laría el hemograma, la bioquímica sérica (incluyendo enzimas hepáticas e iones), los niveles de proteína C reactiva, TSH y T4L, cobre, ceruloplasmina y niveles basales de cortisol y ACTH fueron normales, así como el ionograma en orina. Tras 6 meses de seguimiento ambulatorio no ha presentado incidencias significativas.

La carbimida se encuentra comercializada como fármaco antidipsódico en Asia y algunos países europeos (entre ellos España). La información que existe sobre carbimida es bastante limitada, ya que su uso es mucho menos frecuente que el disulfiram, que es el producto más representativo de los fármacos utilizados para crear aversión al etanol (6). La carbimida se administra por vía oral y tiene efecto primer paso hepático que es saturable, por lo que la biodisponibilidad aumenta con el incremento de la dosis. Es metabolizada ampliamente en hígado a un metabolito inactivo que es eliminado por vía renal. La dosis recomendada en el tratamiento antialcohólico es de 50-80 mg/día en dos dosis. La carbimida sólo puede administrarse con conocimiento del paciente ya que si se consume alcohol la reacción alcohólica puede llegar a ser mortal (7). Esta reacción carbimida-etanol puede ocurrir en la primera hora tras la primera dosis de carbimida, y entre 5 y 20 minutos tras la ingesta de alcohol en un paciente en tratamiento crónico.

La paciente que presentamos ingirió una dosis más de 30 veces superior a la dosis máxima diaria recomendada. Las manifestaciones clínicas más revelantes fueron insuficiencia respiratoria y acidosis metabólica. La insuficiencia respiratoria se achacó a broncoaspiración, pero probablemente estuviera relacionada con la intoxicación, ya que la base de datos Poisindex® recoge este tipo de toxicidad por cianamida (8). Por otra parte, la paciente presentó una acidosis metabólica hiperclorémica o con anión GAP normal cuya patogenia es difícil de establecer ya que el diagnóstico se estableció una vez resuelto el caso. Creemos pudiera estar relacionada a afectación tubular renal transitoria con defecto en la amoniogénesis, ya que por una parte no había pérdidas de bicarbonato de origen digestivo (ausencia de diarrea o vómitos significativos) y por otra, la acidosis tubular renal también podría descartarse razonablemente ya que la función renal y los niveles séricos de potasio fueron normales, la orina presentaba una carga neta ($Cl < Na + K$) positiva y un pH ácido (< 6).

La experiencia en intoxicación por carbimida se reduce al único caso (5) recogido en la literatura, en el que se describe una paciente de España que, también con finalidad autolítica, ingiere dosis supratrapéuticas del fármaco, desarrollando fallo hepático y renal agudos, reversibles con diálisis. En el caso que presentamos no observamos ninguna de esas complicaciones.

Consideramos que la intoxicación por carbimida debe ser tenida en cuenta en pacientes con cuadros agudos graves, especialmente en presencia de acidosis metabólica con anión GAP normal, insuficiencia respiratoria, renal o hepática y sospecha de intento autolítico.

J. Barquero Romero, R. M. Ruiz Calero¹, M. J. Estepa Alonso²

Servicios de Medicina Interna, ¹Nefrología y ²Farmacia Hospitalaria. Hospital Perpetuo Socorro. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Servicio Extremeño de Salud

- H, et al. Cyanamide-induced liver dysfunction after abstinence in alcoholics: a long-term follow-up study on four cases. *Alcohol Clin Exp Res* 2000; 24 (Supl. 4): 100S-105S.
4. Niederhofer H, Staffen W, Mair A. Comparison of cyanamide and placebo in the treatment of alcohol dependence of adolescents. *Alcohol Alcoholism* 2003; 38: 50-53.
5. Rodríguez A, Macia M, Navarro JF. Renal and hepatic failure secondary to cyanamide. *An Med Interna (Madrid)* 2003; 20: 603.
6. Welsh CJ, Lliberto J. The use of medication for relapse prevention in substance dependence disorders. *J Psychiatric Pract* 2001; 7: 15-3.
7. Cina SJ, Russell RA, Conradi SE. Sudden death due to metronidazole/ethanol interaction. *Am J Forensic Med Pathol* 1996; 17: 343-346.
8. Toll LL, Hurlbut KM, eds. Poisindex® System: Thompson Micromedex® Healthcare Series, Vol. 117. Greenwood Village, Colorado: Thompson Micromedex®, 2003.

Sacroileítis piógena complicada con absceso de psoas y neumonía

Sr. Director:

El absceso de psoas es una patología infrecuente pudiéndose desarrollar espontáneamente o de manera secundaria. Describimos el caso de un hombre sano de 31 años con absceso de psoas y sacroileítis con el desarrollo de una neumonía como complicación. La tomografía computerizada (TC) y la resonancia magnética nuclear (RMN) son las técnicas de imagen utilizadas para el diagnóstico. Fue tratado únicamente con antibioterapia, siendo la evolución favorable.

Varón de 31 años sin antecedentes de interés que refiere comenzar hace 72 horas con dolor intenso en región glútea derecha sin irradiación y sin otra clínica acompañante. Niega esfuerzo físico o trauma previo. Ha aumentado progresivamente añadiéndose en las últimas horas fiebre de 38 °C e impotencia funcional por lo que acude. En la anamnesis negaba clínica digestiva, ocular o patología articular previa. A la exploración se encontraba afectado por el dolor con auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal normal. Presentaba una maniobra de sacroiliaca derecha positiva y Lasseague negativo. En la analítica destacaba leucocitosis con neutrofilia sin otras alteraciones, con PCR y VSG elevadas y resto de bioquímica básica normal. En la radiografía de pelvis se observaban signos de sacroileítis bilateral, ingresando el paciente como sacroileítis a estudio.

