

Deterioro cognitivo secundario a trastorno por uso de benzodiacepinas y su reversibilidad: a propósito de un caso

Cognitive impairment induced by benzodiazepine use disorder and its reversibility: a case report

ADRIANA FORTEA*, GIOVANNI ORIOLO*, RAQUEL SÁNCHEZ-VALLE**, MAGDA CASTELLVÍ**, MERCEDES BALCELLS***

*Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Clínic. Barcelona. España; **Unidad de Alzheimer y Otros Trastornos Cognitivos. Servicio de Neurología. Hospital Clínic. Barcelona. España; ***Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Clínic. Barcelona. España.

Sr. Director,
El consumo de benzodiacepinas (BZDs) es un problema generalizado en nuestro país. Los ansiolíticos e hipnóticos, empleados para el tratamiento del insomnio y la ansiedad, se encuentran entre los fármacos más prescritos de los últimos años (Hollingsworth y Siskind, 2010). Durante el período 2003-2010 se ha registrado en España un incremento del 34,5% en el consumo de dichos fármacos, superior a otros países de la Unión Europea (Vicente et al., 2013). Posiblemente, la baja tolerancia al malestar y el ritmo de vida de la sociedad actual han convertido a las BZDs en uno de los principales fármacos demandados en consultorios de Atención Primaria y Psiquiatría.

Sin embargo, estos medicamentos no son la panacea. La eficacia a largo plazo es cuestionable y en cualquier caso el balance riesgo-beneficio es pobre (Baldwin, Woods, Lawson y Taylor, 2011), motivo por el cual las guías clínicas internacionales desaconsejan su uso prolongado (NICE, 2011). Además de los conocidos riesgos de tolerancia, abuso y dependencia, hemos querido poner especial atención en sus efectos sobre la cognición. Los efectos a largo plazo sobre la memoria continúan siendo un tema a debate, aunque son muchos los estudios que han observado un mayor riesgo de demencia y/o deterioro cognitivo (DC) en usuarios crónicos de BZDs (Billioti de Gage et al., 2012). Pero, ¿son estas alteraciones reversibles? La evidencia apunta que, en el caso de mejoría, ésta es únicamente parcial (Barber, Greenwood, Jackson y Crowe, 2004).

Presentamos el caso de una mujer de 48 años con historia de abuso de BZDs que ingresó a cargo de la Unidad de Conductas Adictivas en el Hospital Clínic de Barcelona para desintoxicación. Inició consumo de BZDs a los 44 años a raíz del diagnóstico de Trastorno Adaptativo. En el momento del ingreso refería tomar 8-10mg de clonazepam y 10-15mg de diazepam a diario, junto con 20mg de paroxetina, manifestando ansiedad somática moderada fluctuante, irritabilidad y olvidos frecuentes. Entre sus antecedentes destacaba únicamente hábito tabáquico. Una resonancia magnética cerebral realizada dos años atrás por cefalea informaba de leve atrofia cortical de predominio frontal. Durante el ingreso se realizó pauta de desintoxicación con clonazepam titulado hasta 8mg/día con reducción progresiva hasta su suspensión y pregabalina 75mg/día como adyuvante, pudiendo ser considerada como opción farmacológica en el tratamiento de desintoxicación (Oulis y Konstantakopoulos, 2012). También se intercambió paroxetina por escitalopram 15mg/día. Se objetivó clínica sugestiva de DC por lo que se contactó con el servicio de Neurología que indicó tomografía por emisión de positrones con fluorodesoxiglucosa (FDG-PET) para descartar alteraciones metabólicas centrales sin encontrarse hallazgos patológicos. El resto de pruebas complementarias (incluyendo analítica sanguínea con perfil tiroideo, serologías víricas, vitamina B12 y ácido fólico) fueron normales. Al alta fue derivada a la Unidad de Alzheimer y Otros Trastornos Cognitivos donde se llevó a cabo una valoración neu-

Recibido: Febrero 2016; Aceptado: Marzo 2016.

