

Infecciones en Adictos a Drogas por vía Parenteral

Dr. Antonio Rivero

Catedrático Departamento de Medicina UCO

Jefe Sección. Enfermedades Infecciosas. Hosp. Univ. Reina Sofía

Investigador Principal Grupo Virología Clínica y Zoonosis emergentes. IMIBIC

Investigador Principal CIBERINFEC, Ins. Carlos III . Mnisterio Sanidad

Consumo de drogas por vía Parenteral incrementa Riesgo de Infecciones

- 1.- Efecto de opiáceos sobre el sistema inmunitario
- 2.- Rotura de barreras naturales a la Infección
- 3.- Condiciones de Consumo no asépticas
- 4.- Ejercicio de Prostitución como medio de financiación del consumo de drogas

1.- Deterioro del Sistema inmune por opiáceos

- Quimiotaxis
- Fagocitosis
- Producción de citoquinas
- Actividad de las células citolíticas
- Proliferación linfocitaria en respuesta a mitógenos
- Presentación de antígenos por los linfocitos B.
- Funciones de los monocitos (Hepatitis B y C, VIH...)

Cuadro 2. Niveles de citoquinas en adictos a heroína y en controles no adictos.

Citoquina	Controles (n=20)	Adictos a heroína (n=52)	P*
FNT- α	37,1 \pm 50,3	13,0 \pm 16,4	0,0002
IFN- γ	7,9 \pm 17,2	11,0 \pm 20,3	0,022
IL-10	1,8 \pm 3,5	1,0 \pm 1,7	0,0001

*:Test de Mann-Whitney. Los valores de citoquinas están expresados como pg/mL. (media \pm DE).

2.- Rotura de barreras naturales



3.- Condiciones de Consumo no asepticas



4.- Ejercicio de Prostitución como medio de financiación del consumo de drogas



Caso 1



Celulitis y Abscesos cutáneos en consumidores de drogas por vía parenteral

- Causa mas frecuente de consultas e ingreso de ADVP
- **Etiología mas frecuente: *Estafilococo aureus***
- **Otros gérmenes:** Anaerobios (*Eikenella corrodens* - chupar aguja) y *Streptococcus* sp, gram negativos.
- **Tratamiento:** Incisión y drenaje de abscesos. Estudio microbiológico.
- **Antibioterapia empírica:** selección individualizada en función del germen y la gravedad del paciente
 - Leve: tratamiento oral (Amoxi-clavulanico, Cefalosporinas 1-2ª G, orales...)
 - Grave: tratamiento IV incluyendo agente antiestafilococo y amplia cobertura

Caso 2



Tromboflebitis infecciosa ¿Germen?



