Farmacia Hospitalaria xxx (xxxx) xxx–xxx

Farmacia HOSPITALARIA
Órgano oficial de expresión científica de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria
www.elsevier.es/farmaciahospitalaria

Caso clínico

Síndrome de abstinencia por consumo de té de semillas de adormidera: caso clínico

Abstinence syndrome following ingestion of poppy seed tea: A case report

Teresa Rovira Medina[a,c,*], Pablo Yanes Sánchez[a,c], Miriam Bullich Ramon[b,c,d], y Maria Oliver Cervelló[a,c] Mònica Gómez-Valent[a,c,e]

[a] Servicio de Farmacia, Parc Taulí Hospital Universitari, Sabadell, Barcelona, España
[b] Servicio de Neumología, Parc Taulí Hospital Universitari, Sabadell, Barcelona, España
[c] Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí (I3PT-CERCA), Parc Tauli Hospital Universitari, Barcelona, España
[d] Facultad de Farmacia y Ciencias de la Alimentación, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España
[e] Facultad de Medicina, Unidad Docente Parc Taulí, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

Introducción

Las semillas de adormidera o amapola real *(Papaver somniferum L.)* procesadas se utilizan con fines culinarios alrededor del mundo. Sin embargo, no procesadas pueden contener concentraciones variables de morfina, codeína y tebaína, y se pueden preparar bebidas con propiedades psicoactivas[1,2], habiéndose descrito en la literatura casos principalmente de dependencia y toxicidad relacionadas con el consumo de infusiones de semillas de adormidera[2–5].

A continuación, se presenta el manejo de un paciente con tuberculosis pulmonar que sufre un síndrome de abstinencia cuyo descubrimiento es incidental, poniéndose de manifiesto la importancia de la conciliación tanto de la medicación como de las plantas y alimentos.

Descripción del caso

Un varón de 32 años, de origen indio, afincado en España, con barrera idiomática y sin antecedentes médicos ni medicación habitual conocida. Destaca el consumo de alcohol (5-6 unidades de bebida estándar/día), negando ingesta de otras drogas (no se realizó prueba de tóxicos). Acude por un cuadro de tos con expectoración hemoptoica de 2 semanas de evolución, con disnea progresiva, dolor torácico de características pleuríticas bilaterales y sensación distérmica que se acompaña con afectación progresiva del estado general y síndrome constitucional asociado (1,70 m y 48 kg), siendo el resto de la exploración normal.

A su llegada, está hemodinámicamente estable, destacándose los siguientes hallazgos (tabla 1): en la exploración física presenta roncus bilaterales sin signos de trabajo respiratorio y hepatomegalia dolorosa. PCR virales y antigenuria negativas. Se cursan hemocultivos (resultando posteriormente negativos), cultivo de esputo y se inicia cobertura antibiótica con meropenem (1 g cada 8 horas) y amikacina (1.000 mg en dosis única). Posteriormente, el esputo informa de prueba de Ziehl-Neelsen positiva, por lo que se inicia tratamiento con isoniacida (250 mg/24 horas), rifampicina (600 mg/24 horas), pirazinamida (1.000 mg/24 horas) y etambutol (800 mg/24 horas) intravenoso.

Se orienta el cuadro como insuficiencia respiratoria aguda por bronconeumonía tuberculosa probablemente en fase avanzada, con afectación extrapulmonar (descartada posteriormente por TAC) y sospecha de sobreinfección respiratoria.

Tras un día de ingreso, el paciente comienza con un cuadro de taquicardia (FC > 150) y taquipnea (FR 27), con tensión arterial mantenida y fiebre, a pesar de la mejoría de reactantes de fase aguda. Además, presenta sudación profusa, desorientación, piloerección y sensación disneica, junto con un vómito bilioso y diarreas. Se decide su ingreso en la unidad de cuidados respiratorios intermedios para iniciar oxigenoterapia de alto flujo.

Se interroga a los familiares del paciente, quienes refieren que no presenta hábitos tóxicos, no toma medicación habitual y consume únicamente infusiones diarias. Gracias a las fotografías aportadas se determina que son infusiones de semillas de amapola. Tras una búsqueda bibliográfica en Pubmed (utilizando los términos «poppy tea» y «poppy seed») se encontraron artículos[1–5] que sustentaban la posibilidad de un cuadro de abstinencia.

Los cuadros de abstinencia suelen iniciarse a las 6 - 12 horas y alcanzan su pico a las 36 - 72 horas[6]. Sin embargo, el uso de un inductor enzimático como la rifampicina justificaría la rápida evolución del cuadro.