Enviar correspondencia a:

Adriana Fortea, Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Clínic. Calle Villarroel 170. 08036 Barcelona. España.
E-mail: fortea@clinic.ub.es

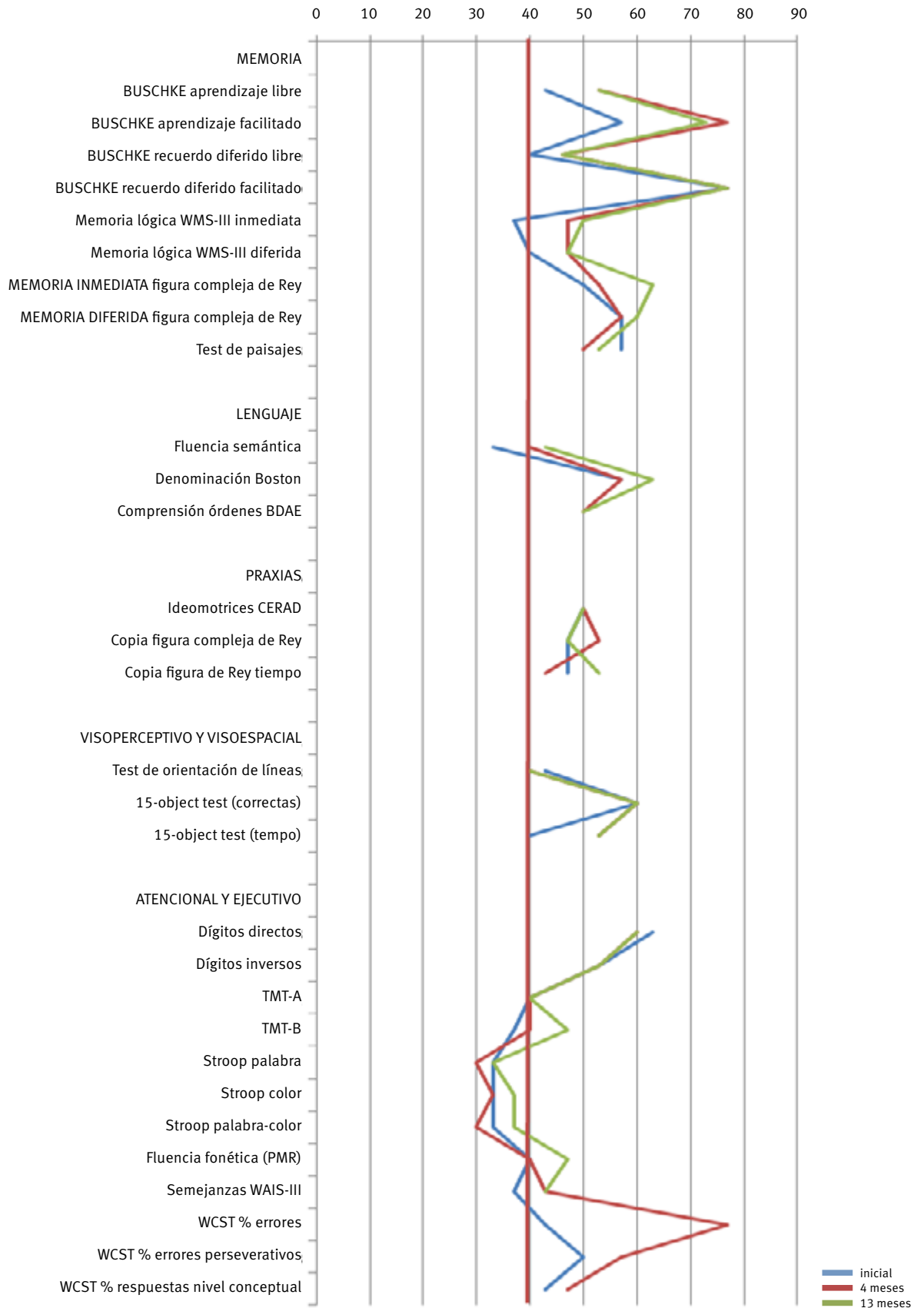


Figura 1. Exploración neuropsicológica comparativa inicial 4 y 13 meses tras la abstinencia. Se aprecia mejoría en diversas áreas cognitivas evaluadas.

ropsicológica que mostró afectación de procesos ejecutivos y leve enlentecimiento del procesamiento de la información; un perfil de rendimiento compatible con disfunción de áreas prefrontales dorsolaterales. En el seguimiento la paciente mantuvo tratamiento con escitalopram a dosis de 15mg/día y pregabalina 50mg/día. Nuevas valoraciones fueron realizadas 4 y 13 meses después, manteniendo abstinencia a BZDs (evidenciado mediante controles semanales de orina). Se observó mejoría significativa de procesos atencionales, ejecutivos y en la memoria lógico-verbal (Figura 1), mejoría percibida también de forma subjetiva por la paciente y familiares, reportando incremento en su funcionalidad y calidad de vida.

