B. Martín Morgado¹
F. J. Vaz Leal^{1,2}
M. Bolívar Perálvarez¹
J. A. Guisado Macías¹

Eficacia del bupropión en el tratamiento de la dependencia de pemolina

¹ Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario Infanta Cristina
Badajoz

² Área de Psiquiatría
Facultad de Medicina
Universidad de Extremadura
Badajoz

Presentamos el caso de una mujer que solicita evaluación psiquiátrica por llevar 6 meses consumiendo pemolina en unas dosis de entre 100 y 150 mg/día, encontrándose con dificultades para abandonar el consumo de dicha sustancia. La instauración de 300 mg/día de bupropión resuelve la dependencia que tenía la enferma. Proponemos el uso de antidepresivos como el bupropión para el tratamiento de conductas adictivas sobre estimulantes del sistema nervioso central.

Palabras clave:
Bupropión. Abuso de sustancias. Estimulantes.

Actas Esp Psiquiatr 2007;35(4):277-278

Efficacy of bupropion in the treatment of pemoline dependence

We present the case of a woman who requested psychiatric evaluation because she had been taking pemoline for six months at a dose between 100-150 mg/day, and was finding it difficult to discontinue taking this substance. Initiation of 300 mg/day of bupropion solved the patient's dependence problem. We propose using antidepressants such as bupropion for the treatment of addictive behaviors due to central nervous system stimulants.

Key words:
Bupropion. Substance abuse. Stimulants.

INTRODUCCIÓN

La pemolina es un estimulante del sistema nervioso central que posee acciones similares a las anfetaminas y el metilfenidato, con efectos simpaticomiméticos mínimos. Su vi-

da media larga hace que se pueda dosificar una vez al día. Puede producir una disminución de la fatiga, aumento de la actividad motora y del nivel de vigilancia, e inducir una disminución del apetito^{1,2}.

La pemolina, uno de los fármacos disponibles para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), fue aprobado por la Food and Drugs Administration en 1975. Es una droga con una estructura química marcadamente diferente de otros estimulantes, y se cree que posee un mecanismo de acción similar al metilfenidato y la dextroanfetamina¹⁻⁴. La pemolina se prescribe, la mayoría de las veces, a pacientes que experimentan una respuesta ineficaz o efectos indeseables del metilfenidato o la dextroanfetamina²⁻⁴. En algunos casos el uso de pemolina puede presentar un patrón adictivo. En el presente trabajo se describe un caso de consumo abusivo de pemolina que fue tratado con éxito mediante el empleo de bupropión.

CASO CLÍNICO

La señora A es una mujer de 51 años que acude a consultas de psiquiatría por presentar una conducta de consumo abusivo y recurrente de Dynamín® (fármaco que contiene, por comprimido, 10 mg de pemolina y 5 mg de procaína, además de vitaminas B₆ y B₁₂, ácido fólico, serina, glutatión y adenosina). Este producto se utiliza en España en casos de fatiga física y/o psíquica, siendo éste el motivo por el que se le había prescrito a la paciente 8 meses antes, y se le aconsejó tomar 1 comprimido al día. Sin embargo, la paciente había ido aumentando las dosis por su cuenta, y durante los 6 meses anteriores a la visita había tomado de 10 a 12 comprimidos de Dynamín® todas las mañanas, repitiendo en ocasiones la misma dosis por las tardes. La paciente se define como «una persona con baja tolerancia al malestar» y con la necesidad de búsqueda de una «pastilla milagrosa que alivie su agotamiento». Tras llevar medio año consumiendo estas sustancias (iba cambiando de farmacia para que no detectaran su consumo excesivo) nota su dificultad para abandonar el fármaco y cambios graves en su ciclo sueño-vigilia, además de oscilaciones bruscas de su estado anímico (alternaba episodios de tristeza, disforia e hiperac-

Correspondencia:
Beatriz Martín Morgado
Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario Infanta Cristina
Carretera de Portugal, s/n
06080 Badajoz
Correo electrónico: bemar_5@hotmail.com

tividad). Esta sintomatología provoca en la enferma la necesidad de buscar una solución médica. Tras la valoración psiquiátrica se pautan 150 mg de bupropión en el desayuno, pasando a 300 mg/día a la semana de haber iniciado el tratamiento (150 mg en el desayuno y 150 mg en la comida), reduciendo progresivamente en 3 semanas el Dynamin®.

