

## Varón de 35 años con dolor lumbar y fiebre tras consumo intravenoso de cocaína

P. Fernández Jiménez, L. Sáez Méndez y J. Solera Santos  
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

### Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 35 años adicto a drogas por vía parenteral que consulta por intenso dolor lumbar tras consumo intravenoso de cocaína. Analíticamente se objetivan datos compatibles con rabdomiolisis (transaminasa glutámico oxalacética [GOT]: 268 U/l; lactato deshidrogenasa [LDH]: 2.641 U/l; creatincinasa [CK]: 35.410 U/l), decidiéndose su ingreso. Se inició tratamiento con sueroterapia y alcalinización urinaria con mejoría de los parámetros analíticos, manteniendo una función renal normal. Al ingreso, temperatura de 37,8°C, comenzando veinticuatro horas después con picos febriles sin clara focalidad infecciosa, persistiendo importante dolor a nivel de la musculatura paravertebral lumbar e impotencia funcional para la deambulación. Los hemocultivos y urocultivo extraídos a su ingreso resultaron negativos. La radiografía de tórax no mostraba signos de infección a nivel pulmonar; el ecocardiograma y la ecografía abdominal fueron normales. En la analítica destacaba una leucocitosis (39.920/mm<sup>3</sup>) con neutrofilia (87,6%), la velocidad de sedimentación globular (VSG) era de 40 mm en la primera hora y la proteína C reactiva (PCR) de 75,3 mg/l; la serología del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) resultó negativa, siendo la del virus de la hepatitis C (VHC) positiva. A la exploración física presentaba signos recientes de venopunción, afectación del estado general con dolor selectivo a la palpación sobre los músculos cuadrados lumbares, ligero aumento de la temperatura a nivel local sin eritema ni fluctuación, no presentaba soplos cardíacos ni meningismo. Se solicitó tomografía axial computarizada (TAC) abdominal (figs. 1 y 2).



Fig. 1. Tomografía axial computarizada abdominal: imagen hipodensa en músculo cuadrado lumbar derecho, captación en anillo periférico.



Fig. 2. Tomografía axial computarizada abdominal: múltiples imágenes hipodensas en músculos cuadrados lumbares.

## Evolución

Mediante el estudio con la TAC se objetivaron imágenes hipodensas en ambos músculos cuadrados lumbares compatibles con necrosis muscular, que captaban en anillo periférico en algunas zonas, siendo compatibles con absceso. Se solicitó estudio ecográfico con punción aspiración con aguja fina (PAAF) para diagnóstico y drenaje, iniciándose antibioterapia empírica de amplio espectro con imipenem. Se extrajo material purulento donde se aisló *Streptococcus* grupo *viridans* sensible a penicilina y amoxicilina/clavulánico, con el que se completó el tratamiento cinco semanas. El paciente mostró mejoría clínica progresiva, precisando tratamiento rehabilitador de forma ambulatoria. En una revisión realizada seis meses después del episodio, las imágenes de necrosis y absceso musculares habían desaparecido.

## Diagnóstico

Rabdomiólisis secundaria a consumo parenteral de cocaína. Piomiositis de músculos cuadrados lumbares por *Streptococcus* grupo *viridans*.

## Comentario

La rabdomiólisis es una destrucción muscular aguda producida por múltiples causas: fármacos, drogas, alteraciones metabólicas e hidroelectrolíticas, enfermedades inflamatorias, infecciones y traumatismos<sup>1</sup>. Dentro de las drogas y tóxicos, el consumo de cocaína es una causa bien conocida de este síndrome<sup>2,4</sup>. Los adictos a drogas por vía parenteral (ADVP) suponen un subgrupo de pacientes con ciertas particularidades en cuanto al abordaje diagnóstico y terapéutico. La fiebre en estos pacientes puede estar causada por toxinas o impurezas presentes en la sustancia inyectada más que por una infección, siendo las características clínicas en ocasiones imprecisas y haciendo difícil determinar el verdadero carácter de la enfermedad. Las infecciones de la piel y los tejidos blandos representan la causa de ingreso hospitalario más frecuente en estos pacientes<sup>5</sup>.

