

Insomnio relacionado con inhibidor de bomba de protones

Esther Martín Auriolés¹, M^a Eugenia Valdés Planes¹, José Pedro de la Cruz Cortés², José Antonio González Correa².

CASO CLÍNICO

Paciente de 63 años. Ingeniero de profesión. Diagnosticado de hernia de hiato por desplazamiento. Trastorno bipolar diagnosticado en la juventud (se encuentra estable en la actualidad, en tratamiento con fluvoxamina 150 mg al día y control por psiquiatra) Pancreatitis de causa biliar. Colectomía en 2009.

En 2001 comienza a padecer dolor de características osteoarticulares, localizado principalmente en cintura escapular, junto a sensación de fatiga ante pequeños esfuerzos que incluso le incapacitan para su actividad profesional, motivo por el cual precisa algunos periodos de baja laboral. En los episodios de dolor recibe tratamiento con analgésicos (paracetamol) y AINE (ibuprofeno o diclofenaco) de forma episódica. Junto a esto se le instaura un tratamiento gastroprotector con omeprazol (antecedentes de hernia de hiato sin sintomatología de reflujo). Se inicia estudio por la sintomatología anteriormente descrita de dolor y fatiga, diagnosticándosele de fibromialgia. Se instaura un tratamiento con amitriptilina 50 mg por la noche (en otros momentos de la enfermedad con clomipramina 50 mg por la noche) junto a diferentes AINE/analgésicos según dolor, y lansoprazol como gastroprotector, aunque meses después se sustituye por omeprazol.

A raíz de este diagnóstico el paciente empeora de su trastorno psiquiátrico, se

encuentra más depresivo, se ve incapaz de desarrollar su actividad profesional llegando a ser incapacitado y pasando a situación de pensionista. Además de los síntomas depresivos, el paciente refiere insomnio fundamentalmente de conciliación. Se le añade en un primer momento diazepam 5 mg por la noche, y meses después se aumenta hasta 10 mg por no mejorar la sintomatología. El paciente refiere que consigue dormir a veces unas horas pero no consigue un sueño reparador. Se decide aumentar la dosis de anti-depresivo, de 100 a 150 mg de fluvoxamina. El paciente añade por su cuenta remedios naturales (tila, valeriana) y reconoce estar muy ansioso debido a su situación de inactividad, cansancio y dificultad para dormir.

En posteriores visitas se utilizan otros fármacos hipnóticos, zolpidem 5 y 10 mg, lormetazepam de 1 a 2 mg con escasa mejoría.

El paciente por temporadas decide no tomar esta medicación porque dice que casi duerme igual, suspendiendo las benzodiazepinas hace tres meses

Revisando las fichas técnicas de los medicamentos que toma, encuentra que el omeprazol puede producir insomnio y decide suspenderlo (con la tranquilidad que está mejor del dolor y está iniciando una actividad física que le está beneficiando, natación). Consulta a su médico refiriendo franca mejoría del insomnio.

Esther Martín Auriolés¹, M^a Eugenia Valdés Planes¹, José Pedro de la Cruz Cortés², José Antonio González Correa².

¹Unidad de Gestión Clínica "Rosaleda-La Roca, Distrito Sanitario Málaga, SAS. ²Grupo LIAT, Dpto. Farmacología, Facultad de Medicina. Universidad de Málaga.

Discusión:

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se asocia con alteraciones del sueño. En la literatura podemos encontrar estudios cuyo objetivo es buscar soluciones a este problema. Entre estas soluciones se ha investigado el uso de melatonina, sustancia relacionada con la regulación de la vigilia/sueño y que además presenta un efecto gastroprotector.

Por otro lado, en la ficha técnica de omeprazol se recoge el insomnio como trastorno psiquiátrico poco frecuente (frecuencia de aparición de la reacción adversa ≥ 1000 a < 100). En el caso que se presenta, esta circunstancia fue determinante para la retirada del IBP, manifestando el paciente una mejoría del insomnio.

Nos encontramos en una verdadera encrucijada en la toma de una decisión:

- tratar con un IBP la ERGE y de paso evitar la aparición de alteraciones del sueño (supuestamente no existentes ya que no hay sintomatología, solo el diagnóstico de la hernia de hiato).
- suspender la administración de omeprazol por considerar que es responsable del insomnio ya que el paciente no precisa AINE y no presenta sintomatología de ERGE.
- administrar melatonina como gastroprotector y medicación para evitar el insomnio (podemos comprobar que tal indicación, la gastroprotección durante el tratamiento con AINE no se recoge como indicación en su ficha técnica).

La acción de la melatonina sobre la ERGE se basa en su efecto sobre la liberación de óxido nítrico (responsable de la pérdida de tono esfinteriano) y efecto positivo sobre la producción de bicarbonato.

No podemos dejar de valorar cuánto puede influir la patología psiquiátrica que presenta el paciente. Por cierto, deberíamos recomendar un uso más racional de las benzodiazepinas, eligiendo aquellas con mayor efecto hipnótico y una menor semivida de eliminación, con el fin de evitar efecto residual en los pacientes.

Como conclusión, valorando la situación clínica del paciente respecto a la fibromialgia, mejoría sintomática que no precisa la administración de analgésicos o AINE, la ausencia de sintomatología relacionada con la ERGE y la constatación de que la retirada del IBP mejora el insomnio, parece oportuno mantener esta situación terapéutica, aunque, como en tantas ocasiones, haya sido debida a un incumplimiento "inteligente".

BIBLIOGRAFÍA

- Shaheen NJ, Madanick RD, Alattar M, Morgan DR, Davis PH, Galanko JA, Spacek MB, Vaughn BV. Gastroesophageal reflux disease as an etiology of sleep disturbance in subjects with insomnia and minimal reflux symptoms: a pilot study of prevalence and response to therapy. *Dig Dis Sci*. 2008; 53(6): 1493-9.
- Oliveira-Torres JDF, Pereira RS. Which is the best choice for gastroesophageal disorders: Melatonin or proton pump inhibitors? *World J Gastrointest Pharmacol Ther* 2010; 1(5): 102-106.