Ante estos hallazgos y la imposibilidad de utilización de metadona (no vía oral disponible) e interacción marcada con rifampicina, se decide iniciar morfina subcutánea, 2,5 mg/12 horas. Tras 12 horas, el paciente experimenta mejoría clínica, con mejora de la taquicardia (FC 115), sin signos de trabajo respiratorio y eupneico (FR 16).

Ante la dificultad de seguimiento por parte del servicio de psiquiatría para el posterior control de abstinencia con metadona, la interacción con tratamiento antituberculoso y buena respuesta a la

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: terovira19@gmail.com (T. Rovira Medina).

https://doi.org/10.1016/j.farma.2024.11.003
1130-6343/© 2024 Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (S.E.F.H). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Cómo citar este artículo: Rovira Medina T, et al.. Síndrome de abstinencia por consumo de té de semillas de adormidera: caso clínico. Farmacia Hospitalaria. 2024. https://doi.org/10.1016/j.farma.2024.11.003

Tabla 1
Parámetros clínicos, analíticos y radiológicos alterados a la llegada

Parámetro o prueba	Valor o resultado
Temperatura	39 °C
FC	140 latidos por minuto
$SatO_2$	94%
FR	25 respiraciones por minuto
PCR	21,6 mg/dl (0-0,5)
Procalcitonina	12,4 ng/ml (0-0,5)
Aspartato aminotransferasa	461 U/l (0-38)
Alanina aminotransferasa	210 U/l (10-41)
Fosfatasa alcalina	136 U/l (40-129)
Gamma-glutamil transpeptidasa	76 U/l (8-61)
Bilirrubina conjugada	0,7 mg/dl (0,1-0,25)
Gasometría	Alcalosis respiratoria compensada
Radiografía de tórax	Infiltrados pulmonares bilaterales

FC: frecuencia cardiaca; FR: frecuencia respiratoria; PCR: proteína C reactiva; $SatO_2$: Saturación basal de oxígeno.

morfina, se decide continuar el tratamiento con la misma dosis de morfina hasta el alta.

Discusión

En España, la adormidera es una planta cuya venta al público está prohibida por su toxicidad[7]. En la lista 1 de estupefacientes se incluye la morfina contenida en el opio (jugo concentrado de la adormidera) y en la paja de adormidera, que incluye todas las partes de la planta después de cortada sin incluir las semillas[8,9]. Por ello, las semillas quedan excluidas de esta clasificación y se encuentran a la venta, por ejemplo, en distintas páginas web. En las infusiones de semillas no procesadas se han determinado distintas concentraciones de morfina, codeína y tebaína. Un estudio reportó cantidades menores que 1-2,788 mg/kg de semillas, menores que 1-247,6 mg/kg y menorees que 1–124 mg/kg, respectivamente, dependiendo del comerciante y del método de extracción[1].

En la literatura se describen casos de abuso por infusiones que han requerido atención sanitaria para desintoxicación[2–4]. También constan casos de defunciones[1] y de síndrome de abstinencia fetal tras la ingestión materna[5]. En la mayoría se determinaron los niveles de morfina en sangre u orina de los pacientes o en la misma infusión. Las opciones terapéuticas usadas fueron principalmente buprenorfina, metadona y morfina oral, y algunos requirieron naloxona intravenosa o intramuscular como tratamiento urgente.

En el caso descrito, no obstante, no se realizó la determinación de morfina en líquidos biológicos ni se pudo introducir al paciente en un circuito de deshabituación por la imposibilidad para conocer sus hábitos y su compromiso con la desintoxicación.

El Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT) es un mecanismo estatal que tiene como objetivos detectar las nuevas sustancias psicoactivas anualmente y difundir información sobre las consecuencias de su uso y abuso. Entre ellas, se incluyen plantas y extractos[10]. Los casos descritos sugieren que podría ser necesario estudiar la infusión de semilla de amapola como una posible fuente de estupefaciente y, con ello, aplicar las medidas reglamentarias correspondientes para regular su producción y venta.

Conclusión

A diferencia de otros casos reportados, el motivo de ingreso de este paciente no fue la intoxicación o el interés en la deshabituación, sino que fue un hallazgo incidental, el cual, además, suponía un elemento de confusión al poder interpretarse como un empeoramiento del paciente por falta de efectividad o reacción adversa del tratamiento instaurado.

