

CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

Chemsex y lesiones cutáneas tras la inyección de mefedrona. A propósito de 3 casos

Chemsex and Skin Lesions After Mephedrone Injection: 3 Case Reports

Sr. Director,

El consumo de drogas para mantener relaciones sexuales durante periodos prolongados de tiempo se conoce como *chemsex*. Es más frecuente entre hombres que tienen sexo con hombres. Las sesiones de sexo (SS), conocidas como «chills» o «fiestas», pueden durar desde unas horas hasta varios días. Las drogas más consumidas son el ácido gamma-hidroxibutírico (GHB), la mefedrona, la metanfetamina de cristal (tina) y la cocaína. Su administración por vía intravenosa en las SS se conoce como *slamsex*, *slam* o *slamming*¹⁻³.

La mefedrona, conocida como «comida para cactus», «sales de baño», «miau» o «CatMef», es una droga de síntesis química derivada de las catinonas⁴. Es una de las alternativas más usadas a otras psicoestimulantes como la cocaína o la 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA, éxtasis) y es una de las más usadas en *chemsex*^{1,2}. Puede administrarse por vía oral, intranasal o intravenosa. Por vía intravenosa, los efectos máximos se alcanzan a los 5-10 min y duran 15-30 min. Por la corta duración de los efectos y la rápida tolerancia que produce, se consumen dosis sucesivas de forma compulsiva. Llegan a inyectarse hasta 10 veces al día en una SS^{2,4}.

Caso 1: Un varón de 30 años, con antecedentes personales de infección por VIH, VHB pasada y sífilis secundaria, práctica de sexo con hombres y práctica de *slamsex* con GHB y mefedrona intravenosas, consultó por unas lesiones dolorosas localizadas en el antebrazo izquierdo de un mes de evolución, que le habían aparecido tras la inyección de mefedrona. Presentaba 2 úlceras redondeadas de 1 y 1,5 cm de diámetro, con unos bordes eritematovioláceos que evolucionaron a la formación de una costra negra, junto con máculas violáceas menores de 5 mm en ambos antebrazos. Recibió tratamiento tópico con betametasona/gentamicina 0,5 mg/g y 1 mg/g en crema, con cicatrización completa a las 2-3 semanas, que dejó cicatrices residuales deprimidas (fig. 1). En la histología se observó una fibrosis superficial cicatricial y una reacción gigantocelular a cuerpo extraño en

la unión entre la dermis y el tejido subcutáneo. No se objetivaron signos de vasculitis ni trombos intravasculares (fig. 2). Las técnicas para microorganismos y la inmunofluorescencia directa fueron negativas.

Casos 2 y 3: Una pareja de 2 varones de 39 y 40 años, con antecedentes personales de infección por VIH y práctica de *slamsex*, acudieron a urgencias por unas úlceras similares a las del paciente del caso 1, localizadas en las extremidades superiores e inferiores, tras la administración de mefedrona en una SS. Se indicó antibioterapia por la sospecha de abscesos. No fue posible valorar su evolución por pérdida de seguimiento.

Los pacientes negaron el consumo de otras drogas y desconocían si la droga estaba adulterada. El primer paciente participaba en SS de varios días con varias inyecciones al día. Los pacientes 2 y 3 participaban en SS de 24 h y se inyectaban 5-6 veces/día. Las lesiones aparecieron en la primera semana en los sitios de inyección. Identificaban la incorrecta administración al no haber notado los efectos inmediatos.

La casuística de complicaciones cutáneas por la inyección de mefedrona es escasa. Frances et al., en 2018, comunicaron el caso de un paciente con necrosis del pulpejo del primer dedo de la mano tras la inyección accidental de mefedrona intraarterial⁵. Recientemente se ha descrito un paciente con púrpura retiforme y un segundo paciente con úlceras crónicas en sacabocados en los antebrazos como complicaciones de la inyección de mefedrona⁶.

