



1251 - CONSUMO DE COCAÍNA Y VASCULITIS: RETO DIAGNÓSTICO EN UNA SERIE DE CASOS

Macarena Míguez del Águila, Gemma Álvarez Martínez, Antoni Castro Guardiola, Nuria Vilanova Anducas, Ana Merino Ribas, Carolina Lorenzo Cárdenas y Mercè Alsius Suñer

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona.

Resumen

Objetivos: El consumo de cocaína puede producir cuadros de vasculitis localizados o sistémicos. Describimos 4 casos clínicos con orientación diagnóstica de vasculitis en consumidores activos de cocaína.

Métodos: Revisión retrospectiva de datos clínicos, de laboratorio e histológicos de 4 pacientes ingresados en nuestro centro con diagnóstico probable de vasculitis inducida por cocaína en un período de 6 meses (noviembre/2021-mayo/2022). Se analizó la presencia de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA); incluyendo los anticuerpos antielastasa neutrofílica humana (HNE).

Resultados: La totalidad de los casos fueron hombres, con una media de edad de 33,5 (rango 31-41 años). Se detectó cocaína en la orina de los cuatro pacientes. Al ingreso, dos pacientes presentaban lesiones destructivas de la línea media inducidas por la cocaína (CIMDL). Dos casos desarrollaron clínica cutánea y articular (púrpura en extremidades inferiores, necrosis del hélix y artritis de grandes articulaciones); y dos, insuficiencia renal. Otras manifestaciones clínicas fueron angioedema orolingual y mononeuritis múltiple. El caso más crítico incluyó fallo multiorgánico y hemorragia subaracnoidea (HSA). Solo un paciente desarrolló neutropenia. A nivel inmunológico, se detectaron los siguientes patrones: Caso 1: cANCA IFI +/PR3 CLIA + (120,9 UC)/MPO CLIA -/HNE -. Caso 2: ANCA IFI -/PR3 CLIA -/MPO CLIA -/HNE -. Caso 3: ANCA IFI -/PR3 CLIA -/MPO CLIA + (23,6 UC)/HNE + (1,36) Caso 4: ANCA IFI -/PR3 CLIA + (26 UC)/MPO -/HNE + (1,73). Los datos clínicos, de laboratorio e histopatológicos más importantes se resumen en la tabla. Todos los pacientes fueron tratados con corticoesteroides y uno de ellos también con rituximab.

Datos	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
-------	--------	--------	--------	--------

Clínica	CIMDL	Vasculitis cutánea en EEII	CIMDL	Acrocianosis periférica
	Síndrome nefrítico	Mononeuritis múltiple	Necrosis cutánea	Fallo multiorgánico
		Poliartritis	(pabellón auricular, EESS)	Hepatitis
		HTA	Poliartritis	Rabdomiólisis
			Angioedema orolingual	Insuf. renal aguda
				Acidosis metabólica
				HSA no aneurismática
Laboratorio	Hb 8	Hb 13,2	Hb 12,1	Hb 12
	Leucocitos 5.760	Leucocitos 11.560	Leucocitos 3.400	Leucocitos 19.390
	RAN 3.080	RAN 7.840	RAN 2.410	RAN 16.730
	RAL 1.870	RAL 2.490	RAL 790	RAL 7.300
	Plaquetas 380.000	Plaquetas 352.000	Plaquetas 158.000	Plaquetas 168.000
	VSG 25	VSG 30	VSG 30	VSG -
	PCR 0,14	PCR 12	PCR 3,59	PCR 11
Función renal	Cr 2,15	Cr 0,67	Cr 0,5	Cr 7,18
	Cociente Alb/Crea 388	Cociente Alb/Crea 25	Cociente Alb/Crea 376	Cociente Alb/Crea -
Inmunología	cANCA (IFI) +	ANCA (IFI) -	ANCA (IFI) -	ANCA (IFI) -
	PR3 (CLIA) + (120 UC)	PR3 (CLIA) -	PR3 (CLIA) -	PR3 (CLIA) + (26 UC)
	MPO (CLIA) -	MPO (CLIA) -	MPO (CLIA) + (23,6 UC)	MPO (CLIA) -
	HNE (ELISA) -	HNE (ELISA) -	HNE (ELISA) + (1,36)	HNE (ELISA) + (1,73)
	ANA -	ANA -	ANA +	ANA -
	Anti-DNA -	Anti-DNA -	Anti-DNA +	Anti-DNA -
	Anticuerpo lúpico -	Anticuerpo lúpico +	Anticuerpo lúpico -	Anticuerpo lúpico -
	Anticardiolipina -	Anticardiolipina -	Anticardiolipina +	Anti cardiolipina -
	Anti b2g -	Anti b2g -	Anti b2g -	Anti b2g -

Biopsias	Renal: pendiente	Cutánea: infiltrado inflamatorio polimorfonuclear con leucocitoclasia, sin necrosis fibrinoide.	Cutánea: pendiente	No realizada
Tratamiento	Corticoides	Corticoides	Corticoides	Corticoides
	Rituximab			

Discusión: Habitualmente la cocaína suele adulterarse con diferentes sustancias, entre ellas el levamisol. El levamisol es un antihelmíntico de uso veterinario que se utiliza con frecuencia como adulterante por sus características organolépticas y psicoestimulantes. Ambos tóxicos, pueden producir cuadros de vasculitis localizados o sistémicos. Los hallazgos clínicos típicos son la afectación cutánea (púrpura en extremidades, necrosis del hélix), las artralgias, la afectación renal y la neutropenia. Es frecuente la positividad de ANCA, siendo característica la detección de HNE en la vasculitis inducida por levamisol; aunque este solo es positivo en aproximadamente el 30% de los casos. Además, pueden positivizar otros autoanticuerpos como los antinucleares (ANA) o antifosfolipídicos. Distinguir las vasculitis ANCA primarias de aquellas inducidas por cocaína/levamisol es un reto clínico. La inmunología y la histología suelen ser poco útiles para el diagnóstico diferencial por su baja especificidad. El diagnóstico precoz es fundamental y se basa en la sospecha clínica y una anamnesis adecuada. Resulta útil el cribaje de tóxicos en orina. La detección plasmática del levamisol es difícil debido a su corta vida media, y el análisis urinario de sus metabolitos solo se realiza en centros especializados. En nuestro hospital, no pudo analizarse la presencia de levamisol en las muestras de orina. El tratamiento consiste en la suspensión del consumo del tóxico. En casos graves con daño de órgano vital, se considera el uso de corticoides y/o inmunosupresores.

Conclusiones: El consumo de tóxicos (especialmente cocaína) debe indagarse en todo paciente con cuadros de vasculitis cutáneas o sistémicas. La aparición de autoanticuerpos antielastasa son característicos de la vasculitis inducida por levamisol. La mejoría clínica depende de la abstinencia del consumo. En casos graves pueden utilizarse corticoterapia o fármacos inmunosupresores.