La piomiositis es una infección bacteriana aguda del músculo esquelético que con frecuencia se acompaña de formación de abscesos<sup>6</sup>. Esta poco frecuente y a veces infradiagnosticada entidad clínica, fue descrita inicialmente en zonas tropicales por Scriba en 1885<sup>7</sup>, afectando a cualquier grupo de edad. En nuestro medio se ha descrito en niños, individuos inmunodeprimidos, con diabetes mellitus y en ADVP<sup>8,9</sup>. No suele

existir puerta de entrada y normalmente se desarrolla vía hematogena tras una bacteriemia transitoria hacia un tejido muscular susceptible por un traumatismo previo o insuficiencia vascular prolongada<sup>6</sup>. En nuestro caso, probablemente sobre un músculo previamente afectado tras el consumo de cocaína. Los músculos más frecuentemente afectados son los de las extremidades inferiores y el tronco. El *Staphylococcus aureus* es el germe más frecuentemente implicado, seguido de los *Streptococcus* spp., *Enterobacteriaceae* y anaerobios<sup>5,6,10</sup>. Suele producirse en ausencia de una infección predisponente en otro sitio. Los hemocultivos son positivos en el 5% al 35% de los casos en el momento en que aparecen las manifestaciones clínicas iniciales. La clínica es larvada y en ocasiones inespecífica, siendo la fiebre el signo más frecuente. Puede haber dolor muscular, rigidez, tumefacción y sensibilidad a la palpación localizados. Existen tres fases evolutivas: un primer estadio invasor, de comienzo subagudo, con fiebre, edema local, con o sin eritema, dolor leve y mínima sensibilidad a la palpación. Entre 10 y 21 días después comienza la fase supurativa con fiebre, tumefacción, sensibilidad a la palpación, no suele haber eritema local y existe una colección purulenta localizada. Si la infección no se trata puede progresar a la formación de abscesos metastáticos, shock e insuficiencia renal<sup>6,8</sup>. Analíticamente suele haber leucocitosis, aumento de la VSG y PCR, estando la CK habitualmente dentro de límites normales<sup>6</sup>. El diagnóstico suele hacerse mediante ecografía, TAC o resonancia magnética nuclear (RMN), y el tratamiento mediante antibiótico con una penicilina resistente a las betalactamasas y drenaje de la colección purulenta<sup>8,10</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández-Fúnez A. Acute renal failure in rhabdomyolysis. Rev Clin Esp. 1998;198:758-64.
2. García Castaño J, González Ramallo V, Murino Míguez A, Pinilla Llorente B, García Román JM, Gilsanz Fernández C. Rhabdomyolysis and cocaine consumption: presentation of 13 cases. An Med Interna. 1992;9:340-2.
3. Guerin JM, Lustman C, Barbotin-Larrieu F. Severity of cocaine-associated rhabdomyolysis. Ann Emerg Med. 1991;20:831.
4. Welch RD, Todd K, Krause GS. Incidence of cocaine-associated rhabdomyolysis. Ann Emerg Med. 1991;20:154-7.
5. Ebright JR, Pieper B. Skin and soft tissue infections in injection drug users. Infect Dis Clin North Am. 2002;16:697-712.
6. Fan HC, Lo WT, Chu ML, Wang CC. Clinical characteristics of *Staphylococcal pyomyositis*. J Microbiol Immunol Infect. 2002;35:121-4.
7. Scriba J. Beitrag zur aetiologie der myositis acute. Dtsch Z Chir. 1885;22:497-507.
8. Crossley M. Temperate pyomyositis in an injecting drug misuser. A difficult diagnosis in a difficult patient. Emerg Med J. 2003;20:299-300.
9. Nuño Mateo FJ, Noval Menéndez J, Viejo G. A 31-years-old man addicted to parenteral drugs with fever and multiple myalgia. Multiple pyomyositis caused by *Staphylococcus aureus*. Rev Clin Esp. 2001;201:543-4.
10. Scharschmidt TJ, Weiner SD, Myers JP. Bacterial Pyomyositis. Curr Infect Dis Rep. 2004;6:393-6.