Se pone de manifiesto, así, la importancia de una anamnesis farmacológica completa y temprana que incluya no solo los medicamentos habituales, sino también las drogas, la fitoterapia y suplementos.

Responsabilidades éticas

Se han tenido en cuenta las responsabilidades éticas, principalmente la anonimización del caso. Los autores disponen de la autorización o consentimiento informado de los involucrados en este caso.

Financiación

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran carecer de conflictos de intereses.

Contribuciones

Teresa Rovira Medina, Pablo Yanes Sánchez y Miriam Bullich Ramon: conceptos y diseño. Teresa Rovira Medina y Pablo Yanes Sánchez: búsqueda de la literatura, obtención de datos y preparación del manuscrito. Todos los autores: análisis de datos, edición y revisión del manuscrito, definición del contenido intelectual y garantes.

Responsabilidad y cesión de derechos

Todos los autores aceptamos la responsabilidad definida por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (disponible en http://www.icmje.org/).

Los autores cedemos, en el supuesto de publicación, de forma exclusiva los derechos de reproducción, distribución, traducción y comunicación pública (por cualquier medio o soporte sonoro, audiovisual o electrónico) de nuestro trabajo a Farmacia Hospitalaria y por extensión a la SEFH. Para ello se firmará una carta de cesión de derechos en el momento del envío del trabajo a través del sistema online de gestión de manuscritos.

Declaración de contribución de autoría CRediT

Teresa Rovira Medina: Writing – review & editing, Writing – original draft, Validation, Supervision, Methodology, Investigation, Formal analysis, Conceptualization. **Pablo Yanes Sánchez:** Writing – review & editing, Writing – original draft, Validation, Supervision, Methodology, Formal analysis, Conceptualization. **Miriam Bullich Ramon:** Writing – review & editing, Writing – original draft, Validation, Supervision, Methodology, Formal analysis, Data curation. **Maria Oliver Cervelló:** Writing – review & editing, Writing – original draft, Validation, Methodology, Formal analysis. **Mònica Gómez Valent:** Writing – review & editing, Writing – original draft, Validation, Methodology.

Bibliografía

1. Powers D, Erickson S, Swortwood MJ. Quantification of morphine, codeine, and thebaine in home-brewed poppy seed tea by LC-MS/MS. J. Forensic Sci. 2018;63 (4):1229–35. doi: 10.1111/1556-4029.13664.
2. Spyres MB, van Wijk XMR, Lapoint J, Levine M. Two cases of severe opiate toxicity after ingestion of poppy seed tea. Toxicol. Commun. 2018;2(1):102–4. doi: 10.1016/0006-291x(75)90482-9.
3. Haber I, Pergolizzi Jr J, LeQuang JA. Poppy seed tea: a short review and case study. Pain Ther. 2019;8(1):151–5. doi: 10.1007/s40122-019-0113-5.

4. Kauppila GR, Eagen KV. Opioid use disorder from poppy seed tea use: a case report. Am. J. Med. Case Rep. 2023;26(24). doi: 10.12659/AJCR.938675 e938675.1-e938675.3.
5. Garcia MR, Swortwood MJ, Aune CN, Ahmad KA. Maternal poppy seed tea ingestion and ensuing neonatal abstinence syndrome. Neonatology. 2020;117(4):529–31. doi: 10.1159/000508446.
6. Garcia Villa A, Parra González A. Trastornos por Consumo de Alcohol y Otras Drogas. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica Hospital Universitario 12 de Octubre 9 ° edición. Madrid: MSD; 2023.
7. Orden SCO/190/2004. De 28 de enero, Por la que se Establece la Lista de Plantas cuya Venta al Público Queda Prohibida o Restringida por Razón de su Toxicidad. Boletín Oficial del Estado, n° 32, 6 de febrero de 2004. [consultado 12 May 2024]. Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/2004/02/06/pdfs/A05061-05065.pdf.
8. Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Naciones Unidas; 1966. Suscrita por España el día 27 de julio de 1961, [consultada 23 May 2023]. Disponible en: https://profesionales.msd.es/manual-12-de-octubre/cardiovascular/.
9. Lista de estupefacientes sometidos a fiscalización internacional. Lista Amarilla. Anexo a los Formularios A, B y C 58a edición. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes; agosto de 2019 [consultada 22 May 2024]. Disponible en: https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Yellow_List/58th_Edition/Yellow_List_-SPA.pdf.
10. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. INFORME 2023. Alcohol, Tabaco y Drogas Ilegales en España, 2023. [consultado 12 May 2024]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/.