

BACTERIÈMIA EN USUARI DE DROGUES VIA PARENTERAL

Joan Raga¹, Neus Robert², Boris Revollo³, Carme Bracke¹, Gerard Rafart⁵

¹Resident de Medicina Interna

²Adjunta d'Urgències

³Adjunt de Malalties Infeccioses

⁴Resident de Radiologia

⁵Resident de Radiologia

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Nom autor: Joan Raga

Lloc de treball: Hospital Germans Trias i Pujol

Data recepció: 08.10.2017

Data acceptació: 07.11.2017

mail: jraga89@gmail.com

Forma de citació: Raga J, Robert N, Revollo B; Bracke C, Rafart G. *Bacterièmia en usuari de drogues via parenteral*. ReMUE.c@t 2018;5(1):49-52

Motiu de la consulta:

Febre i lumbàlgia.

Antecedents personals:

Home de 40 anys, sense al·lèrgies a medicaments conegudes, amb antecedents patològics d'infecció per VHC, addicció a drogues per via parenteral, dependència a opiacis i consumidor actiu que prèviament havia fet seguiment en Centre Delta de Badalona.

Malaltia actual:

Consulta per dolor a hemiabdomen dret de quatre dies d'evolució, amb lumbàlgia predominant del mateix costat, d'inici insidiós que ha progressat en els últims dies. Explica oligúria així com febre d'un màxim de 39°C, sense nàusees, vòmits ni alteracions del ritme deposicional.

Exploració física:

TA 165/76 mmHg, FC 90 bpm. T.ax:38'5°C SatO2 96% basal. **Regular estat general, diaforètic.** Normohidratat i amb pal·lidesa mucocutània. Conscient i orientat en les tres esferes. **Inestabilitat a la marxa.** Tons cardíacs rítmics, no bufs ni freq pericàrdic. Murmuri vesicular conservat sense sorolls sobrefegits. Abdomen amb peristaltisme conservat, tou i depressible, dolorós a la palpació **amb dubtosa defensa a fossa ilíaca dreta.** **Puny-percussió lumbar positiva** bilateral. Extremitats inferiors amb polsos perifèrics conservats i simètrics, sense

signes d'edema ni trombosi venosa profunda.

Exploracions complementàries realitzades a urgències:

- Anàlisi de sang: Destaca **leucocitòsi de 49.40 x10⁹/L amb neutrofilia** i augment de **RFA amb fibrinogen de 657 mg/dL i PCR 308'10 mg/L**. Es cursen hemocultius.

- Urianàlisi: Destaca glucosúria de 250 mg/dL, proteinúria de 100 mg/dL, 0-5 hematies/camp i 10-20 leucòcits camps.

- Radiografia d'abdomen i tòrax: sense alteracions destacables.

- **TC abdominal:** Augment de tamany de múscul psoes esquerre respecte al contralateral, amb col·lecció polilobulada i septada al seu interior, relleu mural i de septes amb diàmetre aproximat de 10x5x3 cm compatible amb abscess d'extensió a musculatura paravertebral homolateral.

Diagnòstic diferencial a urgències:

- **Lumbàlgia mecànica:** Destriable de forma senzilla si considerem la clínica concomitant. La lumbàlgia mecànica és una patologia prevalent a la població (un 70% segons series al nostre entorn). Si bé té un curs benigne és important saber destriar aquesta entitat amb els "red flags"¹ que suggeriren que es tracta d'una lumbàlgia secundària a altres causes: la presència de síndrome tòxica en una lumbàlgia subaguda cal fer considerar un procés neoplàsic, així com l'ús perllongat de corticoides facilita l'aparició d'una

fractura vertebral per fragilitat. **En el nostre cas** la presència de febre ha d'obligar al clínic a considerar, necessàriament, l'etiologia infecciosa normalment en forma d'abscessos en zona paravertebral. El fet de que el nostre pacient sigui ADVP no fa sinó reforçar aquesta hipòtesi, ja que dóna un focus d'entrada addicional.