En el diagnóstico diferencial se incluyen complicaciones descritas con otras drogas. Con el consumo de cocaína-levamisol se pueden producir lesiones destructivas de la línea media facial, complicaciones autoinmunes, como la vasculitis leucocitoclástica, vasculopatía trombótica con púrpura retiforme (lesiones bilaterales en miembros inferiores, tronco, pabellones auriculares y zonas acrales) o dermatosis neutrofílicas (lesiones múltiples de pioderma gangrenoso)^{7,8}. En los puntos de inyección, como los pliegues del codo, antebrazos y piernas, se producen complicaciones infecciosas y no infecciosas. Las complicaciones infecciosas son frecuentes en usuarios de drogas por vía parenteral, el 60% tienen antecedentes de infecciones, como abscesos en los puntos de punción, celulitis o tromboflebitis^{8,9}. El ectima gangrenoso es otra entidad que tener en cuenta en las úlceras necróticas¹⁰. En los sitios de inyección también se desarrollan úlceras crónicas y esclerosis. Estas lesiones podrían deberse a una reacción de la dermis a la droga o los adulterantes^{8,9}. El mecanismo por el que se produce la

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.08.022>

0001-7310/© 2024 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: N.M. Román Mendoza, R. Muñoz Martínez, I. Gonzalo González et al., *Chemsex y lesiones cutáneas tras la inyección de mefedrona. A propósito de 3 casos*, ACTAS Dermo-Sifiliográficas, <https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.08.022>

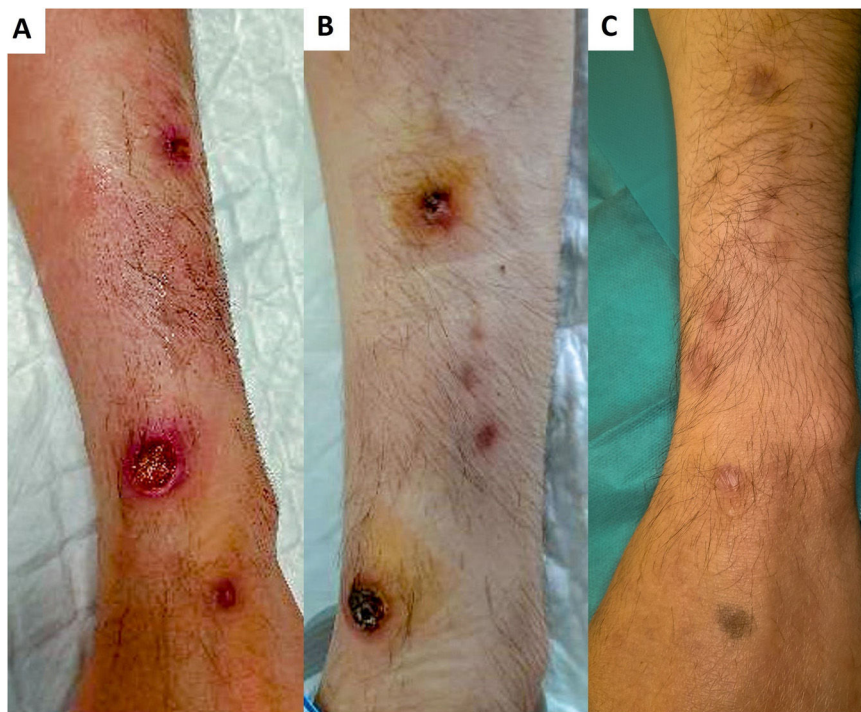


Figura 1 A) Úlceras redondeadas de bordes eritemavioleáceos. B) Úlceras cubiertas de costra negra. C) Cicatrices deprimidas.

