

OPINIONES Y ENSAYOS**Marihuana: ¿la mata que mata o la mata que cura?**

Arlette Del Pilar Gómez Vega. Médica Veterinaria. Estudiante de la Maestría en Neurociencias. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia
apgomezv@unal.edu.co

“If we knew what we were doing, it would not be called research, would it?”

Albert Einstein

Marihuana, marijuana, cannabis, cáñamo, ganja, maría, Mari Jane, hachís, hierba, hierbita, kifi, MK2, tabaco, chivo, bareta, porro, yerba, orégano, cachito, corto, Bob Marley, la mona, mota, marimba, pot, la verde, entre otros, son algunos de los nombres utilizados popularmente para denominar una misma planta que generalmente no necesita presentación. La planta de marihuana es probablemente una de las medicinas más ancestrales usadas por los seres humanos; sin embargo, a la fecha, el cannabis y todas las extracciones de cannabis, cannabidiol (CBD) incluido, han sido clasificadas por la Administración para el Control de Drogas (Drug Enforcement Administration) o DEA (como es conocida por sus siglas en inglés) como drogas nivel I de la Ley de Sustancias Controladas (Controlled Substances Act -CSA-) junto con la heroína, éxtasis sales de baño y LSD, haciendo caso omiso a las evidencias científicas que demuestran lo contrario. Este texto pretende defender el argumento que *la planta de marihuana (Cannabis sativa L.) contiene compuestos con propiedades medicinales que validan su uso como opción terapéutica en diferentes patologías*.

Desde la clasificación del cannabis como droga nivel I en 1970 se han realizado múltiples peticiones para su reclasificación en 1972, 1995, 2002, 2009, 2011, 2012, 2015, 2016 y 2017, todas denegadas. La estigmatización y la ignorancia alrededor del tema del cannabis no son un secreto, pero es normal que al ser humano le asuste lo que no puede comprender ni controlar; no obstante, las pruebas que refutan la clasificación del cannabis por la DEA son claras y concisas. Cada día se suman evidencias científicas y experimentales de los beneficios médicos de los conocidos cannabinoides.

No solamente siglos de historias y testimonios de pacientes demuestran los beneficios para la salud del consumo de droga. La tecnología y la ciencia a través de la experimentación básica y clínica han demostrado poco a poco que el agua moja: “los cannabinoides si poseen propiedades medicinales deseables”.

Que la marihuana se encuentre clasificada como droga nivel I acarrea enormes perjuicios que están implícitos en el concepto y son realmente preocupantes. *Semánticamente*, el nivel I de la Ley de Sustancias Controladas abarca tres sentencias para clasificar a una droga dentro de este grupo: 1) La droga tiene un alto potencial para el abuso. 2) La droga no tiene actualmente ningún uso médico aceptado en tratamiento en Estados Unidos. 3) Hay una ausencia de seguridad aceptada para el uso de la droga bajo supervisión médica. *Pragmáticamente*, significa que el cannabis o los medicamentos a base del mismo no pueden ser legalmente formulados por ningún médico, ya que según la DEA “no poseen ningún beneficio medicinal” y, por ende, todos los usuarios que hoy se benefician de la planta podrían enfrentar repercusiones legales.

Tradicionalmente, se ha considerado de forma errónea que el consumo de cannabis no genera adicción; sin embargo, la adicción y dependencia al cannabis son una enfermedad médica reconocida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de los Estados Unidos ya que los consumidores habituales si presentan síndrome de abstinencia cuando la dejan de consumir abruptamente. Es fundamental entender que, es mucho menos probable que el cannabis cause adicción y dependencia en comparación con otras drogas, incluso con aquellas que son legales. De acuerdo con un estudio realizado por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) en 1994, el consumo compulsivo que lleva a la dependencia del cannabis se produce en alrededor del 9% de las personas que han fumado cannabis al menos una vez. Esta cifra es mucho menor que la del resto de sustancias comunes que causan dependencia como el alcohol, la cocaína, la heroína y la nicotina (15%, 17%, 23% y 32% respectivamente). Esto significa que, en cuanto al potencial para el abuso, el cannabis no debería estar clasificado como nivel I en la lista de la DEA, al contrario, debería ubicarse como mínimo en el nivel III que señala que “la droga tiene potencial para el abuso menor que las drogas u otras substancias en las clasificaciones I y II.”

