

Cocaína e isquemia intestinal: aportación de un caso y revisión de la bibliografía

Miguel Ruiz Gómez^{a,b}, Teresa Catá Fábregas^{c,d}, Josep Lluís Moll^{b,c} y José M.^a Pueyo Zurdo^{a,e}

^aDoctor en cirugía. ^bMédico adjunto. ^cLicenciado en medicina y cirugía. ^dCoordinadora del Servicio de Urgencias.

^eJefe del Servicio. Servicios de Medicina General y de Urgencias. Hospital de la Creu Roja. Barcelona. España.

Resumen

El abuso en el consumo de cocaína puede provocar graves complicaciones gastrointestinales, como úlceras gastroduodenales, infarto de vísceras abdominales e isquemia intestinal. Presentamos un caso de isquemia intestinal asociada al consumo de cocaína. El antecedente de su administración por cualquier vía y un dolor abdominal intenso en adultos jóvenes debe hacer sospechar al clínico. La TAC abdominal puede ser útil en el diagnóstico. La laparotomía y/o la laparoscopia confirmarán el diagnóstico y constituyen, en los casos de afección segmentaria, la única terapéutica eficaz. Creemos que la adicción a la cocaína debe ser incluida en el diagnóstico diferencial como una causa de abdomen agudo en adultos jóvenes.

Palabras clave: Cocaína. Isquemia intestinal.

COCAINE ABUSE AND INTESTINAL ISCHEMIA: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Cocaine abuse can provoke severe gastrointestinal complications such as gastroduodenal ulcers, infarction of abdominal viscera, and intestinal ischemia. We present a case of intestinal ischemia associated with cocaine abuse. A history of cocaine administration through any route and intense abdominal pain in young adults should alert clinicians. Abdominal computerized axial tomography can be useful in the diagnosis. Diagnosis is confirmed by laparotomy and/or laparoscopy which, in cases of segmental involvement, constitute the only effective therapy. We believe that cocaine addiction should be included in the differential diagnosis of acute abdomen in young adults.

Key words: Cocaine. Intestinal ischemia.

Introducción

La cocaína es uno de los alcaloides presente en la planta *Erythroxylon coca*. Su abuso provoca alteraciones en la práctica totalidad de los sistemas orgánicos¹. El consumidor habitual suele ser un adulto joven o de mediana edad. Se ha objetivado un incremento en los casos atendidos en los servicios de urgencias debido a las complicaciones derivadas de su abuso. Las más frecuentes afectan a los sistemas cardiovascular y neurológicos^{2,3}, aunque de forma menos frecuente pueden presentarse complicaciones gastrointestinales, como perforaciones gastrointestinales, infarto de vísceras abdominales, fibrosis retroperitoneal, colitis pseudomembranosa e isquemia intestinal⁴. Se presenta un caso de isquemia intestinal en un paciente consumidor habitual de cocaína y se realiza una revisión de la bibliografía.

Correspondencia: Dr. M. Ruiz Gómez.
Servicio Cirugía. Hospital Creu Roja.
Dos de Maig, 301. 08025 Barcelona. España.
Correo electrónico: juanmiguel.ruiz@consorcireuroja.es

Aceptado para su publicación en octubre de 2002.

Caso clínico

Paciente varón de 51 años de edad con antecedentes de dispepsia ulcerosa, enolismo, tabaquismo y consumidor de cocaína habitual. Acudió a urgencias por cuadro de dolor abdominal intenso y estado de agitación psicomotriz de 48 h de evolución. El paciente se encontraba agresivo, no colaborador, afebril, con taquicardia sinusal de 120 lat/min, presión arterial de 160/90 mmHg y aspecto de gravedad. Presentaba dolor abdominal espontáneo, difuso, peritonismo generalizado y un tacto rectal con heces de aspecto melánico. En la analítica destacaban 34.800 leucocitos, con un 80% segmentados, urea y creatinina discretamente elevadas, ionograma normal, amilasa de 379 U/l, protrombina del 52%, hemoglobina de 15 g/dl y hematocrito del 48%. La gasometría arterial revelaba una alcalosis metabólica y el ECG era normal. El sedimento de orina y la radiografía de tórax fueron anodinos. En la radiografía de abdomen se observaba una dilatación de asas del intestino delgado, con edema de pared, aerocolia, sin neumoperitoneo. Se practicó una TAC abdominal, que reveló unas imágenes de intestino delgado compatible con íleo mecánico, especialmente en la zona yeyunoileal. Asimismo, se realizó una fibrogastroscoopia, que visualizó una úlcera cardinal con signos de hemostasia reciente, un úlcus duodenal activo e intensa duodenitis erosiva. Se determinó la presencia de tóxicos en orina: cocaína positiva. Con el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico se practicó laparotomía exploradora, evidenciando una extensa isquemia intestinal con múltiples zonas de necrosis que afectaba a la práctica totalidad del intestino delgado y el colon derecho. La extensión y magnitud de las lesiones hacían de la resección masiva un procedimiento no viable. El paciente falleció en el postoperatorio inmediato. La necropsia no fue autorizada.

