro con el cese del uso del cannabis, alivio de los síntomas con baños calientes, dolor abdominal epigástrico o periumbilical y uso semanal de marihuana. Otros criterios de apoyo al diagnóstico, como son la ausencia de alteración del hábito intestinal, tener menos de 50 años de edad, pérdida de más de 5kg de peso, predominio matutino de los síntomas y resultados negativos de las pruebas diagnósticas (laboratorio, radiológicas y endoscópicas). Sin embargo, es necesario validar dichos criterios⁽⁴⁾. En

el caso que presentamos, el paciente cumplía con todos los criterios a excepción del predominio matutino de sus síntomas.

Un estudio que buscaba examinar la asociación entre el uso de marihuana y las duchas con agua caliente o baños compulsivos de agua caliente en adultos con síndrome de vómitos cíclicos, mostró que existía una asociación significativa con el uso de marihuana, aunque no es considerado patognomónico. Los baños con agua caliente mejoran la sintomatología durante el episodio, pero el mecanismo fisiopatológico es desconocido⁽⁵⁾. Hay diversas propuestas para explicar cómo las duchas de agua caliente pueden mejorar las molestias gastrointestinales, incluyendo el efecto relajante generalizado de las mismas. Los baños calientes pueden aumentar la temperatura corporal lo suficiente para revertir el estímulo crónico del receptor cannabinoide hipotalámico que puede ser la causa de las náuseas⁽⁶⁾. El 66% de pacientes incluidos en el estudio además referían dolor abdominal. El mismo estudio igualmente reportó que a muchos pacientes se les había realizado estudio extenso por la sintomatología que referían así como ecografía, tomografía axial computarizada, colonoscopia, e incluso colecistectomía⁽⁵⁾.

Las drogas constituyen el 2% de las causas de pancreatitis aguda y se han descrito casos de pancreatitis aguda en relación con el consumo de cannabis, y aunque se desconoce el mecanismo se cree que es a través del receptor cannabinoide tipo 1 y que el efecto puede ser dosis dependiente^(7,8). En nuestro paciente se objetivó una elevación de amilasa leve y puntual que dado la evolución clínica y analítica no apoyó el diagnóstico de pancreatitis aguda.

El diagnóstico de este síndrome está basado únicamente en criterios clínicos, no es necesario realizar exámenes radiológicos ni de laboratorio, a menos que se requiera descartar otras patologías gastrointestinales⁽¹⁾.

La clave para la resolución de los síntomas a largo plazo está en el cese del consumo de cannabis. Además es recomendable proporcionar asesoría y seguimiento para ayudar al paciente a abandonar su uso totalmente⁽⁹⁾.

CONCLUSIÓN

Cuando el médico se encuentra ante un paciente con historia de consumo de cannabis de larga evolución, con cuadro clínico determinado por náuseas y vómitos de características cíclicas debe indagar con cuidado, dada la habitual reticencia del paciente a aceptar esta posibilidad, si las duchas o baños de agua caliente suponen mejoría del paciente, lo que apoyaría el diagnóstico de síndrome de hiperémesis cannabinoide.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cha JM, Kozarek RA, Lin OS. Case of cannabinoid hyperemesis syndrome with long-term follow-up. *World J Clin Cases* 2014; 2(12): 930-3.
2. Degenhardt L, Ferrari AJ, Calabria B, Hall WD, Norman RE, McGrath J, et al. The global epidemiology and contribution of cannabis use and dependence to the global burden of disease: Results from the GBD 2010 Study. *PLOS One* 2013; 8(10):1-13.
3. Teitelbaum SA, DuPont RL, Bailey JA. Cannabis use disorder: Treatment, prognosis, and long-term medical effects. (Monografía en Internet). Up to Date; 2015 (acceso 23 de mayo de 2015). Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
4. Simonetto DA, Oxentenko AS, Herman ML, Szostek JH. Cannabinoid hyperemesis: a case series of 98 patients. *Mayo Clin Proc* 2012; 87(2): 114-9.
5. Venkatesan T, Sengupta J, Lodhi A, Schroeder A, Adams K, Hogan WJ, et al. An internet survey of marijuana and shower use in adults with cyclic vomiting syndrome. *Exp Brain Res* 2014; 232:2563-70.
6. Nicolson SE, Denysenko L, Mulcare JL, Vito JP, Chabon B. Cannabinoid hyperemesis syndrome: a case and review of previous reports. *Psychosomatics* 2012; 53(3): 212-9.
7. Wargo KA, Geveden BN, McConnell VJ. Cannabinoid-Induced Pancreatitis: A Case Series. (*JOP*) *J Pancreas (Online)* 2007; 8(5):579-83.
8. Kayar Y, Ero lu H, Pamukçu Ö, Cetin H, Kocas O, Atci M. Cannabinoid-induced acute pancreatitis. *Turk J Gastroenterol* 2014; 25: 335-6.
9. Lu ML, Agito MD. Cannabinoid hyperemesis syndrome: Marijuana is both antiemetic and proemetic. *Cleve Clin J Med* 2015 Jul; 82 (7):429-34.