

<http://www.elsevier.es/semergen>

## 424/955 - NO TODO SON INTOXICACIONES EN ADICTOS A DROGAS POR VÍA PARENTERAL

L. Gozalbo Nieto<sup>1</sup>, L. Pérez Campos<sup>2</sup>, S. Buxó Escoté<sup>1</sup> y A. Busquets Pou<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona.<sup>2</sup>Médico de Familia. CAP Terrassa Est. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 59 años Adicto a drogas por vía parenteral (ADVP), con hepatitis crónica por VHC, artrodesis C5-7 por fractura y visitas por intoxicación por heroína. Encontrado en domicilio con disminución de la conciencia. Se remitió a Urgencias Hospitalarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Mal estado general, 39,1 °C, taquicárdico, tensiones arteriales conservadas. Signos de hipoperfusión periférica (frialdad cutánea, relleno capilar > 2s). Mala higiene personal. Auscultación: roncus diseminados; tonos cardíacos arrítmicos. No soplos, no palpamos pulsos periféricos. Signos de venopunción en dedos. Glasgow 9-10/15. Anisocoria, pupilas reactivas. Movimiento espontáneo de extremidades, posteriormente paresia ESI 3/5. Rigidez nucal (artrodesis cervical). Obedece a órdenes simples sin nominar. ECG: FA a 170 lpm. Rx tórax: normal. Analítica: leucocitosis  $11.000 \times 10^9/L$  (N 91%), PCR 288 mg/L, PCT 4,44 ?g/L, lactato 3,5 mmol/L, troponina 57,75 ng/L, CK 23 ?kat/L, TP 1,74. Morfina + en orina. Detección rápida de VIH y antígeno neumococo: negativos. TC: craneal: áreas hipodensas confluyentes subcorticales superficiales fronto-parietales derechas inespecíficas. Torácico: nódulo pulmonar pequeño en LSI indeterminado. Abdominal: esplenomegalia con múltiples infartos esplénicos y signos de sobreinfección del de mayor tamaño localizado en el polo inferior. Hemocultivos: S. aureus. Ecocardiografía: FA rápida. Cambios sugestivos de endocarditis sobre válvula aórtica.

**Orientación diagnóstica:** Endocarditis infecciosa por venopunción con émbolos sépticos sistémicos (bazo, cerebral y cutáneo).

**Diagnóstico diferencial:** Broncoaspiración y cuadro séptico por intoxicación por opioides, endocarditis secundaria a ADVP, meningoencefalitis.

**Comentario final:** La endocarditis infecciosa (EI) es una infección generalmente bacteriana (estreptococo y estafilococo) mortal sin tratamiento. Más frecuente en hombres (2:1). Los ADVP, inmunocomprometidos y los portadores de válvulas protésicas tienen mayor riesgo. No obstante, los principales factores predisponentes son las cardiopatías como válvula aórtica bicúspide. Las consecuencias locales incluyen abscesos miocárdicos, insuficiencia valvular grave súbita (llevando a insuficiencia cardíaca y muerte), aortitis y trastornos eléctricos. Las consecuencias sistémicas son debidas a émbolos infectados y fenómenos inmunomediados. Para diagnosticarla utilizamos los criterios de Duke (2 criterios mayores, 1 mayor y 3 menores o 5 menores establecerían un diagnóstico definitivo). Como criterios mayores están la confirmación microbiológica y evidencia ecocardiográfica. Algunos criterios menores son ADVP, > 38 °C, fenómenos

vasculares o inmunomediados y cardiopatía predisponente. El tratamiento consiste en antibioticoterapia iv prolongada (hasta 8 semanas); puede ser necesaria la cirugía.

## Bibliografía

1. Amstrong GP. Endocarditis infecciosa. Manual MSD. Última revisión septiembre 2017. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-cardiovasculares/endocarditis/endocarditis-infecciosa>

**Palabras clave:** Endocarditis infecciosa. ADVP.