La segunda sentencia de la categoría I de la DEA implica que el cannabis y los famosos cannabinoides ¡no tienen uso médico aceptado! Es muy diferente que la DEA no quiera reconocer la abundante cantidad de evidencia científica que prueba lo contrario y perpetúen demostrando su ignorancia sobre el tema a que el cannabis no tenga ningún uso médico. Sería interesante decirle a Paige y Matt Figi, padres de Charlotte Figi, que la marihuana no tiene beneficio médico. Para aquellos que desconocen la historia, Charlotte Figi es una pequeña niña que a los 5 años padecía del nivel más avanzado del síndrome de Dravet, un tipo de epilepsia particularmente agresivo y generalmente refractario al tratamiento farmacológico clásico utilizado en pacientes epilépticos. La pequeña sufría aproximadamente 300 convulsiones semanales y era incapaz de hablar, comer y caminar, sin embargo, Charlotte fue sometida a un tratamiento con aceite de marihuana fabricado con una cepa particular alta en cannabidiol (CBD) y baja en tetrahidrocannabinol (THC) (proporción aproximada de 30:1); sorprendentemente, el aceite redujo las crisis epilépticas

en un 99% y Charlotte le da nombre a la famosa cepa propiedades antiepilépticas: Charlotte's Web.

Este texto no constituye bajo ninguna condición un metaanálisis de los beneficios médicos del cannabis, pero algunos libros como “Cannabinoids in Health and Disease” recopilan evidencia científica que ha logrado demostrar el valor terapéutico de los cannabinoides en diferentes patologías. Solo por nombrar algunas de las numerosas enfermedades que están siendo tratadas o tienen el potencial de ser tratadas con agonistas/antagonistas de cannabinoides se citan las siguientes: anorexia, náuseas, emesis, dolor, inflamación, esclerosis múltiple, trastornos neurodegenerativos (enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, síndrome de Tourette, enfermedad de Alzheimer), epilepsia, glaucoma, osteoporosis, espasmos musculares, atrofia muscular, dolor severo, esquizofrenia, trastornos cardiovasculares, cáncer, obesidad y síndrome metabólico y trastornos relacionados (Kogan & Mechoulam, 2007).

El tercer lineamiento para clasificar una sustancia como nivel I por la DEA, es la ausencia de seguridad aceptada para el uso de la droga bajo supervisión médica y en cuanto a este dictamen sobre “seguridad” existen varios ejemplos paradójicos. David Schmader, autor de: “Weed: The User’s Guide” junto con expertos, determinó que sería necesario ingerir 22 kilogramos de marihuana para estar en riesgo de consumir una dosis potencialmente letal. ¡22 kilogramos, es una cantidad físicamente imposible de consumir para cualquier ser humano, incluso Wiz Khalifa y Snoop Dogg! ¡22 kilogramos, es el peso promedio de un niño de 7 años! Y si esos 22 kilogramos ingeridos son convertidos a la dosis potencialmente letal fumada, resulta en la cifra cómicamente elevada de 680 kg de marihuana en un periodo de 15 minutos... Esto podría explicar el hecho de que nunca ha existido ningún caso documentado de muerte directamente relacionado con el consumo de marihuana. No obstante, algunos medicamentos que ni siquiera se encuentran controlados por la DEA y no figuran en la Ley de Sustancias Controladas como el popular anestésico propofol, famosamente abusado por miembros del gremio de la salud y el medicamento que causó la muerte de Michael Jackson, presenta una dosis letal 50 (DL50) en ratones de 53 mg/Kg (Barak, Ben-Shlomo, & Katz, 2001). Solo por traer a colación otro ejemplo, el fentanilo, un fuerte narcótico analgésico 150 veces más potente que la morfina y 40 veces más potente que la heroína (Pérez Pérez, Rubio, Martín, & Hardisson, 2003), clasificado en el nivel II de la lista de la DEA, posee una dosis letal de tan solo 2 miligramos según los datos del libro: “Opiate Receptors and Antagonists: From Bench to Clinic”. Este medicamento fue el mismo que causó la muerte del cantante Prince y la de otras 9.500 personas en 2015 en Estados Unidos según el CDC (Centers for Disease Control and Prevention - Centros para el Control y Prevención de Enfermedades).

Muchos detractores del cannabis tienen una postura válida: “fumar marihuana es malo para los pulmones y para el cerebro”. Ciertas investigaciones demostraron que la exposición a