- **Pielonefritis aguda (PNA):** Patologia freqüent als serveis d'urgències si bé més freqüent en sexe femení, la pielonefritis és un diagnòstic que es va plantejar a l'àmbit d'urgències donada la presència d'una dubtosa puny-percussió (amb predomini dret). L'oligúria podria estar justificada en un context de sèpsia però certament va constituir un factor de confusió en el cas clínic actual. El sediment d'orina marcava una leucocitúria força modesta, fent-la menys probable.

- **Apendicitis:** L'apendicitis és una etiologia a descartar davant d'un abdomen dolorós amb febre. En contra d'aquest diagnòstic trobem la llarga evolució, l'absència de nàusees i vòmits, així com el dolor lumbar que potser era predominant per sobre del dolor abdominal. L'evolució del dolor abdominal tampoc era la clàssica (sense dolor lumbar periumbilical posteriorment migratori a fossa ilíaca dreta). Així i tot, davant un abdomen agut es va **buscar descartar patologia quirúrgica amb imatge TC**, arribant al diagnòstic.

Evolució clínica i exploracions complementàries fora d'urgències:

Amb la sospita d'abscessos del psoes d'origen infecciosos es dóna una dosi de Ceftriaxona i s'ingressa a Unitat de malalties infeccioses. A les 24 h avisen de la positivitat dels hemocultius cursats a urgències per *Staphylococcus aureus* sensible a oxacil·lina, pel que es canvia teràpia antibiòtica a cloxacil·lina i gentamicina.

Dins de l'estudi es realitza ecocardiograma transtoràcic (25/8) que és normal i RNM que mostra múltiples col·leccions en ambdós psoes i paravertebrals esquerres a nivell lumbar suggestives d'abscessos i en augment respecte a TC previ. També col·leccions paravertebrals en nivells cervicals alts. Col·leccions epidurals e intradurals a nivell dorsal i lumbar, la major d'un grossor de 4-5 mm que no ocasiona compressió medul·lar rellevant en l'actualitat. Tot just 24 hores abans de realitzar-se la RMN, el pacient presenta un dèficit motor sobtat d'extremitat inferior

contralateral al psoes afectat amb imпотència funcional de l'extremitat inferior dreta, pel que s'inicia corticoteràpia intravenosa.

No considerat tributari d'evacuació quirúrgica, es va continuar amb antibioteràpia ampliada a Vancomicina + Cloxacil·lina + Levofloxací d'acord a creixement de nou hemocultiu (30/8), *Bacillus thuringiensis* sensible a quinolones. El pacient va recuperar el dèficit motor iniciant deambulació en pocs dies.

Al cap de catorze dies de tractament antibiòtic es va repetir de nou la RMN amb "*resolució o franca disminució de la mida dels abscessos a totes les localitzacions així com disminució important del tamany de les col·leccions intrarraquídies*". Fou donat d'alta amb antibioteràpia oral amb Levofloxací i Rifampicina fins a la visita de control, on es trobava totalment asimptomàtic.

Diagnòstic final:

Abscessos de psoes en UDVP.

DISCUSSIÓ

L'abscessos de psoes és una patologia relativament infreqüent que es pot classificar en primari o secundari en funció si el patògen prové d'una disseminació hematògena o limfàtica d'un altre focus o bé per contigüïtat local². En funció de l'etiologia canviaran els patògens implicats en cada cas, sent patògens comensals de la pell com l'*S. aureus*, sobradament descrits a les infeccions dels ADVP, o *Bacillus thuringiensis*, d'hàbitat a terra i la toxina del qual s'utilitza habitualment com a plaguicida tal com va ser en el nostre cas.

És important recalcar que sovint es tracta d'una troballa diagnòstica, si bé cal no oblidar que en pacients amb signes d'alarma o patologia no aclarida des d'urgències s'ha de sospitar aquesta possibilitat. En aquest cas a més a més ens trobem davant un pacient amb antecedents de consum actual de drogues per via parenteral, cosa que ens obliga a descartar altres patologies no habituals en la població general.

L'abscessos local dels punts de venopunció i embolització sèptica és la patogènia d'entitats com la tromboflebitis de l'ADVP i l'endocarditis, requerint aquesta última de despitatge amb ecografia transtoràcica. Les embòlies sèptiques pulmonars són típiques de l'endocarditis de la vàlvula tricúspide (el 13% dels ADVP tenen ETT compatibles amb vegetacions d'aquesta vàlvula³) i que es manifestarien amb opacitats nodulars

a la radiografia de tòrax. En molts casos s'ha de tenir en compte patologia pròpia dels immunodeprimits pensant en un debut de VIH amb immunodeficiència adquirida.

