



Capítulo 61

VALORACIÓN DEL PACIENTE CONSUMIDOR DE DROGAS POR VÍA PARENTERAL CON FIEBRE EN URGENCIAS

R. Crespo Moreno - F. Cuadra García - Tenorio

INTRODUCCIÓN

- ▲ Los consumidores de drogas por vía parenteral (CDVP) son pacientes de muy difícil manejo tanto en Atención Primaria como Especializada debido a las múltiples condiciones socioeconómicas adversas que concurren en ellos. Cuando consultan en los Servicios de Urgencias de los hospitales, las dificultades a veces se multiplican porque las patologías que presentan son en ocasiones graves y los datos clínicos disponibles son generalmente escasos y poco precisos. Por todo ello es importante tener un esquema práctico de abordaje a estos enfermos que nos permita en poco tiempo valorar la situación, orientar el diagnóstico y decidir si es preciso o no su ingreso hospitalario.
- ▲ En los últimos años hemos asistido a cambios en los hábitos de los toxicómanos, en parte al menos influido por el temor a la infección por VIH. Se ha podido apreciar un descenso en el consumo de las drogas por vía intravenosa y un incremento en el consumo de cocaína y heroína inhaladas. Como consecuencia de ello, el número de infecciones asociadas a la drogadicción por vía parenteral se ha reducido de forma considerable (no así las infecciones que estos pacientes presentan por otro tipo de motivos; malas condiciones higiénicas, tabaquismo, promiscuidad sexual, etc.).

Pasamos a continuación a repasar algunos de los síndromes infecciosos más frecuentes y las etiologías más probables a sospechar:

SÍNDROMES CLÍNICOS

A) FIEBRE E INFILTRADOS PULMONARES:

- ▲ **Infecciones respiratorias bajas:** estos pacientes, en relación con el frecuente hábito del tabaquismo pueden presentar cuadros infecciosos habituales como bronquitis agudas o neumonías por microorganismos comunes de la comunidad (*S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *Mycoplasma*, etc.). No debe olvidarse el posible origen aspirativo de los infiltrados en pacientes con frecuentes episodios de disminución del nivel de conciencia como consecuencia de la toxicomanía.
- ▲ **Embolismos pulmonares sépticos:** se presentan en el seno de bacteriemia con o sin endocarditis derecha o tromboflebitis séptica. Pueden apreciarse varios infiltrados (en ocasiones redondeados y a veces peor definidos) de localización periférica que cuando se acompañan de cavitación son prácticamente diagnósticos.
- ▲ **Tuberculosis pulmonar:** los hábitos de vida e higiene deficientes hacen a estos pacientes candidatos a ella. Un infiltrado apical con signos de cavitación debe suponer una fuerte sospecha y hacernos actuar de inmediato para evitar contagio a otros pacientes o al personal sanitario de Urgencias.

B) INFECCIONES DE PARTES BLANDAS Y OSTEOARTICULARES:

