

Barce, Robert, ; Rodriguez, Lía; Pan, Melina; Grille, Pedro.

Centro de Tratamiento Intensivo, Hospital Maciel, ASSE. Unidades Académicas de Emergencia y Toxicología, Hospital de Clínicas, UdelaR. Montevideo, Uruguay.

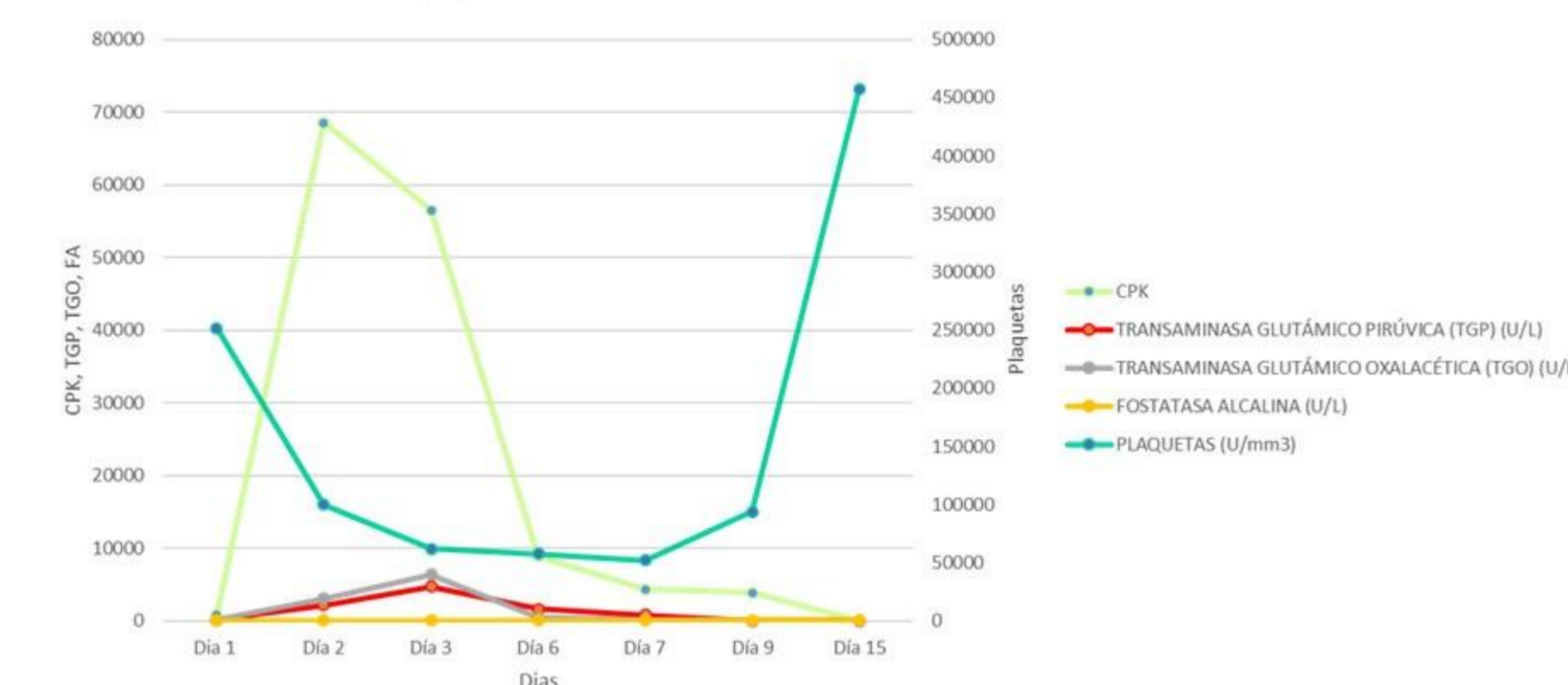
rtbarce@gmail.com

Caso n°1

Hombre, 47 años, antecedentes de consumo de pasta base de cocaína (PBC) y alcohol. Consulta por movimientos anormales posconsumo de PBC. Ingres a emergencia soporoso, hipertermia 40°C, excitación psicomotriz, se realiza intubación orotraqueal (IOT). Ingres a unidad de cuidados intensivos (UCI). Paraclínica: creatininemia 2,33 mg/dL, CPK 987 U/L, Funcional y enzimograma hepático (FEH) normal. Benzoilecgonina y marihuana positivos en orina. Tomografía BODY sin alteraciones. Punción lumbar y electroencefalograma normal. Evolucion a la Disfunción Orgánica Múltiple (DOM): shock, insuficiencia renal, plaquetopenia, disfunción hepática con perfil obstructivo, bilirrubina total hasta 4,89 mg/dL (directa 3,35 mg/dL), tasa de protrombina (TP) hasta 28%, aumento de alanina transferasa (TGP) hasta 4710 U/L y aspartato aminotransferasa (TGO) hasta 6374 U/L. Serologías virales negativas y ecografía de abdomen normal. Rabdomiólisis y despertar excitado. Mejoría progresiva de disfunciones, alta a sala al día 18. La evolución paraclínica se ilustra en las tablas y gráficos de abajo.