Discusión

Desde la primera comunicación en 1985, son pocos los casos publicados de pacientes con isquemia intestinal asociada al consumo de cocaína⁵. Puede resultar afectada la práctica totalidad del tracto gastrointestinal. La mayoría de pacientes que presentaron complicaciones intestinales son adultos jóvenes o de mediana edad. La vía de administración más frecuente es la inhalatoria, aunque puede ser intravenosa, oral, intranasal, rectal y vaginal; cualquiera que sea la vía de administración, puede dar lugar a la aparición de complicaciones. El intervalo entre la ingestión de la droga y el inicio de los síntomas oscila entre 1-48 h. Dolor abdominal difuso con peritonismo es el síntoma más común, aunque pueden estar presentes diarrea sanguinolenta, melenas, náuseas o vómitos⁴. El paciente puede presentar desde un estado de agitación psicomotriz a un colapso, en función de la magnitud y evolución de las lesiones.

Entre las exploraciones complementarias, la radiografía simple de abdomen suele ser inespecífica y la ecografía abdominal suele ser de poca utilidad⁶. La TAC, sin ser específica, puede confirmar y ampliar los signos radiográficos, como la presencia de neumatosis en la pared intestinal; además, aporta información topográfica de las lesiones y su extensión macroscópica⁶.

La arteriografía es una técnica complementaria útil; sin embargo, en la mayoría de casos resulta poco operativa por falta de disponibilidad y por la extrema gravedad que presentan estos pacientes. Su utilidad parece comprobada en la isquemia crónica intestinal en pacientes consumidores habituales de cocaína⁷.

Otras pruebas complementarias son la fibroesofagogastroscoopia (FEGS) y la fibrocolonoscopia (FCS) en los casos de afección cólica. Los hallazgos de la FEGS suelen ser inespecíficos. La FCS suele revelar áreas con edema, eritema, úlceras serpiginosas cubiertas de sangre y exudado amarillo con signos de hemorragia submucosa; dichas lesiones se alternan con zonas de mucosa macroscópicamente normal⁷.

La determinación de drogas en los líquidos orgánicos y en especial en la orina constituye una prueba sencilla, rápida, barata y eficaz.

En aquellos casos en que la isquemia intestinal haya establecido un estado de catástrofe abdominal, la laparotomía o la laparoscopia constituyen los únicos procedimientos que permiten confirmar el diagnóstico y valorar la magnitud de la lesión⁸. Además, en los casos de afección segmentaria o poco evolucionada pueden permitir un tratamiento eficaz. En los casos de afección extensa, la mortalidad perioperatoria es elevada. Probablemente, el consumo de cocaína produzca casos de isquemia crónica de leve a moderada gravedad. En estos casos, el uso de medidas conservadoras complementadas con procedimientos como la arteriografía intervencionista han dado buenos resultados⁸.

Los hallazgos histológicos en las piezas de resección demuestran edema, congestión e infiltrado de células inflamatorias en la lámina propia, deformidad estructural de las células y hemorragia submucosa.

El mecanismo de producción de las lesiones es el bloqueo presináptico de la reabsorción de noradrenalina, dopamina y serotonina. Este hecho provoca un aumento en la estimulación de los receptores alfaadrenérgicos en las arterias mesentéricas, que produce vasoconstricción y conduce a la isquemia intestinal.

Bibliografía

1. Smart RG. Crack Cocaine use: a review of prevalence and adverse effects. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1991;17:13-26.
2. Lange RA, Cigarroa RG, Yancy W Jr. Cocaine-induced coronary-artery vasoconstriction. *N Engl J Med* 1989;321:1557-62.
3. Daras M, Tuchman AJ, Marks S. Central nervous system infarction related to cocaine abuse. *Stroke* 1991;22:1320-5.
4. Gourgoutis G, Das G. Gastrointestinal manifestations of cocaine addiction. *Int J Clin Pharmacol Ther* 1994;32:136-41.
5. Nalbandian H, Sheth, Dietrich R, Georgiou J. Intestinal ischemia caused by cocaine ingestion: report of two cases. *Surgery* 1985;97:374-6.
6. Endress C, Gray D, Wollschlaeger G. Bowel ischemia and perforation after cocaine use. *Am J Radiol* 1992;159:73-5.
7. Boutros H, Pautler S, Chakrabarti S. Cocaine-induced colitis with small-vessel thrombosis of colon and gallbladder. *J Clin Gastroenterol* 1997;24:49-53.
8. Hazanas F, Torres C, Delgado F. Multiorgan (MOF) and intestinal ischemia after cocaine intoxication. *Intensive Care Med* 1993;19:239-40.