La mejoría en las pruebas neuropsicológicas en nuestra paciente hasta un año después de la retirada BZDs así como la normalidad de las pruebas complementarias realizadas nos sugiere una relación causa-efecto. Una retirada precoz de tratamientos crónicos con BZDs, especialmente en pacientes de alto riesgo o en aquellos que presenten signos incipientes de DC, puede ayudar a mejorar de forma significativa la calidad de vida y la funcionalidad de estas personas en múltiples ámbitos, incluidas actividades esenciales como el rendimiento laboral o la conducción de vehículos (Álvarez, González-Luque y Seguí-Gómez, 2015), así como a evitar déficits irreversibles. Autores como Lader (Lader, 2012) han hecho un llamamiento para reducir los riesgos relacionados con las BZDs, remarcando la importancia de ceñirse a las indicaciones de las guías de práctica clínica limitando así su empleo a 2-4 semanas para la ansiedad y 1-2 para el insomnio, informando a los usuarios correctamente, empleando otros fármacos de primera línea como los ISRS o la pregabalina (Hadley, Mandel y Schweizer, 2012) y, en casos más graves, optando por una política de reducción de daños como la empleada en adicciones por otro tipo de tóxicos. Más allá, consideramos que juega un papel muy importante la concienciación de personal sanitario tanto específico de Salud Mental como a nivel de Primaria, quienes deberían optar por un adecuado manejo y seguridad a largo plazo frente a un alivio inmediato de los síntomas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Álvarez, F. J., González-Luque, J. C. y Seguí-Gómez, M. (2015). Drogas, Trastorno por Uso de Sustancias y Conducción: La intervención de los profesionales que trabajan en adicciones. *Adicciones*, 27, 161-167.
- Baldwin, D., Woods, R., Lawson, R. y Taylor, D. (2011). Efficacy of drug treatments for generalised anxiety disorder; systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 342, d1199. doi:10.1136/bmj.d1199.
- Barker, M. J., Greenwood, K. M., Jackson, M. y Crowe, S. F. (2004). Persistence of cognitive effects after withdrawal from long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19, 437-454.
- Billioti de Gage, S., Bégaud, B., Bazin, F., Verdoux, H., Dartigues J. F., Pérès, K.,... Pariente, A. (2012). Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *British Medical Journal*, 345, e6231. doi:10.1136/bmj.e6231
- Hadley, S. J., Mandel, F. S. y Schweizer, E. (2012). Switching from long-term benzodiazepine therapy to pregabalin in patients with generalized anxiety disorder: a double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Psychopharmacology*, 26, 461-470. doi:10.1177/0269881111405360.
- Hollingworth, S. A. y Siskind, D. J. (2010). Anxiolytic, hypnotic and sedative medication use in Australia. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 19, 280-288. doi:10.1002/pds.1899.
- Lader, M. (2012). Benzodiazepine harm: how can it be reduced? *British Journal of Clinical Pharmacology*, 77, 295-301. doi:10.1111/j.1365-2125.2012.04418.x
- NICE. (2011). Anxiety. Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. *Clinical Guideline 113*.
- Oulis, P. y Konstantakopoulos, G. (2012). Efficacy and safety of pregabalin in the treatment of alcohol and benzodiazepines dependence. *Expert Opinion on Investigational Drugs*, 21, 1019-1029. doi:10.1517/13543784.2012.685651.
- Vicente, M. P., Sánchez, V., Macías, D., de la Fuente, C., González, D., Montero, D. y Catalá, F. (2013). Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos en España durante el período 2000-2011. *Revista Española de Salud Pública*, 87, 247-255.