- ▲ **Celulitis, abscesos, fascitis y miositis:** las zonas de venopunción son la puerta de entrada de los microorganismos (*S. aureus*, *S. pyogenes*, etc.) que frecuentemente colonizan la piel de estos pacientes. Otros microorganismos frecuentemente implicados son los bacilos Gram (-) y *Pseudomonas* procedentes de la contaminación de los materiales empleados en la preparación de la droga. Por lo general, una exploración cuidadosa de los miembros revelará en las infecciones superficiales signos clínicos de sospecha (induración, fluctuación, cordón venoso palpable). Deben palparse los pulsos periféricos (su ausencia haría sospechar embolismo arterial en el seno de una endocarditis izquierda) y buscar masas pulsátiles (sugestivas de aneurismas). Especial interés tiene el descartar abscesos del cuello y del triángulo femoral ante el riesgo de extensión al mediastino y el espacio retroperitoneal respectivamente. La presencia de foliulitis en cuero cabelludo y en la zona de la barba debe hacernos sospechar la presencia de candidemia. Debe tomarse material para tinción y cultivo de las zonas accesibles. Cuando haya sospecha de infecciones profundas (fascitis necrotizante, miositis) habrá que recurrir a técnicas de imagen (ecografía o TAC) para confirmar el diagnóstico; en el mismo acto de la exploración puede realizarse toma de material de los tejidos afectados mediante aguja fina. En las formas necrotizantes la cocaína juega un papel favorecedor por la vasoconstricción (en el capítulo sobre infecciones de piel y tejidos blandos se detallan las formas clínicas de fascitis necrotizante y su abordaje diagnóstico). No debe olvidarse la posibilidad de tétanos.
- ▲ **Artritis séptica y osteomielitis:** en el seno de una bacteriemia con probable puerta de entrada en la piel puede desarrollarse una infección a distancia en localizaciones del esqueleto axial o articulaciones periféricas. Inicialmente puede manifestarse como dolores articulares o en espalda, no infrecuentemente sin fiebre o sólo con febrícula. En el caso de la artritis, la rodilla y la cadera son las afectadas con mayor frecuencia, sin olvidar la esternoclavicular y esternocostal (estas últimas bastante frecuentes en el síndrome de candidemia diseminada). En el caso del esqueleto axial, pensar en la afectación de la columna cervical (a veces por contigüidad desde tejidos blandos del cuello). Otro cuadro característico aunque infrecuente es la artritis de la sínfisis púbica (la inyección en la ingle o venas del pene puede conducir a obstrucción de venas pélvicas, lo que favorece el estasis venoso y consecuentemente la infección). De nuevo, son los cocos Gram (+) los microorganismos más frecuentemente implicados.

C) CANDIDIASIS DISEMINADA:

Es un síndrome que merece ser considerado aparte, ya que a pesar de la escasa frecuencia, es lo suficientemente característico como para ser reconocido con facilidad en el contexto apropiado. La funguemia se produce como consecuencia de la contaminación con *Candida albicans* del limón utilizado para diluir la heroína marrón. A las 48 – 72 horas de la inyección el paciente presenta fiebre y a continuación (en el plazo de días o semanas) y con frecuencia variable: foliulitis del cuero cabelludo y la zona de la barba, osteocondritis costal y afectación visual por coriorretinitis. Ante la presencia de nódulos dolorosos en cuero cabelludo, dolor en zonas condrocostales y pérdida de visión (suele acompañarse de exudados blanquecinos en el examen de fondo de ojo) debe sospecharse fuertemente y pro-



cederse a la obtención de hemocultivos para hongos así como al inicio de tratamiento específico. Hay que señalar que en adictos que consumen heroína marrón diluida con limón, la foliculitis estafilocócica es menos frecuente ya que el limón tiene propiedades antibacterianas. Debe tenerse en cuenta que esta candidemia es muy diferente, en cuanto al mecanismo de producción y repercusión clínica, a la que presentan los pacientes con neoplasias hematológicas en tratamiento con quimioterapia de inducción.

D) FIEBRE SIN FOCALIDAD:

- ▲ **Bacteriemia transitoria:** en la mayoría de los casos producidas por cocos Gram (+), sobre todo *S. aureus*. Generalmente sin repercusión clínica, se produce tras la entrada al torrente sanguíneo de la flora cutánea colonizadora en el momento de la inyección. Los pacientes suelen estar familiarizados con el hecho de presentar fiebre durante varias horas y no suelen consultar por ello.
- ▲ **Endocarditis:** la frecuencia de Endocarditis en toxicómanos no es muy elevada (se estima en 1.5 – 20 por 1.000 adictos al año) pero es muy importante pensar en ella cuando los síntomas sean inespecíficos y no haya otra clara focalidad infecciosa ante las importantes repercusiones que pueden tener. Como ya se ha señalado, el consumo de cocaína i.v. es un factor predisponente para endocarditis debido al vasospasmo y daño tisular resultante que ella produce.