En resum, més enllà de la consideració de l'abscess del psoes com a entitat individual cal tenir en compte individualitzar en cada perfil de pacient, ja que

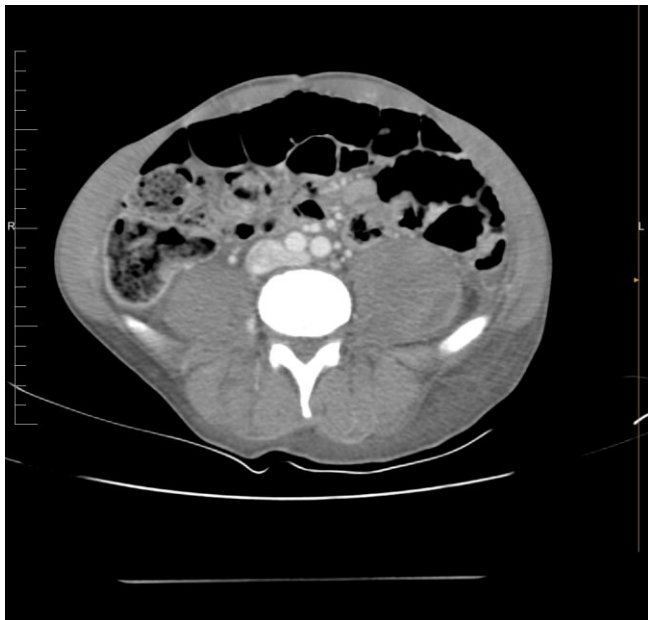
l'addicte a drogues per via parenteral és un pacient al qual per defecte s'ha d'ampliar l'espectre del diagnòstic diferencial amb patologia infecciosa, òbviament sense descuidar la patologia de la població general.

Bibliografia:

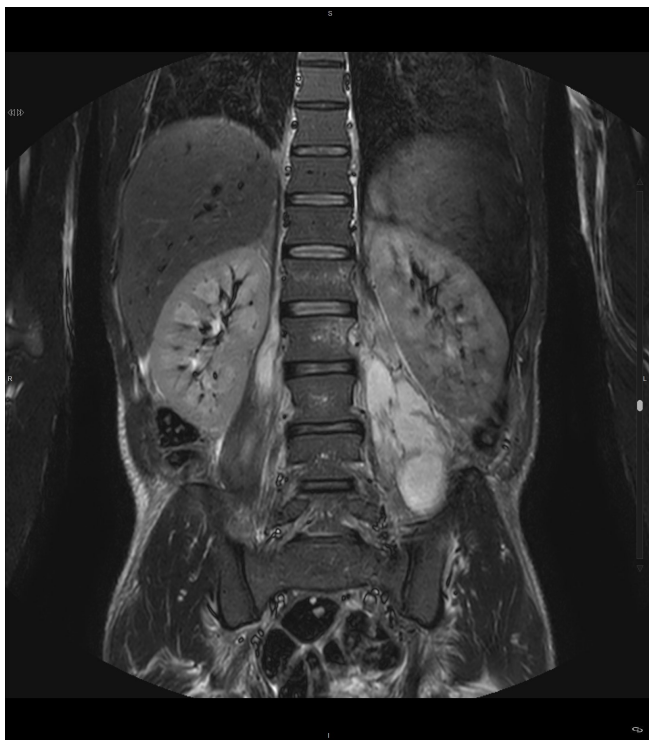
1. Valle Calvet, M., & Olivé Marquès, A. (2010). Signos de alarma de la lumbalgia. *Seminarios de La Fundacion Espanola de Reumatologia*, 11(1), 24–27.

