

# Foliculitis por *Candida* en usuarios de drogas por vía parenteral

**Sr. Editor:** En la década de los ochenta hubo una verdadera epidemia de candidiasis sistémica en heroínómanos, cuya incidencia disminuyó notablemente en la década de los noventa<sup>1</sup>. Los primeros casos se publicaron en el área de París en el año 1981, un año después de la introducción de una heroína importada de Irán en forma de pasta húmeda, que necesita de limón o vinagre para su disolución, y que se denomina heroína marrón<sup>2</sup>.

A continuación se presentan 2 casos de esta entidad, que en la actualidad resulta infrecuente en nuestro medio.

**Caso 1.** Un varón de 28 años, con antecedentes personales de serología positiva a VHB, VHC y VHD e infección crónica por VIH en estadio A1, sin tratamiento, una sacroileítis por *Brucella melitensis* y consumidor de 1,5 mg/día de heroína marrón, por vía parenteral, acudió al servicio de urgencias por un cuadro de fiebre, vómitos, mialgias y cefalea de 5 días de evolución, que no mejoraba con automedicación a base de 500 mg/8 h de amoxicilina y de 650 mg/6 h de paracetamol. Fue diagnosticado de síndrome febril en evolución y se le pautaron 0,575 g/8 h de metamizol magnésico.

Una semana después reacudió al servicio de urgencias por la aparición de pápulas y pústulas, dolorosas, de consistencia dura, distribuidas por cuero cabelludo y en zona de la barba. Se acompañaba de enrojecimiento en ojo izquierdo que correspondió a una conjuntivitis. El resto de la exploración física no obtuvo datos relevantes.

En ese momento el paciente presentaba una temperatura axilar de 37,5 °C, PA, 100/70 mmHg y una

frecuencia cardíaca de 96 lat./min. El hemograma, la bioquímica y la fórmula leucocitaria fueron normales. La carga viral del VIH era menor de 500 copias/ml.

Con el diagnóstico de foliculitis por *Candida* (FC) se pautó fluconazol en dosis de 100 mg/día durante 3 semanas con una buena evolución del cuadro. En el exudado de las lesiones se aisló *Candida albicans*. La evolución fue favorable sin presentar ulteriores complicaciones.

**Caso 2.** Un varón de 34 años, con antecedentes personales de serología positiva a VHC, colecistectomizado y consumidor de 0,5 mg al día de heroína marrón por vía parenteral, acudió al servicio de urgencias refiriendo fiebre que desapareció 48 h antes, tras la cual le aparecieron lesiones pustulosas en cuero cabelludo, barba (fig. 1) y muslos, dolorosas a la palpación. Fue catalogado de foliculitis bacteriana, recibiendo tratamiento con cloxaciclina 1 g/6 h sin mejoría, por lo que volvió pasadas 48 h diagnosticándose en ese momento de foliculitis por *Candida* y pautándosele 100 mg/día de fluconazol durante 4 semanas con evolución favorable. No presentaba otras alteraciones en el resto de la exploración física, incluido el estudio oftálmico. Las lesiones se resolvieron sin que aparecieran complicaciones.

En el cultivo se aisló *C. albicans*. No se le realizó analítica.

La FC en UDVP es una infección sistémica por *C. albicans* que presenta una patocronia bien definida. Se inicia horas después de que el paciente se inyecte heroína en forma de fiebre (39-40 °C), acompañada de astenia, cefalea, escalofríos, vómitos y mialgias y, ocasionalmente, de diarrea y/o ictericia<sup>1,3,4</sup>.

Entre 1 y 6 días después, con frecuencia tras la desaparición de la fiebre, aparecen unos nódulos subcutáneos, pústulas y abscesos dolorosos en el cuero cabelludo, a diferencia de la foliculitis bacteriana que rara vez se localiza en cuero cabelludo y es escasamente sintomática. En menor medida también afecta cuello, barba, e incluso pubis, axila o tórax. Pueden acompañarse de microadenopatías<sup>1,3</sup>. Estos síntomas cutáneos pueden curar de forma espontánea sin dejar secuelas después de 6-8 semanas, o dar paso a complicaciones oculares y/o osteoarticulares<sup>4</sup>.

Entre 1 y 2 semanas después del cuadro cutáneo, pueden presentarse los síntomas oculares en forma de coriorretinitis y endoftalmitis, o panuveítis, que pueden conducir a una ceguera irreversible o dejar una disminución de la agudeza visual<sup>1,4</sup>. Clínicamente se manifiestan como visión borrosa, fotofobia y dolor ocular. En ocasiones, como nuestro primer paciente, presentan una conjuntivitis<sup>5</sup> o una epiescleritis<sup>6</sup>.

La tríada se completa con las lesiones osteoarticulares, que suelen aparecer un mes después de iniciado el cuadro cutáneo. Se trata de pericondritis costoesternales que se manifiestan como uno o más nódulos sin signos inflamatorios. El hecho de que afecte al cartílago explica la frecuente negatividad de los estudios gammagráficos<sup>1</sup>.

El diagnóstico se establece por la sintomatología y la epidemiología. El estudio histológico del tallo piloso es un método rápido y fácil que permite demostrar la presencia de *Candida*<sup>7</sup>. El diagnóstico definitivo se obtiene mediante el cultivo de las pústulas.

Aunque la incidencia actual de la foliculitis por *Candida* sea baja, debe tenerse en cuenta esta entidad ante pacientes UDVP que presenten una erupción pustulosa dolorosa.

Carlos Recio<sup>a</sup>, Enric Piqué<sup>b</sup>,  
José Lluch<sup>c</sup> y José M.<sup>a</sup> Vidal<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Área de Salud de Lanzarote. <sup>b</sup>Sección de Dermatología y <sup>c</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Lanzarote. Arrecife. Canarias. España.



**Figura 1.** Caso 2. Detalle de las lesiones papulopustulosas que afectaban la zona de la barba.

## Bibliografía

1. Bisbe J, Miró JM, Latorre X, Moreno A, Mallolas J, Gatell JM, et al. Disseminated candidiasis in addict who use brown heroin: Report of 83 cases and review. Clin Inf Dis 1992;15: 910-23.
2. Dally S, Thomas G, Drouhet E. Candidosis chez des toxicomanes. Nouv Press Med 1981; 10:1941.

3. Ribera M, Ferrándiz C, Podzamecz D, Trias I, Henkes J, Peyri J. Candidiasis sistémica en heroinómanos. Aspectos dermatológicos. Actas Dermo-Sif 1985;76:431-4.
4. Darcis JM, Etienne M, Demonty J, Christophe J, Pierard GE. *Candida albicans* septicemia with folliculitis in heroin addicts. Am J Dermatopathol 1986;8:501-4.
5. Cherubin CE. Infectious disease problems in narcotic addicts. Arch Intern Med 1971;128:309-13.
6. Miro JM, Gatell JM, Brancos MA, Adán A, Bielsa I, Gimferrer JM, et al. Costocondritis, endocarditis y pustulosis por *Candida albicans* en heroinómanos en Barcelona. Med Clin (Barc) 1984;83:475-7.
7. Leclerc G, Weber M, Contet-Audonneau N, Beurey J. *Candida folliculitis* in heroin addicts. Int J Dermatol 1986;25:100-2.