Caso 3



Tromboflebitis



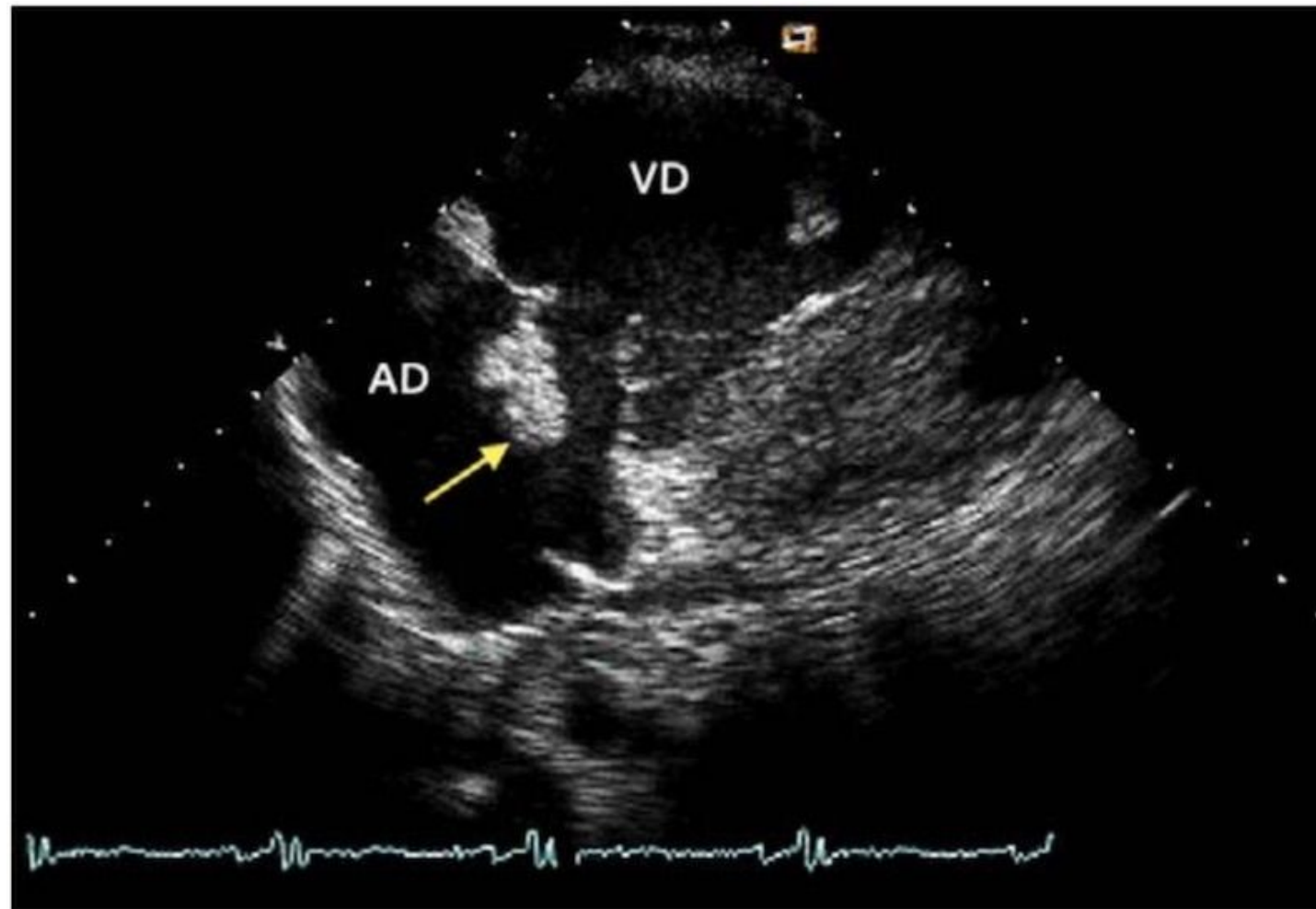
Tromboflebitis Séptica

- *S. aureus* y polimicrobianas (chupar aguja) son la etiología más frecuente.
- La tromboflebitis séptica se manifiesta con dolor local, tumefacción y fiebre, con bacteriemia y sepsis
- **Pueden producirse embolias pulmonares sépticas** (como la endocarditis)
- Tratamiento antibiótico como mínimo 4 semanas
- Anticoagulación: controvertida (¿solo inicial?).
- Los aneurismas micóticos (femorales)
 - Masas dolorosas a la palpación, pulsátiles y de tamaño creciente
 - Diagnóstico: ecografía Doppler, TC o angio-RM.
 - Tratamiento quirúrgico, asociado a tratamiento antibiótico durante 4-6 semanas.