A las 48 horas del ingreso el paciente comienza con disnea que se hace de reposo junto a fiebre, sin tos o dolor torácico acompañante. Se realiza una TC pulmonar objetivando imágenes a nivel de lóbulo inferior izquierdo y lóbulo superior derecho compatibles con condensaciones neumónicas.

Dada la insuficiencia respiratoria y el empeoramiento clínico el paciente ingresa en la unidad de cuidados intensivos (UCI), requiriendo intubación y sostén hemodinámico. Se comienza tratamiento antibiótico con imipenem y vancomicina. Se realiza TC abdominopélvica encontrando afectación de las articulaciones sacroiliacas compatible con sacroileítis crónica junto a una colección a nivel de psoas ventral de 4 cm adyacente a sacroiliaca derecha (Fig. 1). Es de difícil acceso debido a la localización y pequeño tamaño, siendo imposible el drenaje percutáneo. Mediante RM se objetiva una sacroileítis bilateral moderada con ensanchamiento de las interlíneas articulares y erosiones subcondrales. En la articulación sacroiliaca derecha se observa un intenso edema óseo subcondral con clara captación del contraste así

1. Swift RM. Drug Therapy for Alcohol Dependence. *N Engl J Med* 1999; 340: 1482-1490.
2. Ponce G, Jiménez-Arriero MA, Rubio G. Tratamiento farmacológico de la dependencia alcohólica. *Trastornos Adictivos* 2003; 5: 27-32.
3. Suzuki Y, Yokoyama A, Nakano M, Okuyama K, Takahashi H, Tamai

Fig. 1.

como captación en anillo de la colección de psoas derecho adyacente, hallazgos compatibles con etiología infecciosa. Los hemocultivos fueron positivos para *Staphylococcus aureus* meticilín sensible realizándose ecocardiografía transtorácica que es negativa para endocarditis. La serología de *Brucella*, el mantoux y el cultivo de aspirado traqueal fueron negativos. La evolución es favorable pudiendo ser dado de alta a planta con cloxacilina intravenosa 2 g/4 h, resolución completa de las condensaciones neumónicas y disminución de la colección de psoas en el TC de control.

Tanto la sacroileítis piógena como el absceso de psoas son entidades infrecuentes. Para el diagnóstico del absceso de psoas se utilizan la ecografía abdominal, la TC y la RMN, aunque en la RMN se puede demostrar la afectación articular de las sacroiliacas con mayor definición (1-3). El diagnóstico clínico suele ser difícil siendo los signos clásicos la fiebre y el dolor con impotencia funcional de la extremidad afecta. Como en la mayoría de las series en este caso el agente causal fue *Staphylococcus aureus* asociado a foco osteoarticular. Así mismo la localización en el lado derecho también se describe mas frecuentemente (4-7). Destacar la ausencia de factores de inmunodepresión o patología previa del paciente salvo la sospecha de una espondiloartropatía de

base. Normalmente el manejo del absceso es con drenaje ya sea con punción-aspiración guiada por técnicas de imagen o bien con cirugía. Se han descrito casos de resolución completa con antibioterapia únicamente, sobretudo en colecciones menores de 5 cm. Destacar en nuestro caso la necesidad de prolongar el tiempo de tratamiento dada la afectación osteoarticular y la ausencia de drenaje (8-10).

I. M. Arias Miranda, J. M. Quiroga Ruiz¹, C. López de Mesa¹, M. L. García-Alcalde Fernández²

Servicios de Medicina Interna y ¹Medicina Intensiva. ²Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital de Cabueñes. Gijón

1. Gorgulu S, Komurcu M, Silit E, Kocak I. Psoas abscess as a complication of pyogenic sacroiliitis: report of a case. *Surg Today* 2002; 32: 443-5.
2. Gutiérrez A, Alonso JJ, Luzar A, Aguirre C. False negative computerized axial tomography in the early diagnosis of pyogenic sacroiliitis. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1992; 10: 59.
3. Doita M, Yoshiya S, Nabeshima Y, Tanase Y, Nishida K, Miyamoto H, et al. Acute pyogenic sacroiliitis without predisposing conditions. *Spine*. 2003; 28: E384-9.
4. Penado S, Espina B, Campo JF. Absceso de psoas. Descripción de una serie de 23 casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001; 19: 257-260.
5. Laguna P, Moya M. Absceso del músculo psoas: análisis de 11 casos y revisión de la literatura. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1998; 16: 19-24.
6. Navarro V, Mesenguer V, Fernández A, Medrano F, Sáez JA, Puras A. Absceso del músculo psoas. Descripción de una serie de 19 casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1998; 16: 118-22.
7. Gutiérrez Macías A, Barreiro García G, Ribacoba Bajo L, Alonso Alonso JJ, Aguirre Errasti C. Sacroileitis piógena. Presentación de 10 casos. *Rev Clin Esp* 1993; 193: 235-8.
8. Assalia A, Volpin G, Hashmonai M, Angel A, Stein H, Schein M. Psoas muscle abscess associated with pyogenic sacroiliitis. *Eur J Surg* 1996; 162: 415-7.
9. Méndez Echevarría A, Baquero Artigao F, Velázquez Fragua R, García Ascaso MT, Merino Muñoz R, del Castillo Martín F. Piomiositis paravertebral resuelta con tratamiento antibiótico exclusivo. *An Pediatr (Barc)* 2004; 60: 597-8.
10. Solas Beltrán A, Velasco Sánchez B, Lendinez F, Ramírez Huertas A, Paredes Esteban RM. Treatment of psoas abscess. Report of a case and review of the literature. *Cir Pediatr* 2002; 15: 41-3.