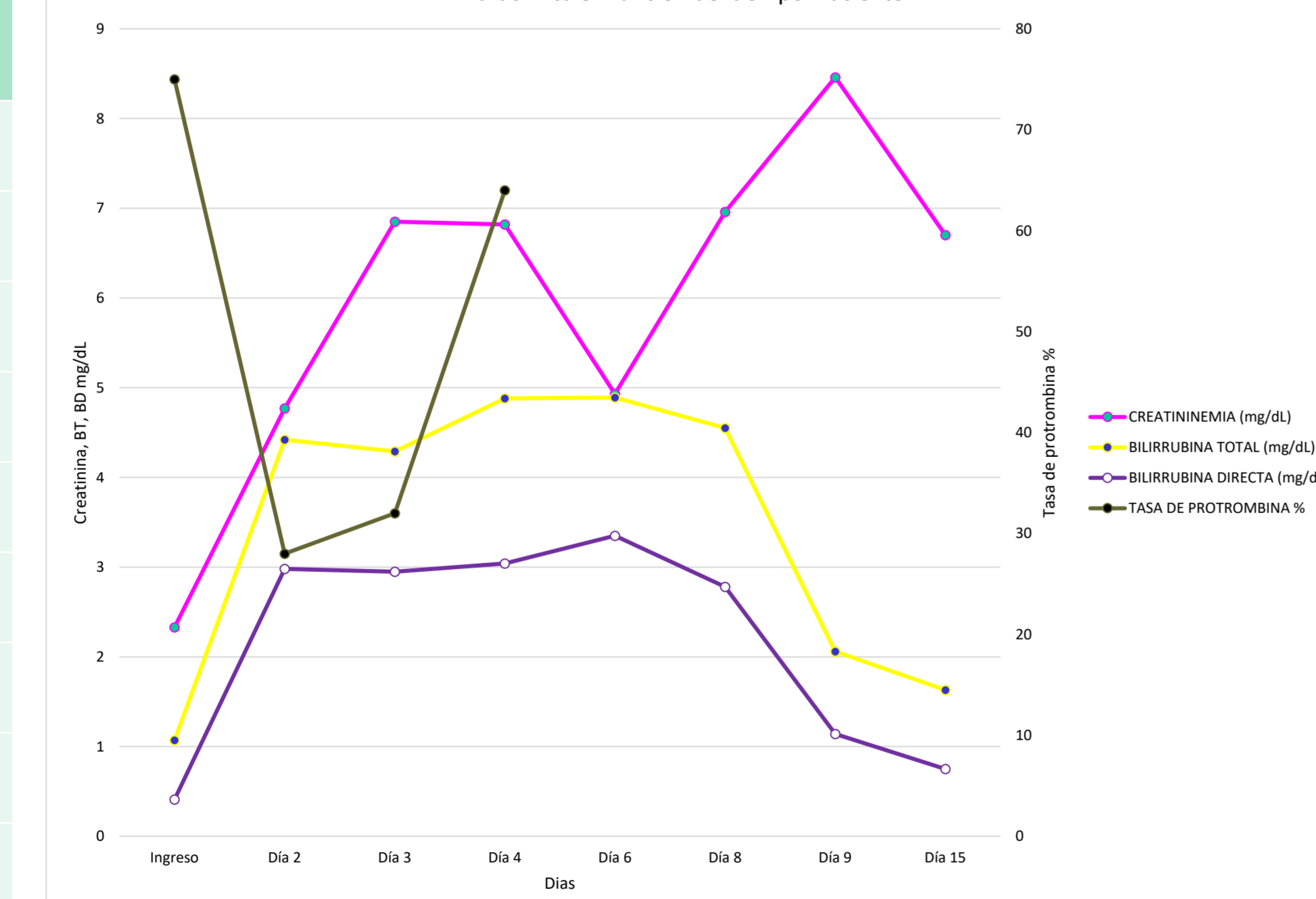
Días	CREATININEMIA (mg/dL)	TRANSAMINASA GLUTÁMICO PIRUVICO (TGP) (U/L)	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA (TGO) (U/L)	FOSFATASA ALCALINA (FA) (U/L)	PLAQUETAS (/mm ³)
Día 1	897	125	121	60	252000
Día 2	68570	2147	3089	69	100000
Día 3	56540	4710	6374	95	62000
Día 6	8950	1664	453	102	58000
Día 7	4397	865	266	108	52000
Día 9	3934	6	41	185	94000
Día 15	86	3	32	154	457000

