

Pústulas en el cuero cabelludo y lesiones oftálmicas en consumidor de heroína marrón

Teresa Martínez-Menchón^a, Laura Mahiques^a, José M. Fortea^a y Sara Escrivá^b

^aServicio de Dermatología. Hospital General Universitario. Valencia. España.

^bServicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario. Valencia. España.

HISTORIA CLÍNICA

Un varón de 23 años acudió al Servicio de Urgencias por la aparición de pústulas pruriginosas en el cuero cabelludo. Entre sus antecedentes destacaba el consumo de drogas por vía parenteral de forma esporádica. El último consumo había sido el de heroína marrón un mes antes del inicio de la sintomatología. Aproximadamente 10 días antes de la aparición de las lesiones cutáneas había tenido un cuadro febril, con artromialgias y cefalea, que se identificó como un síndrome seudogripal. El paciente refería además un cuadro de enrojecimiento ocular, con fotofobia y disminución de la agudeza visual bilateral, aunque más acusado en el ojo izquierdo, que le había llevado ya a consultar urgentemente al Servicio de Oftalmología del hospital 2 días antes.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Se observaron pústulas de 0,5 cm de tamaño en el cuero cabelludo, dolorosas a la palpación (fig. 1). Además, tenía adenopatías laterocervicales y retroauriculares (fig. 2), algunas de ellas incluso visualmente evidentes. En la exploración oftalmológica destacaba hiperemia conjuntival (fig. 3) y la existencia de flóculo vítreo, donde se visualizaban partículas blancas alodinosas. El paciente no presentaba lesiones costoverbrales.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Se decidió ingreso hospitalario a cargo del Servicio de Medicina Interna y se practicaron cultivos bacte-

riológicos y micológicos del exudado de las pústulas. Los hemocultivos fueron negativos, así como la serología frente al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), mientras que la del virus de la hepatitis C fue positiva.



Fig. 1.—Pústula en el cuero cabelludo.



Fig. 2.—Adenopatía retroauricular izquierda.



Fig. 3.—Hiperemia conjuntival.

Correspondencia:

Teresa Martínez-Menchón. Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario.

Avda. Tres Cruces, s/n. 46014. Valencia. España.
teresammenchon@aedv.es

Recibido el 10 de diciembre de 2003.

Aceptado el 28 de abril de 2004.

DIAGNÓSTICO

Candidiasis diseminada.

EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

En los cultivos del exudado de las pústulas se aisló *Candida albicans*. Se inició tratamiento con anfotericina B liposomal a dosis de 5 mg/kg/día con una dosis total de 6 g, desapareciendo rápidamente las lesiones cutáneas. Ante la escasa mejoría de las lesiones oculares se decidió añadir caspofungina a dosis de 50 mg/día (durante 9 días). El Servicio de Oftalmología decidió realizar una vitrectomía para minimizar la aparición de secuelas oculares.

COMENTARIO

Las complicaciones médicas relacionadas con la adicción a drogas por vía parenteral (ADVP) son amplias y variadas, siendo las infecciosas las que producen una mayor morbimortalidad. Hasta 1980 las infecciones causadas por especies de *Candida* en ADVP eran infrecuentes y se ajustaban a tres patrones clínicos distintos: la endocarditis causada por *C. parapsilosis*, la endoftalmitis por *C. albicans* y la infección osteoarticular (espondilitis y afectación de grandes articulaciones) producida por especies de *Candida* distintas a *C. albicans*^{1,2}.

Los primeros casos de candidiasis diseminada se describieron con carácter epidémico a comienzos de los años 1980 en el área metropolitana de París, observándose posteriormente nuevos casos en otros países europeos, lo que permitió caracterizar clínicamente este síndrome. Todos estos casos se ponían en relación con la introducción en el mercado de la heroína marrón³⁻⁷.

Con objeto de aumentar la hidrosolubilidad de esta heroína, los ADVP disuelven dicha droga con zumo de limón que se contamina con *C. albicans* procedente de la piel o de la orofaringe de los usuarios^{4,5}. Tras la administración parenteral de esta heroína contaminada aparece un cuadro febril que se resuelve espontáneamente en menos de 72 h, correspondiente al periodo de candidemia^{1,2,7-9}.

Los primeros síntomas derivados de la infección metastásica suelen corresponder a la afectación cutánea, en forma de nódulos subcutáneos dolorosos de 0,5-1 cm de diámetro y/o pústulas en zonas pilosas (cuero cabelludo y barba). Estas lesiones pueden evolucionar a la curación aún sin tratamiento específico, en ocasiones produciendo zonas de alopecia. El examen microscópico y los cultivos de la biopsia y/o del exudado de las lesiones cutáneas tienen una elevada rentabilidad diagnóstica⁸.

