



# Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

## Lesiones cutáneas en varón de 33 años

### Skin lesions in a 33 year-old male

Lucía Fernández de Orueta \*, Javier Esteban Fernández, Raquel Álvarez y Carlos García

Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

#### Caso Clínico

Presentamos un varón de 33 años con hábito enólico y usuario habitual de heroína marrón y cocaína por vía parenteral, diagnosticado de diabetes mellitus insulinoпрiva tras varios ingresos hospitalarios por pancreatitis aguda de etiología etílica. Refería serología para VHC positiva. Acude a urgencias por presentar fiebre de un mes de evolución asociada a aparición progresiva de lesiones en el cuero cabelludo, cuello y tórax anterior, así como una tumoración dolorosa en parrilla costal izquierda que iba aumentando de tamaño. A la exploración mostraba un buen estado general; cavidad oral sin muget; auscultación cardiopulmonar, abdomen, exploración neurológica y miembros inferiores sin alteraciones; en los superiores se apreciaban cicatrices de abscesos secundarios a venopunción. En la arcada costal inferior izquierda presentaba una tumoración de 3,3 cm. de diámetro, eritematosa y dolorosa al tacto; no era fluctuante ni supuraba a la presión y la piel regional no mostraba soluciones de continuidad (figs. 1 y 2). En el cuero cabelludo, barba y región anterior del tórax presentaba varias lesiones de pequeño tamaño, de aspecto pustuloso, no supurativas ni pruriginosas y sin descamación superficial ni tendencia a confluir que se encontraban intercaladas con placas de alopecia residual (fig. 2). En la analítica presentaba leucocitos de 20.000/mcrl con desviación izquierda; el resto de parámetros del hemograma, bioquímica y coagulación eran normales.

#### Evolución

El paciente fue ingresado. Se extrajeron hemocultivos que fueron negativos. Se realizó serología a VIH que fue negativa. La placa de tórax sugería afectación de partes blandas a nivel de la 7–8.<sup>a</sup> costillas izquierdas, con estructura ósea y parénquima pulmonar normales. Se amplió estudio con ecografía de pared costal izquierda, que sugería que esa lesión se trataba de un absceso y un CT de tórax que fue informado como osteocondritis del séptimo y octavo arco costal izquierdo. Se tomaron muestras para cultivo del exudado de las lesiones del cuero cabelludo y de la tumoración costal, y se aisló *Cándida albicans* en ambas muestras. Se realizó un ecocardiograma

transtorácico en el que no se apreciaban vegetaciones y un fondo de ojo que mostraba datos de episcleritis difusa en ambos ojos con focos cicatriciales en el izquierdo. El paciente recibió tratamiento con fluconazol a dosis de 400 mg. al día durante 6 semanas con excelente evolución y resolución del cuadro sin secuelas.

#### Comentario final

El paciente fue diagnosticado de candidiasis diseminada en usuario de drogas por vía parenteral (UDVP). Esta entidad clínica, que era relativamente frecuente en nuestro país en la década de los años 80<sup>1</sup>, con el cambio actual en el tipo y vía de administración de las sustancias ilegales, es muy poco habitual. Se trata de un cuadro diferente al que se produce en el sujeto inmunodeprimido; el agente responsable suele ser *Candida albicans*<sup>2</sup>, aunque en raras ocasiones puede ser *C. tropicalis* o *C. glabrata*<sup>3</sup>. Característicamente se describe en usuarios de heroína marrón<sup>4</sup>, que por su consistencia pastosa precisa su disolución en sustancias ácidas antes de su consumo. Lo más habitual es usar zumo de limón<sup>5</sup>, que ha demostrado ser un excelente medio de cultivo para la *Candida* y que los UDVP pueden contaminarlo durante la manipulación de la droga<sup>6</sup>. El cuadro clínico consiste



Figura 1. Osteocondritis costal.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luciafdezdeorueta@gmail.com (L. Fernández de Orueta).



**Figura 2.** Lesiones residuales tras foliculitis.

en fiebre y foliculitis<sup>7</sup> en el 79% en el estadio inicial y, más tardíamente, afectación ocular<sup>8</sup> en el 50% de los casos y osteoarticular en el 15–20%, con predilección de las articulaciones condrocostales<sup>9</sup>. Excepcionalmente se afectan la pleura y/o el pulmón. El diagnóstico se basa en el aislamiento de *Candida* en las muestras biológicas<sup>10</sup>. El tratamiento debe realizarse con fluconazol o anfotericina B (asociada o no con flucitosina) e incluso a veces es precisa la cirugía para el tratamiento de la afectación articular.

## Bibliografía

1. Bisbe J, Miro JM, Latorre X, Moreno A, Mallolas J, Gatell JM, et al. Disseminated candidiasis in addicts who use brown heroin: report of 83 cases and review. *Clin Infect Dis.* 1992;15:910–23.
2. Odds FC, Palacio-Hernanz A, Cuadra J, Sánchez J. Disseminated *Candida* infection syndrome in heroin addicts—dominance of a single *Candida albicans* biotype. *J Med Microbiol.* 1987;23:275–7.
3. Bougnoux ME, Dupont C, Turner L, Rouveix E, Dorra M, Nicolas-Chanoine MH. Mixed *Candida glabrata* and *Candida albicans* disseminated candidiasis in a heroin addict. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 1997;16:598–600.
4. Malecaze F, Arne JL, Bec P, Séguéla JP, Linas MD, Recco P, et al. *Candida* endophthalmitis after heroin abuse. *Mycopathologia.* 1985;92:73–6.
5. Newton-John HF, Wise K, Looke DF. Role of the lemon in disseminated candidiasis of heroin abusers. *Med J Aust.* 1984;140:780–1.
6. Elbaze P, Lacour JP, Cottalorda J, Le Fichoux Y, Ortonne JP. The skin as the possible reservoir for *Candida albicans* in the oculocutaneous candidiasis of heroin addicts. *Acta Derm Venereol.* 1992;72:180–1.
7. Leclech C, Cimon B, Chennebault JM, Verret JL. Pustular candidiasis in heroin addicts. *Ann Dermatol Venereol.* 1997;124:157–8.
8. Martínez-Vázquez C, Fernández-Ulloa J, Bordón J, Sopena B, de la Fuente J, Ocampo A, et al. *Candida albicans* endophthalmitis in brown heroin addicts: response to early vitrectomy preceded and followed by antifungal therapy. *Clin Infect Dis.* 1998;27:1130–3.
9. Gimferrer JM, Callejas MA, Sánchez-Lloret J, Carranza M, Catalán M, Freixinet J, et al. *Candida albicans* costochondritis in heroin addicts. *Ann Thorac Surg.* 1986;41:89–90.
10. Laguna del Estal P, Marchena MJ, Moya MS, Calabrese S, Lucero MJ. Disseminated candidiasis in parenteral drug addicts. Report of 15 cases. *An Med Interna.* 1994;11:537–40.