Paraclínica en función del tiempo paciente 1



Días	CREATININEMIA (mg/dL)	BILIRRUBINA TOTAL (mg/dL)	BILIRRUBINA DIRECTA (mg/dL)	TASA DE PROTROMBINA %
Día 1	2,33	1,07	0,41	75
Día 2	4,77	4,42	2,98	28
Día 3	6,85	4,29	2,95	32
Día 4	6,82	4,88	3,04	64
Día 6	4,93	4,89	3,35	
Día 8	6,96	4,55	2,78	
Día 9	8,46	2,06	1,14	
Día 15	6,7	1,63	0,75	

Paraclínica en función del tiempo. Paciente 1.



Introducción

La cocaína es la droga ilícita más consumida en Uruguay. La hepatitis tóxica por cocaína es poco frecuente y se asocia a intoxicaciones graves. El mecanismo de acción implica sus metabolitos (estrés oxidativo) y la acción tóxica directa (desacople mitocondrial).

Discusión

Se trata en ambos casos de intoxicaciones graves por cocaína (PBC y clorhidrato) con DOM. Presentaron hepatitis tóxica e insuficiencia hepática (discrasia), con perfil obstructivo, más grave y duradera en el caso 1, motivando la consulta al equipo de trasplante hepático. Se destaca además plaquetopenia de hasta 50000/mm³, resolviéndose espontáneamente dentro de la primer semana. La detección de benzoilecgonina en orina fue positiva en ambos casos. Si bien no se contó con alcoholemia, se sospecha del mismo dada la frecuente asociación, destacando que la misma implica un aumento mayor del estrés oxidativo y hepatitis tóxica. Dado que en estos casos no se realizaron estudios cromatográficos en orina, no es posible descartar la presencia de adulterantes.

Conclusiones

La hepatitis tóxica por cocaína, si bien es poco frecuente, puede evolucionar a la falla hepática, por lo que los médicos clínicos deben tenerla en cuenta, sobre todo en intoxicaciones graves asociadas con alcohol.

