

Cocaína y riesgo vascular cerebral

Guillermo Burillo-Putze ^a, Marcos Expósito-Rodríguez ^a, Emilio Alonso-Lasheras ^a, Lucian Zdaire ^a, Antonio Dueñas-Laita ^b

^a Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife. ^b Unidad Regional de Toxicología Clínica. Hospital Universitario Río Ortega. Valladolid, España.

Correspondencia: Dr. Guillermo Burillo Putze. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Canarias. Ofra, s/n. E-38320 La Laguna (Tenerife).

E-mail: gburillo@telefonica.net

Aceptado: 24.07.12.

Cómo citar este artículo: Burillo-Putze G, Expósito-Rodríguez M, Alonso-Lasheras E, Zdaire L, Dueñas-Laita A. Cocaína y riesgo vascular cerebral [carta]. Rev Neurol 2012; 55: 384.

© 2012 Revista de Neurología

El trabajo de Carcelén-Gadea et al [1] aporta novedosos datos sobre el consumo de cocaína y su relación con la patología vascular cerebral en nuestro país. Así, en nuestra opinión, la cocaína debe considerarse como un factor más de riesgo cardiovascular/vasculocerebral [2]. A pesar de que en su serie no haya diferencias entre el grupo de consumidores de cocaína y el grupo control en los parámetros clínicos, topográficos y de morbimortalidad, la mayor juventud del grupo de consumidores y el uso concomitante de otras drogas hacen que el riesgo cardiovascular de estos pacientes aumente y sólo sea cuestión de tiempo la aparición de eventos clínicos vasculocerebrales [3,4].

Nuestro grupo ha investigado el consumo oculto de cocaína (no admitido por el paciente pero detectado en orina) en menores de 65 años que consultaban a un Servicio de Urgencias por síntomas neurológicos, encontrando una prevalencia del 5,9% [5]. Al igual que en la serie de Carcelén-Gadea et al, no hubo diferencias en la realización de pruebas complementarias, estancia en urgencias, ingresos ni estancia hospitalaria. Quizás hubiera sido interesante co-

nocer el porcentaje de consumo oculto en esa serie. No obstante, en ambos estudios, el número de pacientes incluidos no permite establecer conclusiones sólidas sobre la ausencia de diferencias en estos aspectos en relación con el consumo de cocaína, aunque sí permiten calcular el tamaño muestral para realizar estudios de base poblacional.

Llama la atención el alto porcentaje de ictus isquémicos frente al de hemorragias (atribuidas generalmente a emergencias hipertensivas), lo que indica, al igual que ocurre con el síndrome coronario agudo, una probable mayor presencia de fenómenos aterotrombóticos y de agregabilidad plaquetaria en las arterias cerebrales [3,4]. También se observa que no hubo ningún caso de afectación del territorio vertebrobasilar, frente a la serie de Rodríguez-Gómez et al [6], donde aparecía como único territorio afectado, aunque sólo incluía tres pacientes.

Respecto a la metodología, queremos apuntar que sólo se consideraron consumidores de cocaína a quienes dieron positivo en la determinación urinaria, y que parece que no se preguntó por su consumo a los enfermos del grupo control, en el cual podrían haber usuarios de cocaína que no hubieran realizado un consumo lo suficientemente reciente como para dar positivo.

Como apuntan los autores y otros grupos, debe preguntarse y buscarse analíticamente el consumo de cocaína en todo sujeto menor de 50-65 años que acuda a urgencias por patología vascular cerebral aguda, aunque también probablemente en la subaguda [7] o crónica [8], en las consultas externas y en la hospitalización programada [9]. Además, cuanto más joven sea el paciente, debe incluirse en la anamnesis la búsqueda de las nuevas drogas, conocidas como *smart drugs* (mefedrona, BZP, *khat*, etc.), fácilmente accesibles a través de Internet y en algunos casos todavía sin ilegalizar en nuestro país, y que tienen unos efectos 'recreativos' y tóxicos cocaína-*like* [10]. Además, estas sustancias no se detectan por el momento en los laboratorios de

los hospitales ni en los kits de diagnóstico rápido de tipo cualitativo de uso frecuente en urgencias hospitalarias [11,12].

Bibliografía

1. Carcelén-Gadea ME, Pons-Amate JM, Climent-Díaz B, García-Escrivá D, Guillén-Fort C. Implicación de la cocaína en la patología vascular cerebral. Rev Neurol 2012; 54: 664-72.
2. Burillo-Putze G, Hoffman RS, Dueñas-Laita A. Cocaína como posible factor de riesgo cardiovascular. Rev Esp Cardiol 2004; 57: 595-6.
3. Domínguez-Rodríguez A, Abreu-González P, Enjuanes-Grau C, Juárez-Prera R, Arroyo-Ucar E, Burillo-Putze G. El ligando soluble CD40 en pacientes con síndrome coronario agudo consumidores de cocaína. Emergencias 2011; 23: 104-7.
4. Domínguez-Rodríguez A, Abreu-González P, Enjuanes-Grau C, Blanco-Palacios G, Pérez-Carrillo MA, Burillo-Putze G. Estrés oxidativo y marcadores de inflamación en pacientes con síndrome coronario agudo consumidores de cocaína. Med Clin (Barc) 2010; 134: 152-5.
5. Vallbona-Afonso E, Borreguero-León JM, Miró-Andreu O, Burillo-Putze G. Consumo oculto de cocaína en urgencias neurológicas. Aten Primaria 2010; 42: 243-5.
6. Rodríguez-Gómez D, Mouriño-López Y, Marnotes-González J. Ictus isquémico asociado al consumo de cocaína. Rev Neurol 2010; 50: 126-7.
7. Supervía A, Aguirre A, Clemente C, Iglesias ML, Skaf E, Echarte JL. Factores que influyen en la realización de una valoración psiquiátrica en pacientes que consultan por intoxicación por cocaína. Emergencias 2010; 22: 91-5.
8. Miró O, Galicia M, Sánchez M, Nogué S. Factores que determinan la reconsulta a urgencias tras una atención urgente por consumo de cocaína. Emergencias 2010; 22: 408-14.
9. Lorea I, Fernández-Montalvo J, Tirapu-Ustároz J, Landa N, López-Goñi JJ. Rendimiento neuropsicológico en la adicción a la cocaína: una revisión crítica. Rev Neurol 2010; 51: 412-26.
10. Burillo-Putze G, Díaz BC, Pazos JL, Mas PM, Miró O, Puiguirguer J, et al. Drogas emergentes (I): las *smart drugs*. An Sist Sanit Navar 2011; 34: 263-74.
11. Burillo-Putze G, Climent-García B, Medina-Vega L, Toledo-Ravelo A. Las *smart-drugs*: un nuevo reto clínico en urgencias y emergencias. Emergencias 2010; 22: 478.
12. Burillo-Putze G, Domínguez-Rodríguez A, Abreu-González P, Nogué-Xarau S. *Khat*, mefedrona y dolor torácico. Med Clin (Barc) 2011; 137: 712-3.