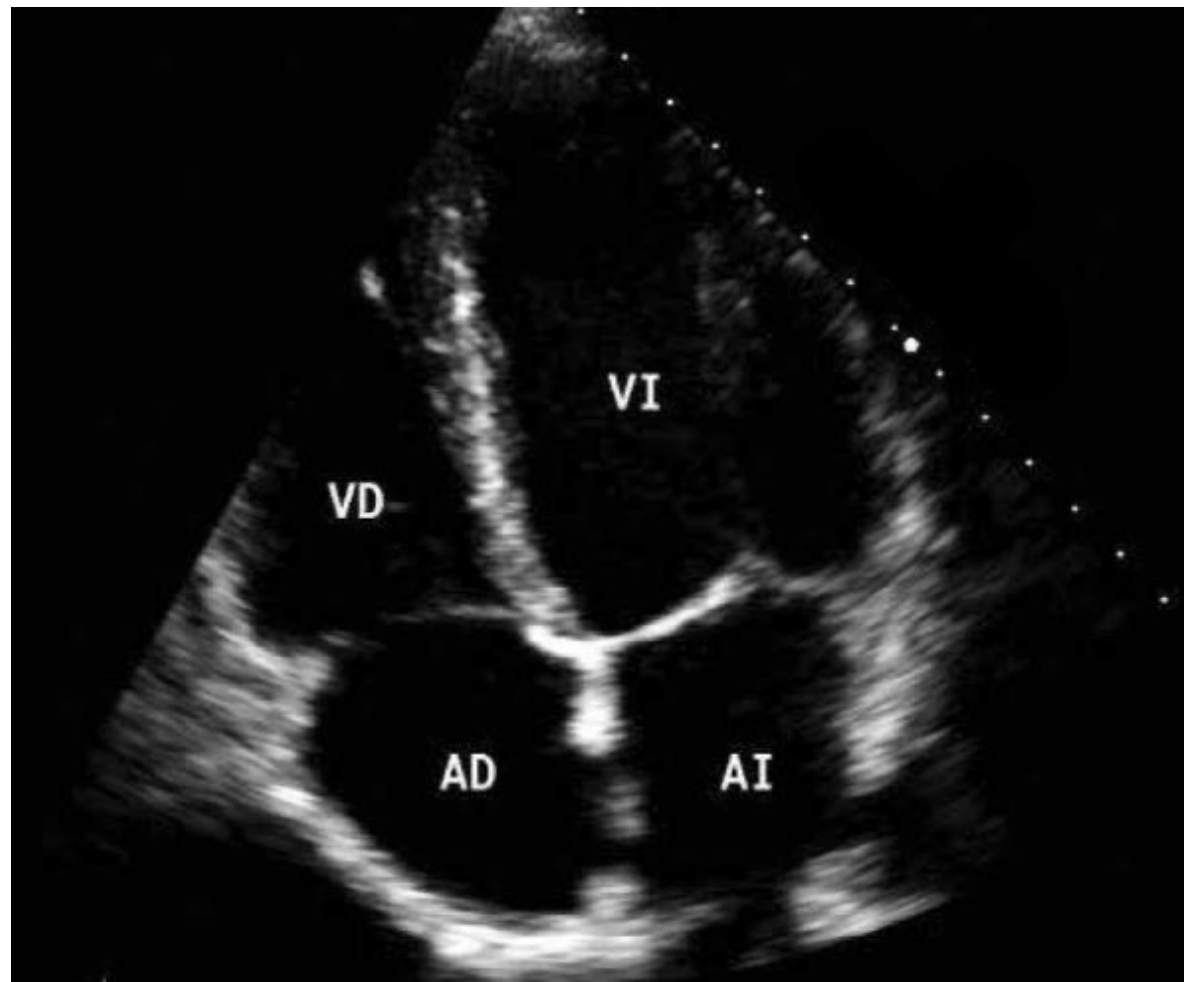
Caso 4



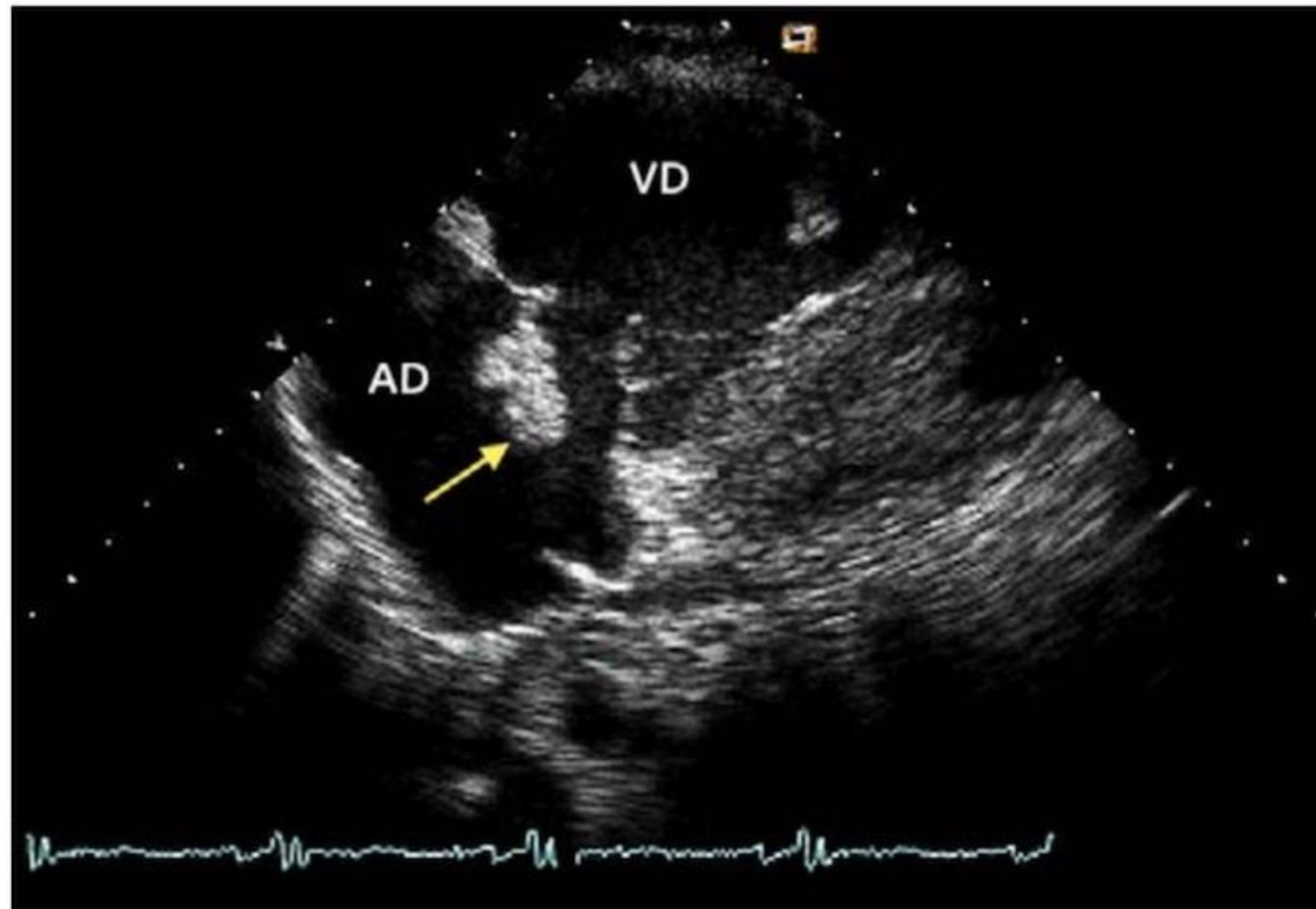
Ecocardiograma



Ecocardiograma normal



Ecocardiograma



Endocarditis en ADVP

- **Riesgo mayor si infección por VIH**
- Típicamente Derecha y con mayor frecuencia **Tricuspidea**
- **Gérmnes mas frecuentes:**
 - **Estafilococo aureus**
 - Estreptococos, BGN, Candida sp.
- **Diagnóstico:**
 - Cuadro clínico agudo
 - Embolismos pulmonares en RxT
 - Hemocultivos positivo
 - Ecocardiograma: verrugas
- **Tratamiento** empírico inicial contra S. Aureus. **Cloxacilina c/s aminogluocosidos**



Infecciones Óseas y osteoarticulares

- Via Hematógena (+F) o por contiguidad desde infección de partes blandas.
- Gérmenes mas frecuentes: *S. Aureus*, *Streptococo*, *Candida*
- Las infecciones articulares afectan típicamente a las extremidades (sobre todo la rodilla)
- Es frecuente la afectación de focos inusuales (articulaciones costochondral y esternoclavicular)
- En todos los casos debería confirmarse el diagnóstico microbiológico: aspirado óseo.
- Tratamiento antibiótico: En función del germen.