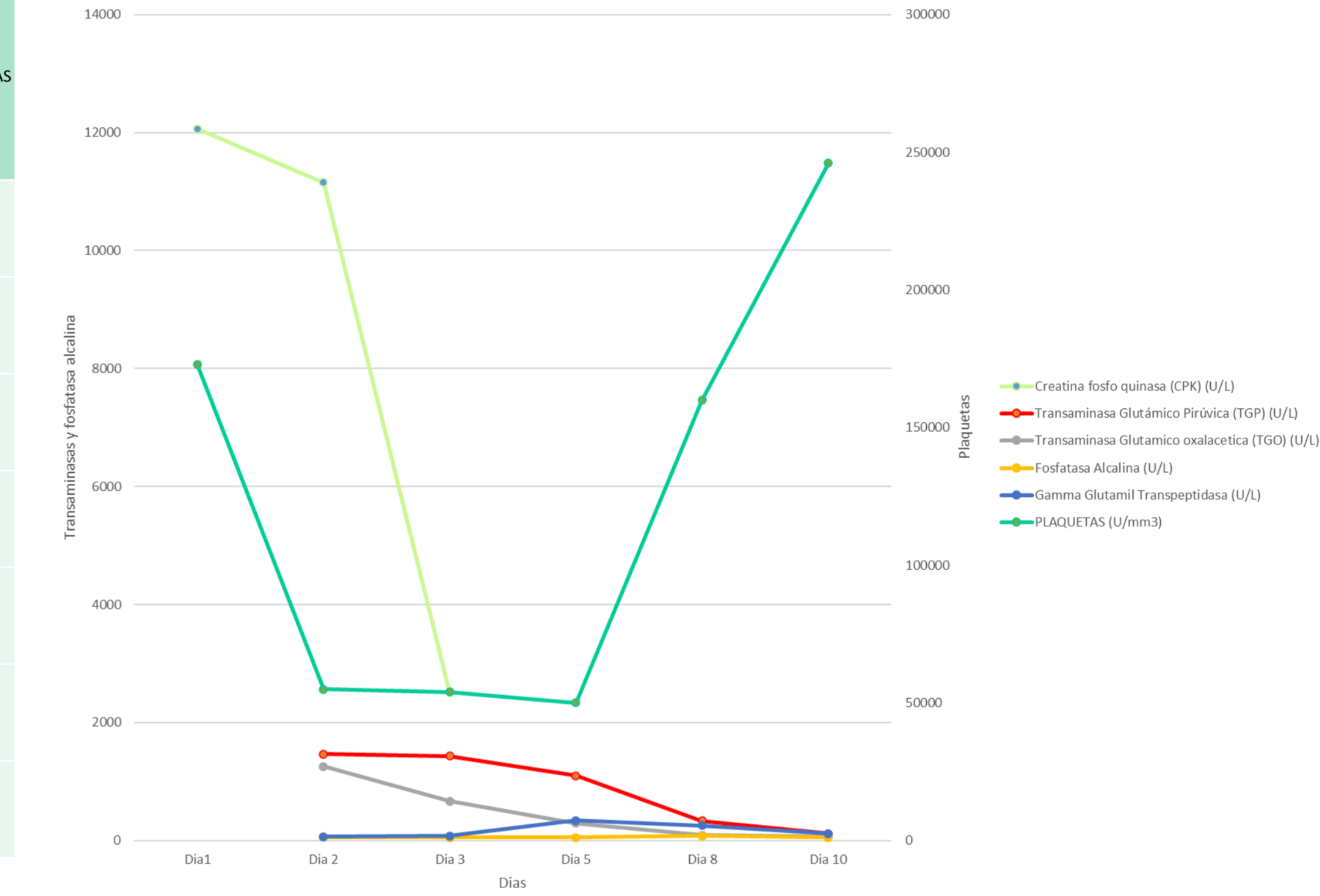
Se debe tener en cuenta la importancia de realizar estudios cromatográficos en estos casos clínicos

Caso n° 2

Hombre, 46 años, antecedentes de consumo de clorhidrato de cocaína y alcohol. Es encontrado con depresión de conciencia, arribando a emergencia en coma (Escala de Coma de Glasgow 3 puntos), shock, insuficiencia respiratoria, se procede a IOT. Ingres a UCI. Paraclínica: creatininemia 2.50 mg/dL, CPK 15000 U/L. FEH normal. Benzoilecgonina y marihuana positivos en orina. Tomografía de cráneo sin alteraciones. Tórax: Consolidaciones pulmonares bibasales con broncograma aéreo. Evolucion a la DOM: shock, plaquetopenia, insuficiencia renal, distrés respiratorio, alteración de la TP hasta 33%, aumento de TGP hasta 1463 U/L y TGO hasta 1253 U/L. Serologías virales negativas y ecografía de abdomen normal. Despertar excitado. Mejoría progresiva de disfunciones, alta a sala al día 11. La evolución paraclínica se ilustra en las tablas y gráficos de abajo