Tras 6 semanas de tratamiento la enferma dejó de consumir el fármaco de abuso, refiriendo estar mejor anímicamente y sin necesidad de búsqueda de fármacos. La paciente presentó buena tolerancia a la medicación y se estabilizó rápidamente en el entorno sociolaboral. Se mantuvo el tratamiento con bupropión durante 6 meses, con una reducción gradual a 150 mg/día durante el último mes de uso. Al año la paciente continuaba estable y no había vuelto a presentar conductas de abuso de psicofármacos psicoestimulantes.

DISCUSIÓN

La pemolina, un estimulante derivado de la oxazolidinona, es químicamente diferente de otros estimulantes, incluidos anfetamina, metaanfetamina y metilfenidato. Esta sustancia ha demostrado ser efectiva en el tratamiento del TDAH^{1-3,5,6}. La pemolina parece inducir cambios en la función del sistema nervioso central similares a los observados con otras medicaciones estimulantes para el TDAH, pero con menores efectos simpaticomiméticos y cardiovasculares^{1,2}. Aunque el mecanismo de acción de estos fármacos es desconocido, se cree que la pemolina aumenta las concentraciones sinápticas de dopamina y noradrenalina en el sistema nervioso central, de manera similar a lo observado con las anfetaminas. La dosis pediátrica de pemolina no ha sido bien definida, pero se han administrado de 18 a 112 mg/día por vía oral a niños entre 5 y 12 años^{3,7}.

Nuestra paciente había estado consumiendo durante 6 meses dosis de entre 100 y 150 mg/día de pemolina, adquiriendo un patrón típico de dependencia de estimulantes del sistema nervioso central. Como ocurre en otros estudios, la instauración de un tratamiento con bupropión ha demostrado la eficacia de este fármaco en pacientes que presentaron abuso de psicostimulantes⁸, ya que, aunque su mecanismo de acción no está claro, parece estar relacionado con el sistema dopaminérgico.

Coexisten además, en nuestro caso, antecedentes de hiperactividad (probable TDAH en la infancia con síntomas de dicho trastorno en la edad adulta), trastorno en el que el

bupropión se ha mostrado también eficaz al aumentar la dopamina sináptica y pudiendo por ello corregir/hacer frente a los déficits en la transmisión dopaminérgica asociados al TDAH^{8,9}.

Nuestra paciente presentaba también sintomatología depresiva asociada, lo que justificaría el empleo del bupropión, ya que este fármaco se ha mostrado eficaz en el tratamiento del trastorno depresivo, con un perfil seguro de efectos secundarios y con un escaso potencial adictivo¹⁰.

Todos estos factores podrían justificar la mejoría clínica experimentada por nuestra paciente, resultando complicado valorar en qué medida se debe dicha mejoría a cada uno de los efectos anteriormente citados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schweitzer JB, Cummins TK, Kant CA. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Med Clin N Am* 2001;85:757-77.
2. Spencer T, Biederman J, Wilens T, Harding M, O'Donnell D, Griffin S. Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:409-32.
3. Wilens TE, Spencer TJ. The stimulants revisited. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000;9:573-603.
4. Bostiq JQ, Biederman J, Spencer TJ, Wilens TE, Prince JB, Monuteaux MC, et al. Pemoline treatment of adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a short term controlled trial. *J Child Adolesc Psychopharm* 2000;10:205-16.
5. Cyr M, Brown CS. Current drug therapy recommendations for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Drugs* 1998;56:215-23.
6. Winsberg B, Barbato M. Pemoline in ADHA. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1649-50.
7. Nakamura H, Blumer JL, Reed MD. Pemoline ingestion in children: a report of five cases and review of the literature. *J Clin Pharmacol* 2002;42:275-82.
8. Castaneda R, Sussman N, Levy R, Trujillo M. A treatment algorithm for attention deficit hyperactivity disorder in cocaine-dependent adults: a one-year private practice study with long-acting stimulants, fluoxetine and bupropion. *Subst Abuse* 1999;20:59-71.
9. Levy F. The dopamine theory of attention deficit hyperactivity disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 1991;25:277-83.
10. Masand PS, Gupta S. Long-term side effects of newer-generation antidepressants: SSRIS, venlafaxine, nefazodone, bupropion and mirtazapine. *Ann Clin Psychiatry* 2002;14:175-82.