La **endocarditis derecha** representa el 5 – 10 % del total de casos en la población general; sin embargo en los adictos a drogas parenterales suponen hasta el 76 %. Se han propuesto varias teorías para explicar la mayor predisposición de los toxicómanos a padecer endocarditis derecha: 1) Daño endotelial valvular por talco y otros contaminantes de la droga, 2) Vasospasmo y formación de trombos, 3) Hipertensión pulmonar inducida por las drogas que favorece las turbulencias en el corazón derecho, 4) Interacciones especiales entre ciertos microorganismos y el endotelio de cavidades derechas, 5) Disregulación inmune de pacientes adictos con o sin infección VIH. Ninguno de los mecanismos propuestos parece por sí solo justificar dicha predisposición. El agente etiológico más frecuentemente responsable es *S. aureus* (50 – 60 %). Las manifestaciones clínicas pueden ser exclusivamente fiebre y afectación del estado general, sobre todo, en fases iniciales en la que los soplos aún no son audibles; posteriormente pueden observarse signos de insuficiencia cardíaca derecha como consecuencia de daño valvular tricuspídeo. Como complicación también pueden aparecer embolismos sépticos pulmonares, según hemos comentado anteriormente. En cuanto a la **endocarditis izquierda** (mitral y aórtica) debe sospecharse también y tratar de identificar soplos y fenómenos embólicos periféricos (nódulos en pulpejos de los dedos, hemorragias retinianas, etc.). La mortalidad de la endocarditis izquierda es muy superior, sobre todo cuando el agente causal es *P. aeruginosa* y hongos, apareciendo signos de fallo cardíaco que no infrecuentemente requieren cirugía con carácter de urgencia.

Cuando un paciente consumidor de drogas i.v. acuda a Urgencias con fiebre y no haya una causa clara que lo explique, la endocarditis infecciosa debe estar siempre muy alta en la lista de los posibles diagnósticos. Ello nos debe llevar a actuar con celeridad, obteniendo al menos 2 hemocultivos en poco tiempo e iniciar tratamiento antibiótico por vía intravenosa. Además deberá solicitarse una batería analítica elemental y una radiografía de tórax. Debe realizarse un ecocardiograma transtorácico lo antes posible.

E) FIEBRE Y DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA:

Las causas más frecuentes de alteración del nivel de conciencia en toxicómanos son de causa no infecciosa; son debidas a intoxicaciones agudas por drogas y secundarias a traumatismos craneales. No obstante hay una serie de causas infecciosas que también debemos considerar:

- ▲ Sepsis grave.
- ▲ Meningitis aguda o microabscesos cerebrales: son complicaciones de endocarditis izquierdas.
- ▲ Abscesos cerebrales de origen piógeno o fúngico: poco frecuentes.

El abordaje diagnóstico debe hacerse como en pacientes no adictos, valorando la realización de TAC craneal y/o punción lumbar según los casos y tras obtener datos de familiares o acompañantes del enfermo que permitan orientar el cuadro clínico.

CAUSAS NO INFECCIOSAS DE FIEBRE

Sustancias estimulantes del SNC como cocaína y anfetaminas pueden causar elevación de la temperatura por acción sobre el hipotálamo; asimismo, los pirógenos de la droga pueden producir reacciones febriles de naturaleza no infecciosa (el llamado síndrome músculo – esquelético en relación con heroína marrón se debe a un fenómeno de hipersensibilidad).

ABORDAJE DIAGNÓSTICO

Ante un paciente consumidor de drogas parenterales que acude al Servicio de Urgencias con fiebre debemos realizar una **anamnesis** dirigida lo más exhaustiva posible y recoger además una serie de datos que posteriormente nos podrán orientar sobre el origen del **síndrome clínico**:

- ▲ Tiempo de evolución de la fiebre (aguda o subaguda).
- ▲ Tipo de droga utilizada y tiempo de evolución de la drogadicción (el consumo de heroína se asocia con candidemia y la utilización de cocaína i.v. hace más probable una endocarditis).
- ▲ Hábito o no de compartir jeringuillas.

Con respecto a la **exploración física** deberemos poner especial atención a:

- ▲ Signos de venopunciones recientes. Deben examinarse otros lugares menos habituales de punciones (venas del cuello, triángulo femoral); se conocen como "huecos de disparo."
- ▲ Presencia de úlceras, heridas o signos de celulitis.
- ▲ Aspecto de las venas periféricas (¿flebitis séptica?).
- ▲ Examen del cuero cabelludo y zona de la barba (¿foliculitis?).
- ▲ Soplos cardíacos.
- ▲ Signos de bacteriemia (hipotensión, escalofríos, sudoración).
- ▲ Examen del fondo de ojo en busca de exudados.
- ▲ Datos físicos de infección por VIH no conocida (adenopatías, muguet, lesiones extensas de dermatitis seborreica).