cannabis en estados tempranos de desarrollo puede generar cambios adversos a largo plazo en el cerebro. Un experimento en ratas deficiencias en tareas de aprendizaje y memoria en comparación a las ratas no expuestas (Rubino T. et al., 2009). Adicionalmente, está demostrado que fumar marihuana presenta 20 veces más riesgo de desarrollar cáncer de pulmón que fumar tabaco, ya que el humo del cannabis posee 60% más sustancias cancerígenas que el humo del tabaco. Pero, ¡atención a esto! Es el humo del cannabis, no la planta ni los cannabinoides. Estas sustancias cancerígenas son resultado de la combustión generada al fumarla y la postura del cannabis medicinal en ningún momento aboga por la legalización del consumo recreacional. La medicina cannábica se basa en el uso de extracciones de la planta de marihuana para sustraer los cannabinoides medicinales con el fin de procesarlos y transformarlos en ciencia y medicina dando como resultado la génesis de presentaciones comerciales, ya sean píldoras, pastillas, cremas, pomadas, tés, etc., que sean de utilidad en el tratamiento de diferentes enfermedades que no encuentran solución en los medicamentos de la clásica medicina alopática. Es necesario preguntarse: ¿Tendrá sentido prohibir la administración de un aceite de cannabis que reduce las crisis epilépticas en un 99% a una niña de 5 años que convulsiona en promedio 30 veces a día, que tiene imposibilidad para hablar, comer y caminar y un futuro incierto, bajo el argumento de un deterioro en sus capacidades de aprendizaje y memoria?

La marihuana no puede ser demonizada por ignorancia o falta de conocimiento. Es una nueva era donde el cannabis pasará de ser una simple droga a ser un fármaco con utilidad medicinal validada por la ciencia. Sin embargo, tampoco se puede glorificar al cannabis. No es el “santo remedio” que curará las enfermedades incurables, pero sí ha demostrado ser la única opción para algunos que han agotado todas sus posibilidades. Piense usted.... ¿Todavía considera que el cannabis debería ser una droga nivel I de la DEA sin utilidad medicinal aceptada?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dean R.L., Bilsky E.J. & Negus S.S. (2009). Opiate Receptors and Antagonists: From Bench to Clinic. New York Humana Press. doi: 10.1007/978-1-59745-197-0_6
2. Meccariello, R. & Chianese, R. (2016). Cannabinoids in Health and Disease. InTechOpen. doi: 10.5772/61595
3. Antonelli T, Tomasini MC, Tattoli M, et al. (2005). Prenatal exposure to the CB1 receptor agonist WIN 55,212-2 causes learning disruption associated with impaired cortical NMDA receptor function and emotional reactivity changes in rat offspring. Cereb Cortex N Y N 1991. 15(12):2013-2020. doi:10.1093/cercor/bhi076.

4. Verrico CD, Gu H, Peterson ML, Sampson AR, Lewis DA. (2014). Repeated Δ9-tetrahydrocannabinol exposure in adolescent monkeys: persistent effects selective for spatial working memory. *Am J Psychiatry* 171(4):416-425. doi:10.1176/appi.ajp.2013.13030335.
5. Rubino T, Realini N, Braida D, et al. (2009). Changes in hippocampal morphology and neuroplasticity induced by adolescent THC treatment are associated with cognitive impairment in adulthood. *Hippocampus* 19(8):763-772. doi:10.1002/hipo.20554.
6. Gleason KA, Birnbaum SG, Shukla A, Ghose S. (2012). Susceptibility of the adolescent brain to cannabinoids: long-term hippocampal effects and relevance to schizophrenia. *Transl Psychiatry* 2:e199. doi:10.1038/tp.2012.122.
7. Quinn HR, Matsumoto I, Callaghan PD, et al. (2008). Adolescent rats find repeated Delta(9)-THC less aversive than adult rats but display greater residual cognitive deficits and changes in hippocampal protein expression following exposure. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol* 33(5):1113-1126. doi:10.1038/sj.npp.1301475.
8. Barak, M., Ben-Shlomo, I., & Katz, Y. (2001). Changes in Effective and Lethal Doses of Intravenous Anesthetics and Lidocaine When Used in Combination in Mice. *Journal of Basic & Clinical Physiology & Pharmacology*, 12(4), 315-323.
9. Kogan, N. M., & Mechoulam, R. (2007). Cannabinoids in health and disease. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 9(4), 413-430. <https://doi.org/10.1515/jbcpp-2016-0045>
10. Pérez Pérez, H., Rubio, C., Martín, R. E., & Hardisson, A. (2003). Toxicología de las drogas de síntesis. *Rev. Toxicol.*, 20, 182-186.
11. Barak, M., Ben-Shlomo, I., & Katz, Y. (2001). Changes in Effective and Lethal Doses of Intravenous Anesthetics and Lidocaine When Used in Combination in Mice. *Journal of Basic & Clinical Physiology & Pharmacology*, 12(4), 315-323.
12. Kogan, N. M., & Mechoulam, R. (2007). Cannabinoids in health and disease. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 9(4), 413-430. <https://doi.org/10.1515/jbcpp-2016-0045>
13. Pérez Pérez, H., Rubio, C., Martín, R. E., & Hardisson, A. (2003). Toxicología de las drogas de síntesis. *Rev. Toxicol.*, 20, 182-186.