<http://doi.org/10.1016/j.semreu.2009.09.006>
2. Iliopsoas abscess – A review and update on the literature. (2012). *International Journal of Surgery*, 10(9), 466–469. <http://doi.org/10.1016/J.IJSU.2012.08.016>

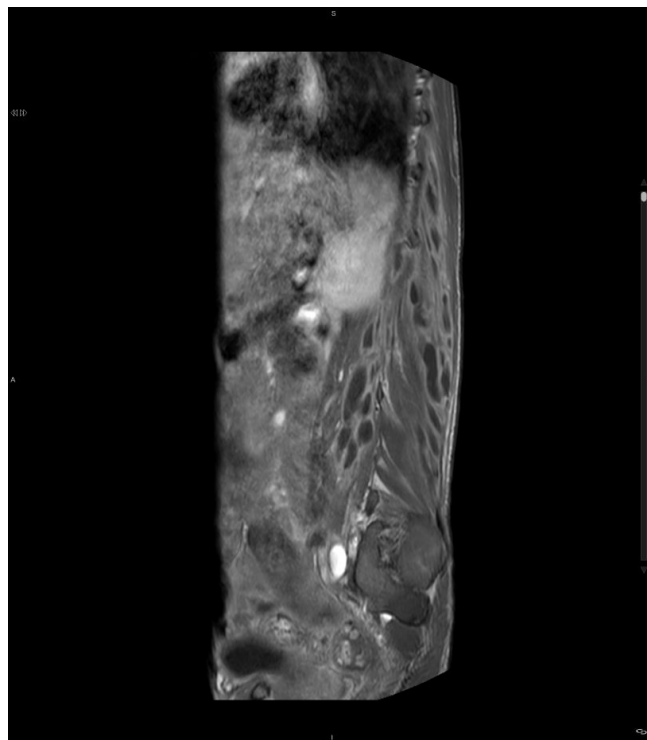
3. Moss R, Munt B. Injection drug use and right sided endocarditis. *Heart*. 2003;89(5):577-581.



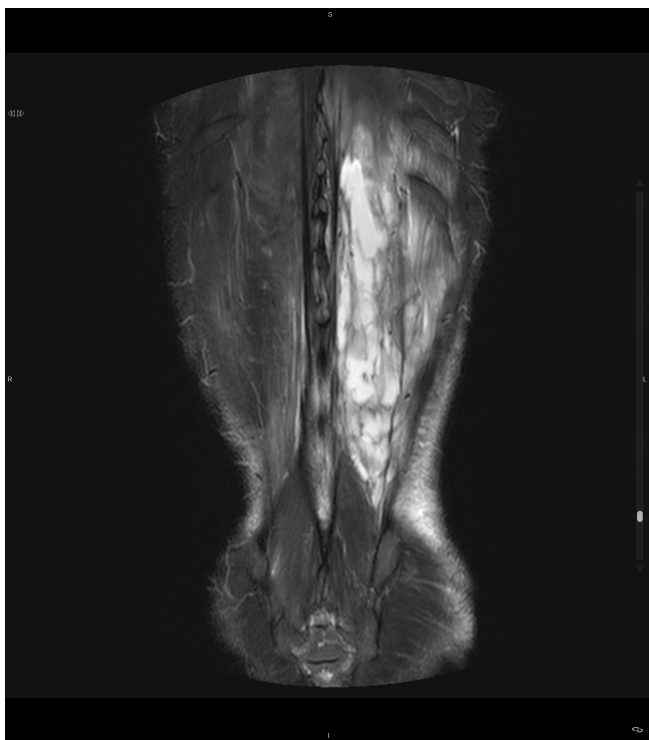
1,2. TC (talls transversals): Augment de tamany de múscul psoes esquerre respecte al contralateral, amb col·lecció polilobulada i septada al seu interior, relleu mural i de septes amb diàmetre aproximat de 10x5x3 cm compatible amb abscess.



3. RMN (tall coronal T2 simple): Múltiples col·leccions amb polilocol·lació en ambdós psoes suggestives d'abscessos i en augment respecte a TC previ.



4. RMN (tall sagital): Col·leccions a psoes i col·leccions paravertebrals múltiples.



5. RMN (tall coronal): Tall més posterior al mostrat en la imatge 3 on s'aprecia de forma més precisa l'extensió dels abscessos paravertebrals posteriors, amb afectació de pràcticament tots els segments lumbar.