Caso 4



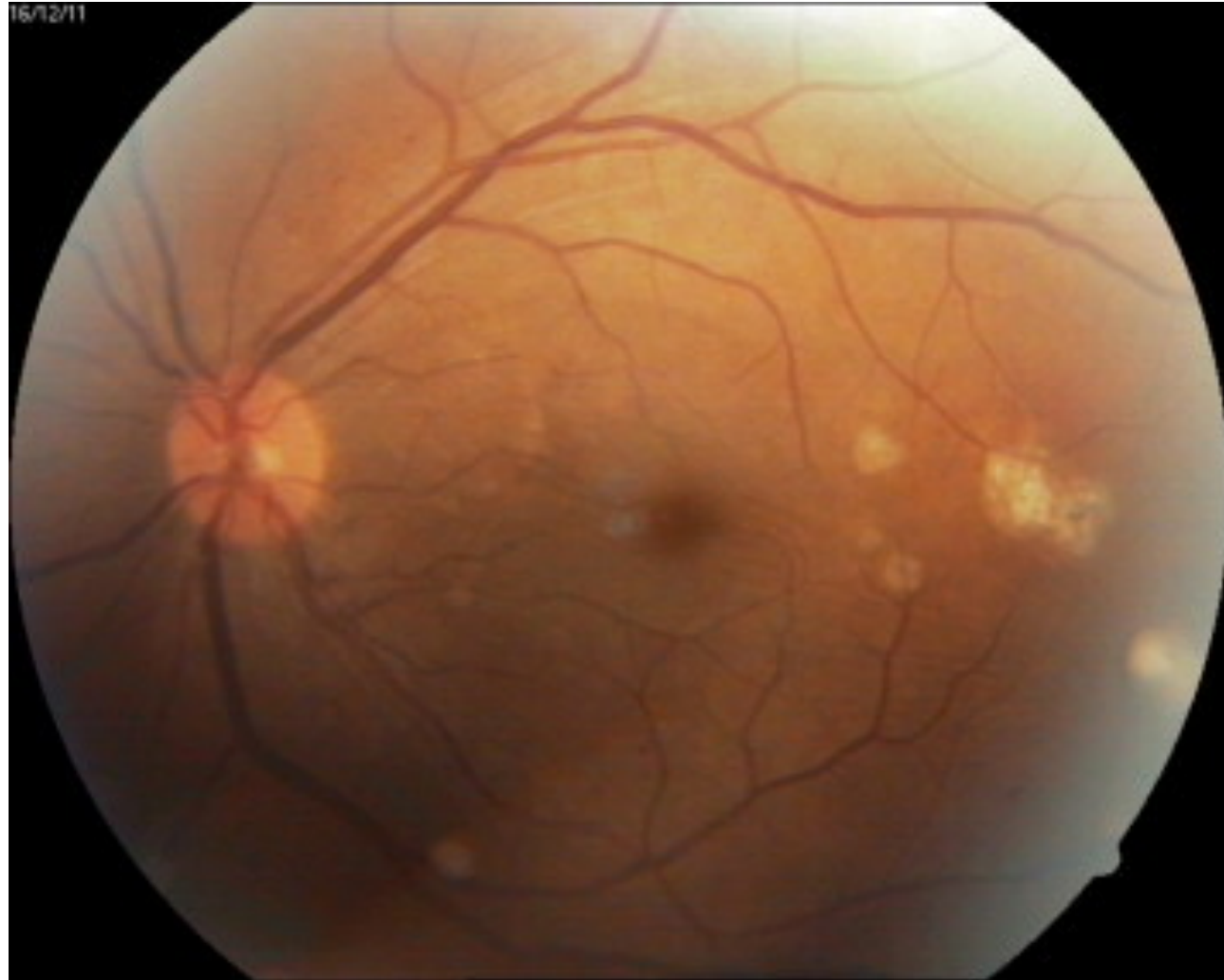
Caso Pustulosis por Candida



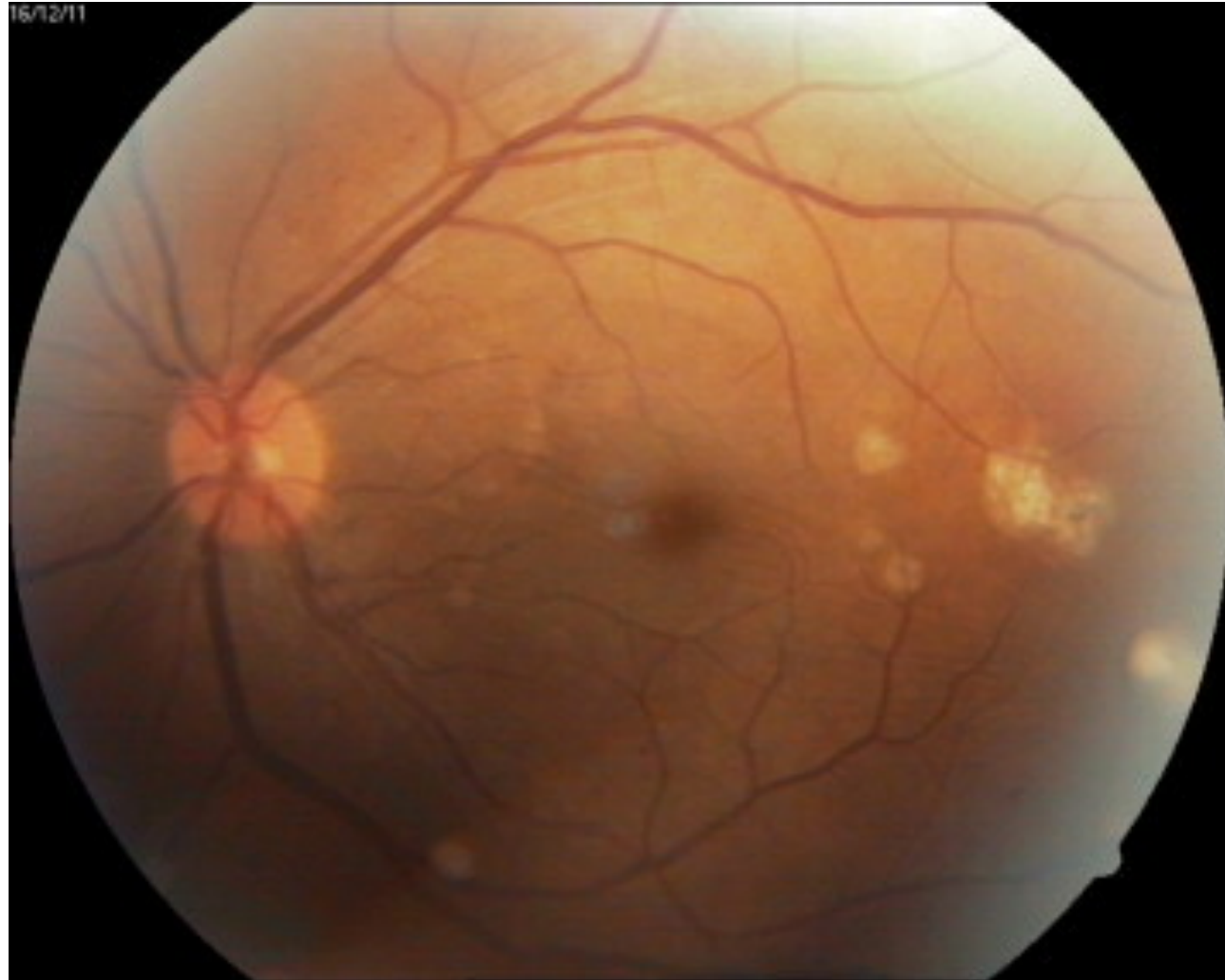
Pustulosis por Candida

- Pustulosis:
 - Contaminación por *Candida albicans* de la droga administrada (dilución en limón?).
 - Clínica: Fiebre tras inyección (candidemia) y aparición de lesiones cutáneas de tipo pustulosa.
 - Tratamiento: Fluconazol

Caso 5



Pustulosis y Endoftalmitis por Candida



Endoftalmitis por Candida

- Endoftalmitis:
 - Visión borrosa, dolor y disminución de la agudeza visual.
 - Exudado algodonoso en coroides y retina, con opacidad del vítreo.
 - Diagnóstico: hemocultivos suelen ser negativos cuando aparecen los síntomas oculares. Diagnóstico clínico
 - Tratamiento:
 - Fluconazol
 - Anfotericina B + 5-Flucitocina si a azoles