Tras la recogida de la Historia Clínica y la realización de una exploración general y neurológica completas, pasaremos a solicitar las **exploraciones de laboratorio** o de imagen pertinentes: en general, hemograma y bioquímica elemental pueden considerarse útiles en todos los casos. Las pruebas de coagulación deben solicitarse si se sospecha sepsis y un elemental de orina puede orientar en ciertos casos (piuria, hematuria en casos de endocarditis, etc.). La solicitud de otras pruebas de laboratorio (CPK, enzimas hepáticas) debe estar justificada por sospecha de síndromes concretos (rab-



domirolisis, fallo hepático, etc.). En presencia de fiebre y sospecha de bacteriemia se procederá a la obtención de 2 hemocultivos según técnica habitual. En cuanto a las pruebas de imagen, una radiografía de tórax en 2 proyecciones es recomendable en casi todos los casos; la solicitud en Urgencias de otras exploraciones radiológicas (ecografías, TAC) debe estar siempre justificada. Según se comentó en el apartado correspondiente, debe obtenerse material para cultivo cuando existan colecciones o zonas abscesificadas accesibles.

MEDIDAS TERAPÉUTICAS

- ▲ Las medidas iniciales de tratamiento en pacientes toxicómanos infectados son similares a las que se deben tomar en otros tipos de enfermos; así por ejemplo, en caso de presentar signos de sepsis debe iniciarse la administración de líquidos i.v. y tras la obtención de muestras para analítica y hemocultivos proceder al inicio del tratamiento antibiótico.
- ▲ A la vista de lo comentado hasta ahora, debemos tener en cuenta que debido a la presencia de cocos Gram (+) y en concreto *S. aureus* en la mayoría de los procesos (infecciones de partes blandas, osteomielitis, bacteriemia y endocarditis) el régimen antibiótico empírico inicial debe contener un fármaco con actividad antistafilocócica y de ellos Cloxacilina es el de elección; las dosis serán de 2 gramos i.v. cada 4 horas en las formas clínicas severas. En casos menos graves y para administración oral pueden utilizarse Cloxacilina, Clindamicina y Cotrimoxazol. En caso de alergia a Penicilina o probabilidad de infección por cepas resistentes a meticilina (SAMR) elegiremos Vancomicina. En caso de sospechar endocarditis se asociará Gentamicina a dosis habituales aunque no está demostrado que sea más eficaz que Cloxacilina sola en endocarditis derecha.
- ▲ En caso de infecciones respiratorias bajas u otros procesos focales, el tratamiento no será muy diferente al requerido por pacientes no adictos.
- ▲ La coexistencia de infección por VIH en pacientes toxicómanos nos obligará a ampliar el espectro de diagnósticos posibles (considerar incluso la primoinfección por VIH ante un cuadro febril de tipo gripal o mononucleósico). Las complicaciones infecciosas secundarias a la infección por VIH son tratadas en capítulo aparte.
- ▲ No debemos olvidar por último que estos enfermos, además de las infecciones que hemos tratado aquí, pueden padecer el resto de las patologías que afectan a la población general y habrá que tener presente las enfermedades infecciosas con alta prevalencia en la zona (Brucelosis, Rickettsiosis, etc.).

BIBLIOGRAFÍA:

- ▲ Sterbach G, Moran J, Eliastam M: Heroin addiction: Acute presentation of medical complications. *Ann Emerg Med* 1980; 9: 161-169.
- ▲ Marantz PR, Linzer M, Feiner CJ, et al.: Inability to predict diagnosis in febril intravenous drug abusers. *Ann Intern Med* 1987; 106: 823-828.
- ▲ Miró J. M., et al.: Infecciones en drogadictos. En: Perea, E. J. (eds): *Enfermedades infecciosas*. Ediciones Doyma, S. A. Barcelona, 1991: 547-545.
- ▲ Frontera Jennifer A.: Right – Side Endocarditis in injection drug users: Review of proposed mechanism of pathogenesis. *Clin Infect Dis* 2000; 30: 374-9.