Las lesiones oculares corresponden a endoftalmitis o coriorretinitis que cursan clínicamente con visión borrosa, fotofobia y dolor ocular. Se trata de la patología más grave, ya que puede dejar como secuela grados variables de pérdida de visión. Pueden aparecer de forma aislada o asociadas a sintomatología articular.

Las manifestaciones osteoarticulares de la candidiasis diseminada son las últimas en aparecer y se caracterizan por el desarrollo de costocondritis infecciosa, en ocasiones múltiple. Lo más típico es la presencia de una tumoración costocondral, generalmente dolorosa, pero sin signos inflamatorios. En ocasiones, se puede obtener pus por aspiración^{7,9,12}. De forma excepcional se han descrito otras manifestaciones como ictericia^{1,6}, afectación pleuropulmonar⁶ y endocarditis¹⁰.

El diagnóstico se realiza ante el antecedente epidemiológico del consumo de este tipo de heroína, la secuencia clínica y el aislamiento de *C. albicans*. Las muestras más rentables son las procedentes de las lesiones cutáneas, mientras que los hemocultivos tienen una rentabilidad muy baja. Esto refleja el hecho de que la candidemia es autolimitada tras la inyección de la droga contaminada, no estando presente cuando aparecen las manifestaciones infecciosas metastásicas, salvo en algunos pacientes que desarrollan muy precozmente lesiones cutáneas^{1,6}.

En el tratamiento de la candidiasis diseminada se han empleado diversos fármacos antifúngicos a dosis y con una duración muy variables, faltando estudios comparativos que permitan recomendar una pauta típica. En la actualidad, se recomienda el uso de anfotericina B liposomal en todos los casos con afectación ocular. Sin embargo, los pacientes con manifestaciones exclusivamente osteoarticulares o cutáneas con susceptibles de tratamiento con antifúngicos por vía oral, como ketaconazol o fluconazol durante 4-8 semanas según la evolución^{1,2,8,9}. La caspofungina, un nuevo antifúngico reservado para candidiasis refractaria a tratamientos convencionales, se utilizó en nuestro caso para lograr una acción sinérgica con la anfotericina B. Sólo en casos aislados, si fracasa el tratamiento antifúngico sistémico, se recurre a la vitrectomía, sola o asociada a anfotericina B intraocular para el control de la endoftalmitis^{11,12}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bisbe J, Miró JM, Latorre X, et al. Disseminated candidiasis in addicts who use brown heroin: report of 83 cases and review. *Clin Infect Dis* 1992;15:910-23.
2. Laguna del Estal P, Marchena MJ, Moya MS, Calabresse S, Lucero MJ. Disseminated candidiasis in parenteral drug addicts. Report of 15 cases. *An Med Interna* 1994;11: 537-40.
3. Drouhet E, Dupont B, Lapressle C, Ravisse P. Nouvelle pathologie: candidose folliculaire et nodulaire avec des localisations ostero-articulaires et oculaires au cours des sep-

- ticemias a *Candida albicans* chez les heroinomanes. Bull Société Française Mycol Med 1981;10:179-83.
4. Newton-John HF, Wise K, Looke DFM. Role of the lemon in disseminated candidiasis of heroin abusers. Med J Aust 1984;140:780-1.
 5. Shankland GS, Richardson MD, Dutton GN. Source of infection in candida endophtalmitis in drugs addicts. Br Med J 1986;292:1106-7.
 6. Mellinger M, De Beauchamp O, Gallien C, Ingold R, Ta-boada MJ. Epidemiological and clinical approach to the study of candidiasis caused by *Candida albicans* in heroin addicts in the Paris region: analysis of 35 observations. Bull Narc 1982;34:61-81.
 7. Miró JM, Gatell JM, Brancos MA, et al. Costocondritis, endoftalmitis y pustulosis por *Candida albicans* en heroinó-manos de Barcelona. Med Clin (Barc) 1984;83:475-7.
 8. Bielsa I, Miró JM, Herrero C, Martín E, Latorre X, Masca-ro JM. Systemic candidiasis in heroin abusers. Cutaneous findings. Int J Dermatol 1987;26:314-9.
 9. Carretero Hernández G, Cardenes Santana MA, Pitti Re-yes SJ. Disseminated candidiasis in intravenous drug ad-dicts (brown heroin). Rev Clin Esp 1992;190:159-60.
 10. Bisbe J, Miró JM, Moreno A, Mensa J. *Candida albicans* en-docarditis possibly related to systemic candidiasis in a he-roin addict. Eur J Clin Microbiol 1987;6:657-8.
 11. Furia M, Parent H, Campinch R. Evolution favorable dune endophtalmie bilaterale a *Candida albicans*. Interet de la vitrectomie precoce. J Fr Ophthalmol 1984;7:689-95.
 12. Gallo J, Playfair J, Gregory Roberts J, Grunstein H, Clif- ton-Bligh P, Billson F. Fungal endophtalmitis in narcotic abusers: medical and surgical therapy in 10 patients. Med J Aust 1985;142:386-8.