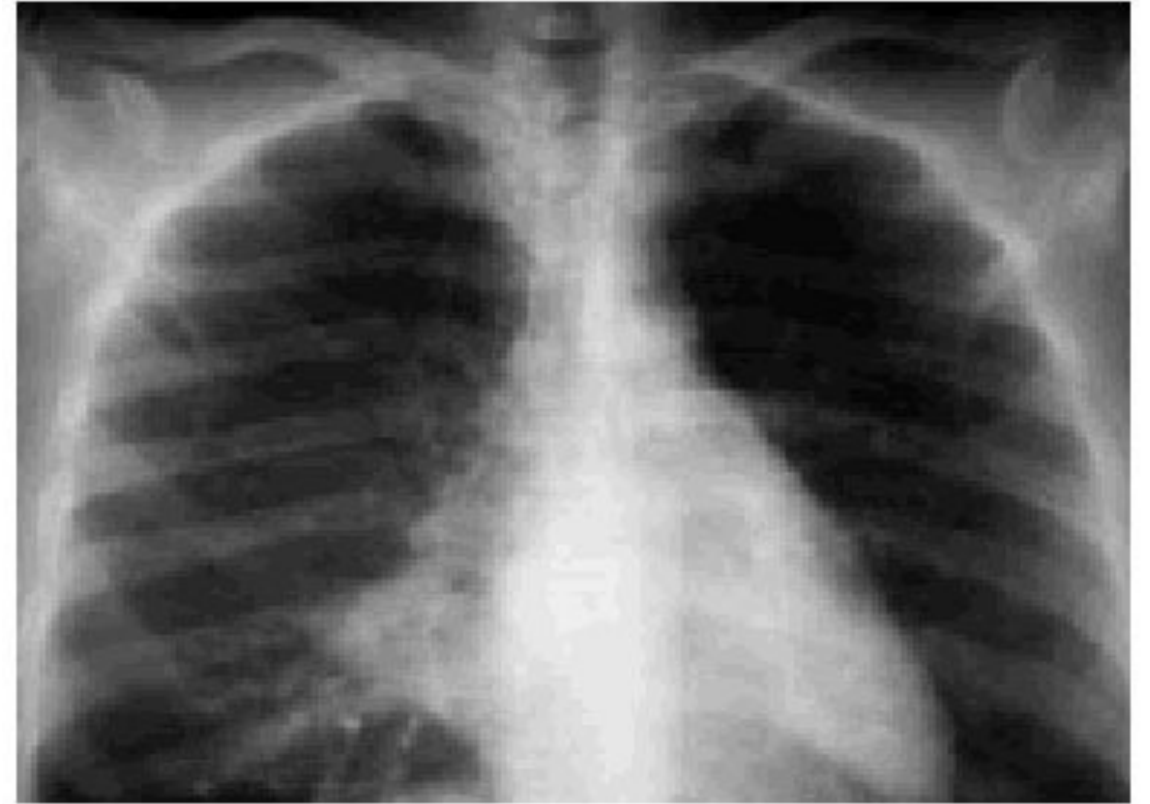
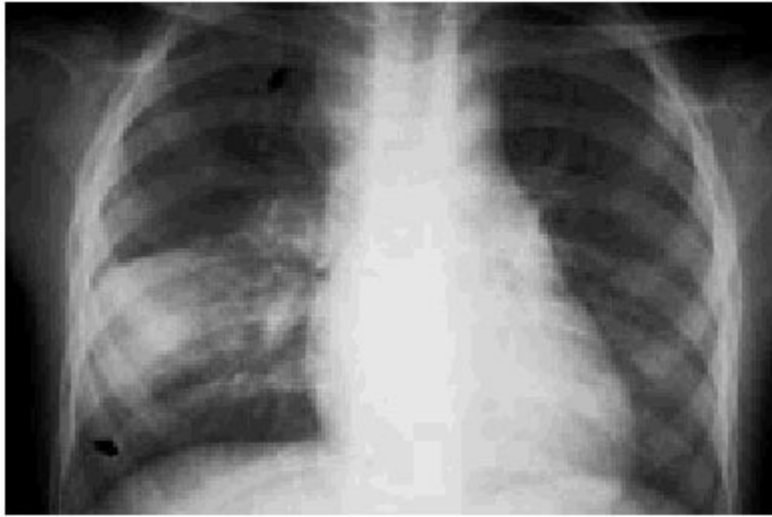
Pustulosis y Panoftalmitis por Candida