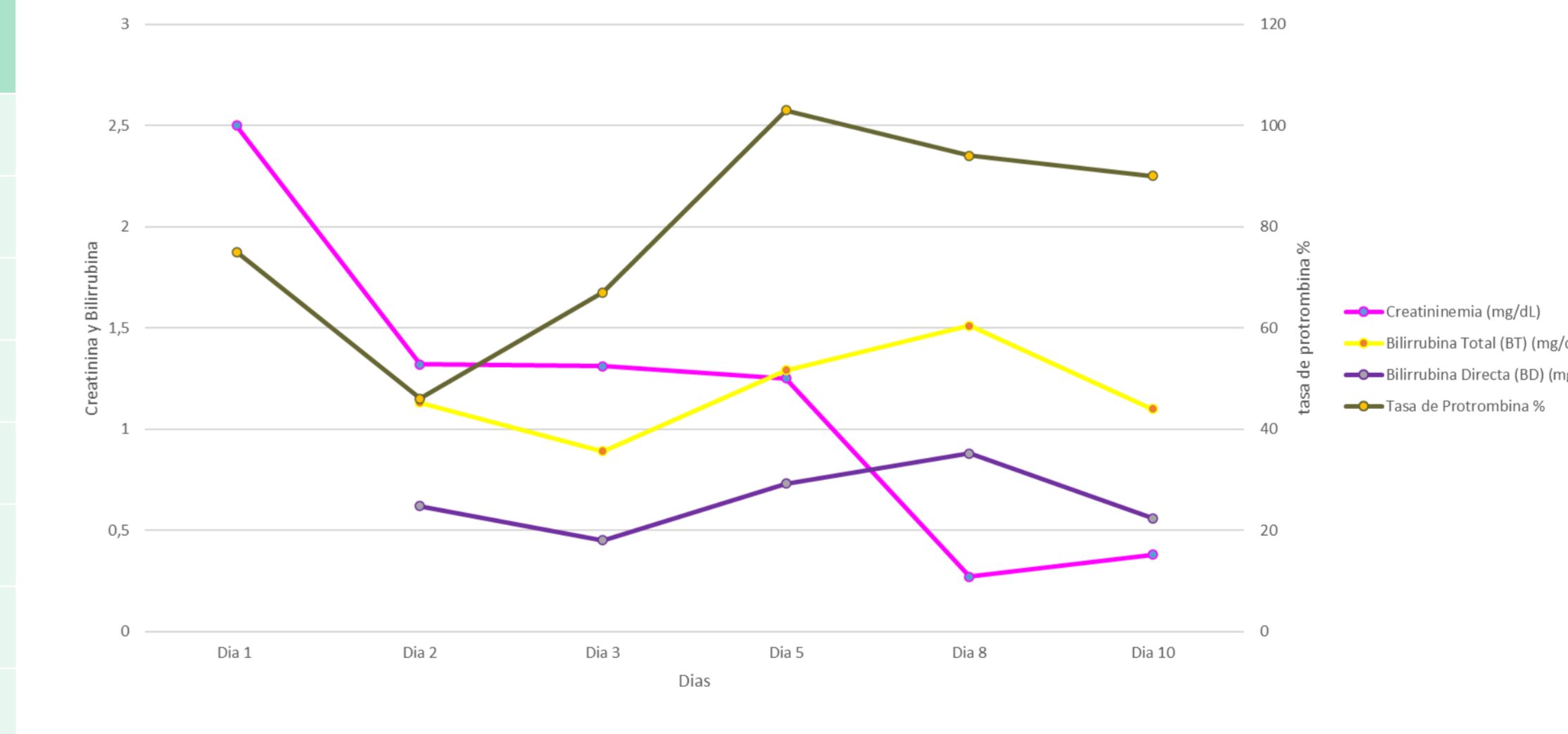
Días	CPK (U/L)	TGP (U/L)	TGO (U/L)	FA (U/L)	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASIS (GGT) (U/L)	PLAQUETAS (/mm ³)
Día 1	12060					173000
Día 2	11156	1463	1253	58	63	55000
Día 3	2514	1434	669	50	81	54000
Día 5		1102	296	55	340	50000
Día 8		332	92	77	252	160000
Día 10		120	70	55	120	246000

Paraclínica en función del tiempo



Días	CREATININEMIA (mg/dL)	BILIRRUBINA TOTAL (mg/dL)	BILIRRUBINA DIRECTA (mg/dL)	TASA DE PROTROMBINA %
Día 1	2,50			
Día 2	1,65			32
Día 3	1,32	1,13	0,62	46
Día 4	1,31	0,89	0,45	67
Día 5	1,25	1,29	0,73	103
Día 8	0,27	1,51	0,88	94
Día 10	0,38	1,1	0,56	90

Paraclínica en función del tiempo



Bibliografía

- Prosser J, Hoffman R. Cocaine chapter 78. In: Goldfrank's Toxicologic Emergencies. Hoffman R, Howland M, Lewin N, Nelson L, Goldfrank L. 10th edition. Mc. Graw-Hill. 2015.
- Patel K.H. et al. Cocaine and venous thromboembolism and acute liver injury. Am J Case Rep, 2023; 24: e941360.
- Sharma R, et al. Reversible Fulminant Hepatitis Secondary to Cocaine in the Setting of β-Blocker Use. Journal of Investigative Medicine High Impact Case Reports Volume 8: 1–3. 2020 American Federation for Medical Research. DOI: 10.1177/2324709620924203 journals.sagepub.com/home/hic
- Bouquet E, et al. Cocaine-induced acute hepatitis: A diagnosis not to forget. Clin Res. Hepatol Gastroenterol (2020), <https://doi.org/10.1016/j.clinre.2020.05.010>
- Bourday M, Martin E. Cocaine-Associated Thrombocytopenia. The American Journal of Medicine Volume 91. 1991.