

VASCULITIS POR COCAÍNA CONTAMINADA CON LEVAMISOL

Teresa Pérez Romero, MIR.
Dr Carlos Romero Gómez, FEA Medicina Interna
Hospital costa del sol. Marbella

El consumo de cocaína es relativamente común en nuestra sociedad. Recientemente se está comunicando un aumento progresivo del levamisol, un antihelmíntico, como adulterante. El levamisol se ha asociado a un efecto inmunoestimulante induciendo la aparición de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA), y se ha asociado a diferentes efectos colaterales. Comunicamos el caso de una paciente con adicción a la cocaína que presenta bullas hemorrágicas.

CASO CLÍNICO

MOTIVO DE CONSULTA

Mujer de 37 años que consulta en diciembre de 2011 por lesiones cutáneas purpúricas.

ANAMNESIS

Tres semanas previas al ingreso aparecen lesiones purpúricas en miembros superiores y posteriormente inferiores hasta glúteos. Las lesiones producen quemazón y prurito intenso. Inicialmente planas, las lesiones se han transformado en bullas con contenido hemorrágico. Febrícula desde la aparición de lesiones. Pérdida de peso no cuantificada. Se asocia a artralgias de metacarpofalángicas de ambas manos, muñecas, rodillas e intensa astenia. Refería aumento de la diuresis, pero sin molestias urinarias y su coloración normal. Le han prescrito tratamiento con deflazacort 30 mg con escasa mejoría.

Como antecedentes, la paciente negaba consumo de alcohol, fumadora de hasta 20 paquetes-año, y consume regularmente cocaína inhalada. Cumplía criterios de bronquitis crónica. Intervenida de adenoides y amígdalas. Había tenido perforación del tabique nasal por el consumo de cocaína que se intentó reconstruir pero se necrosó. Presenta en el último año disfonía. Niega alergias y no tomaba medicamentos de forma habitual. Ha tenido dos hijos sanos hace años, y no ha tenido abortos.

EXPLORACIÓN FÍSICA

En el examen físico, su tensión arterial era 120/80 mmHg, presenta obesidad con un peso 98 kg y talla 160 cm. Su estado general es bueno, se apreciaba nariz en silla de montar, con perforación del septum. Orofaringe normal con disfonía. Sin adenopatías laterocervicales. Los ruidos cardiacos eran rítmicos sin soplos, y el murmullo vesicular conservado, con roncus y sibilancias aisladas. Abdomen blando, sin megalias y sin puntos dolorosos. Presentaba en miembros una púrpura con grandes flictenas hemorrágicas en miembros inferiores y algunas de menor tamaño en fase cicatricial en brazos. No presentaba artritis, la fuerza era simétrica y sin afectación de reflejos osteotendinosos, no alteración en sensibilidad, con fuerza motora proximal y distal normal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica (21/11/2011)	
Leucocitos	6870/mcL
Neutrófilos	75%
Hb	11,4 g/dL
VCM	95 fL
Plaquetas	351.000
VSG	90
Glucosa	95 mg/dL
Urea	27 mg/dL
Creatinina	0,7 mg/dL

Ac. úrico	2,2 mg/dL
GOT	8 U/L
GPT	6 U/L
GGT	12 U/L
LDH	507 U/L
Hierro	7 ug/dL
Ferritina	50 ng/mL
Transferrina	277 mg/dL
PCR	11,1 mg/dL
IgG	1010
IgM	392
IgA	286
C3	97
C4	12
Factor reumatoide	< 9 (negativo)
ANA	Negativo
ACA	Negativo
Anticoagulante lúpico	Negativo
ANCA	p-ANCA 1/80
MPO	547 UA/ ml (<20 UA/ml).
PR3	15.4 UA/ ml (<20 UA/ml)
Crioglobulinas	++
VIH	Negativo
Anti virus C	Negative
HBsAg	Negativo
AntiHBc	Negativo
Orina	Leucocitos 1-3/c, sin hematias Proteína/creatinina 140 mg/g
Tóxicos en orina	Cocaína ++

La radiografía de tórax no presentaba alteraciones, con índice cardiotorácico normal y sin infiltrados. En el examen por ORL, abundantes costas necróticas con fosas nasales desestructuradas y mucosa friable, ausencia de cornete inferior y medio, ausencia de septum nasal. Rinofaringe libre, destaca la parálisis de cuerda vocal izquierda sin afectación mucosa. Se realizó TC de laringe, cuello y tórax: sin hallazgos relevantes y RNM de cráneo también normal.

En la biopsia de piel: vasculopatía trombótica, no se observa vasculitis

EVOLUCIÓN CLÍNICA

Desde que inicia estudio se ha mantenido afebril, sin clara artritis, con sólo destacando la afectación cutánea. En un principio con diagnóstico de vasculitis tipo pANCA y púrpura crioglobunémica, se inicia tratamiento con esteroides y metrotexate a dosis de 25 mg semanales, con buena respuesta y mejoría inicial.

Presenta evolución tórpida de las lesiones, con úlceras muy profundas y dolorosas, con sobreinfección polimicrobiana (pseudomona aeruginosa, citrobacter koseri, staphylococcus aureus...etc), precisando desbridamiento quirúrgico y varios ciclos de antibioterapia ajustada a antibiograma. No vuelve a tener manifestación articular. En controles analíticos posteriores persistencia de títulos positivos ANCA-MPO, pero crioglobulinas negativas. Mantiene función renal normal y no presenta otros datos de afectación sistémica.

En su seguimiento, nuevos brotes de lesiones ampollosas en miembros inferiores, sin clínica articular ni otro dato de afectación sistémica, que son coincidentes con el consumo de cocaína, por lo que se sospecha la posible etiología tóxica de dichos brotes. Se vuelve a tomar nueva biopsia en enero de 2013 con resultado de inflamación aguda abscesificante dérmica sobre vasos con vasculitis leucocitoclástica y trombosis de luces capilares. Se decide la suspensión de metrotexate, haciéndose incapie en el abandono del consumo de cocaína. Se mantiene con dosis bajas de esteroides y hace seguimiento por Dermatología para la cura de lesiones, con mejoría de las mismas y cicatrización

progresiva. No ha vuelto a presentar más brotes desde el abandono del consumo de cocaína.