Muchas veces el mismo proceso

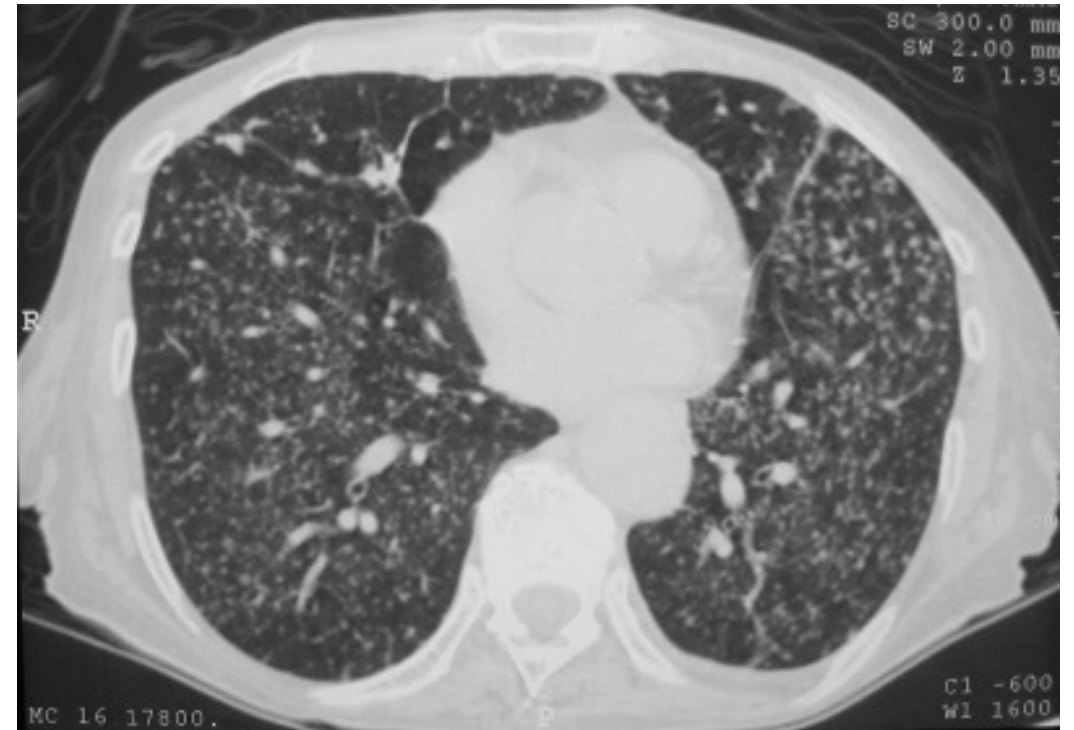
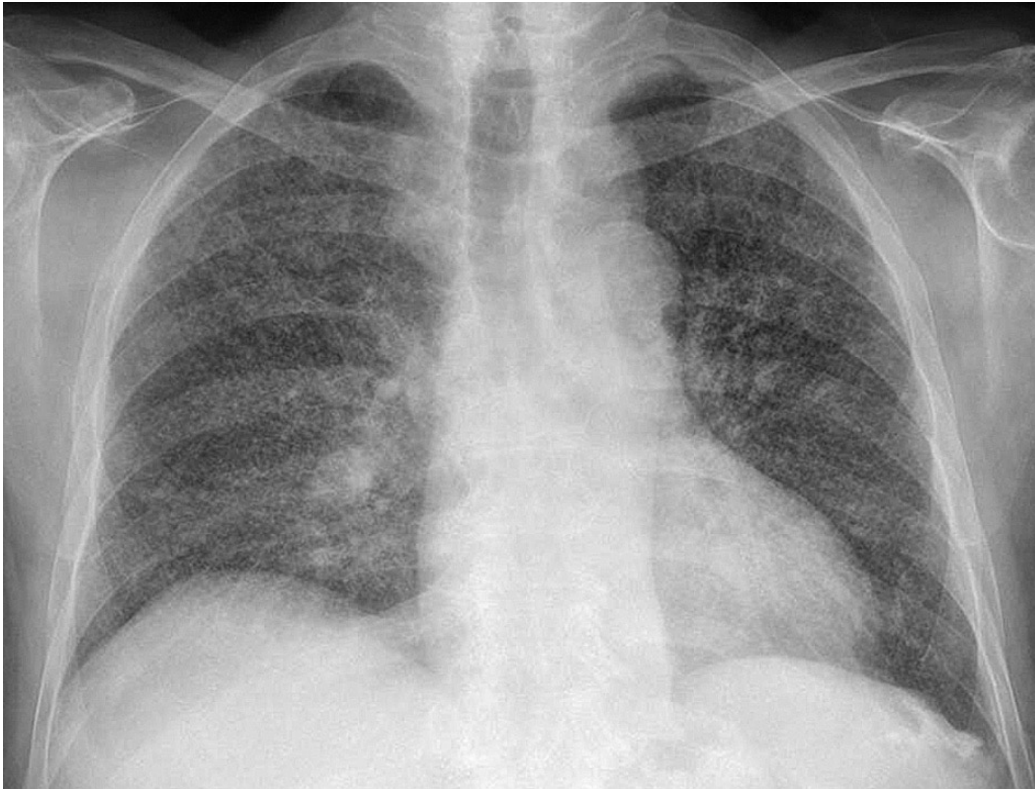


Tuberculosis

- La tuberculosis pulmonar es un problema primordial en los ADVP
- Mayor incidencia que en la población general.
- Condiciones de convivencia y bajo nivel de cuidados facilita la transmisión
- Clínica: como la población general
- Tratamiento: como la población general
- Tratamiento de la infección tuberculosa latente: como población general.



Tuberculosis miliar



Infecciones de Transmisión sexual

- La prevalencia de las enfermedades de ITS no parece ser mayor que en la población general
- La adicción a drogas se asocia a conductas sexuales de alto riesgo como medio de financiación.
- Los ADVP desempeñan un papel en la transmisión de ITS



Infección por Virus de la Hepatitis

- VHC
 - ADVP: Alto riesgo para su adquisición
 - ADVP: barrera para acceder al tratamiento
- VHB:
 - Mayor Riesgo
 - Vacunación
- VHD:
 - Mayor riesgo
 - Lo mas frecuente: sobreinfección por VHD sobre una infección crónica por VHB.
 - En ADVP puede aparecer una infección simultánea VHB/VHD que puede dar lugar a hepatitis fulminante.
- VHA:
 - Hepatitis aguda. No cronicidad
 - Mas frecuente pero asociada a condiciones higiénicas mas que a la drogadicción

VIH