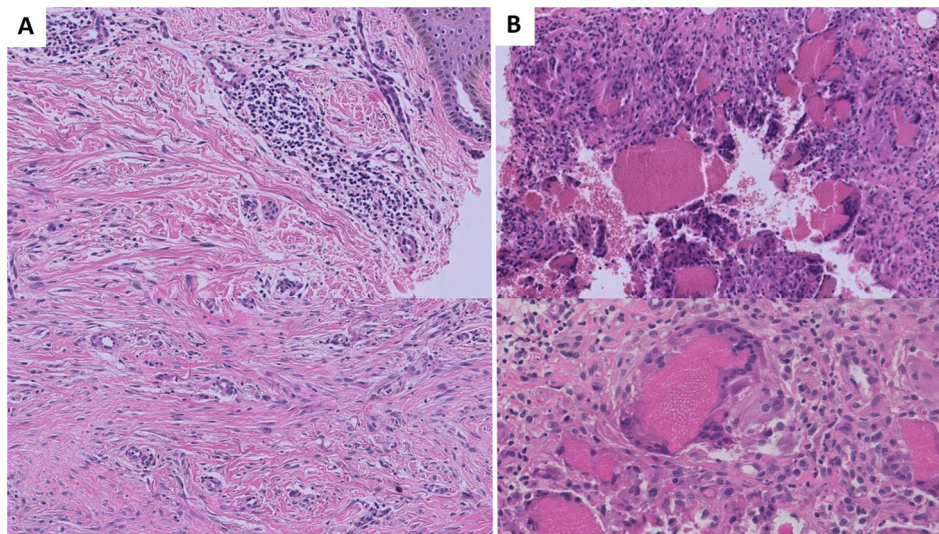


Figura 2 Tinción con hematoxilina-eosina. A) Fibrosis superficial cicatricial, sin signos de vasculitis ni vasculopatía trombótica (10x). B) Reacción gigantomcelular a cuerpo extraño (20x superior, 40x inferior).

necrosis no está claro, puede ser multifactorial debido a vasoespasmo, embolismo de la droga, vasculopatía trombótica o vasculitis^{5,8,9}. Puede que en nuestros pacientes no se objetivaran hallazgos de vasculopatía trombótica en el tejido subcutáneo debido a la poca profundidad de la biopsia.

Aportamos 3 nuevos casos de complicaciones cutáneas tras la inyección de mefedrona. Probablemente estas complicaciones están infradiagnosticadas debido al desconocimiento de los médicos de este tipo de prácticas y a la omisión de información por parte de los pacientes, dado

el estigma que pueda suponer. Los dermatólogos debemos actualizarnos sobre estas prácticas y sobre la aparición de nuevas drogas para ser capaces de reconocer estas complicaciones.

Financiación

El presente artículo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial ni entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M. Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. *Int J Drug Policy*. 2019;63:74–89, <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.11.014>.
2. Chem-safe.org. [consultado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.chem-safe.org/wp-content/uploads/Guia_slamming_Segunda_Edicion_gTt_2021-1.pdf.
3. Gtt-vih.org. [consultado el 22 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://gtt-vih.org/aprende/publicaciones/slamming>.
4. Schifano F, Albanese A, Fergus S, Stair JL, Deluca P, Corazza O, et al. Mephedrone (4-methylmethcathinone; 'meowmeow'): chemical, pharmacological and clinical issues. *Psychopharmacology (Berl)*. 2011;214:593–602, <http://dx.doi.org/10.1007/s00213-010-2070-x>.
5. Francés M, Fuertes V, Casarrubios JM, Navarro C, Sánchez OC, Poza E, et al. Fingertip necrosis due to intravascular use of mephedrone: A case report. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2018;6:e1906, <http://dx.doi.org/10.1097/gox.0000000000001906>.
6. De Dios MA, Arroyo-Andrés J, Rubio-Muniz C, Garrido MC, Tarín-Vicente E. Cutaneous features at injection sites of intravenous mephedrone. *Br J Dermatol*. 2023;189:e1, <http://dx.doi.org/10.1093/bjd/ljad064>.
7. Sánchez-Puigdollers A, Just-Sarobé M, Pastor-Jané L. Cuadros cutáneo-mucosos asociados al consumo de cocaína. *Actas Dermosifiliogr*. 2023;114:125–31, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2022.09.005>.
8. Hennings C, Miller J. Illicit drugs: What dermatologists need to know. *J Am Acad Dermatol*. 2013;69:135–42, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2012.12.968>.
9. Saldana CS, Vyas DA, Wurcel AG. Softtissue, bone, and joint infections in people who inject drugs. *Infect Dis Clin North Am*. 2020;34:495–509, <http://dx.doi.org/10.1016/j.idc.2020.06.007>.
10. Vaiman M, Lazarovitch T, Heller L, Lotan G. Ecthyma gangrenosum and ecthyma-like lesions: Review article. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2015;34:633–9, <http://dx.doi.org/10.1007/s10096-014-2277-6>.

N.M. Román Mendoza^{a,*}, R. Muñoz Martínez^a,
I. Gonzalo González^b y F.J. Vicente Martín^a

^a Servicio de Dermatología y Venereología, Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles (Madrid), España

^b Servicio de Dermatología y Venereología, Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro (Madrid), España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nellyromanmendoza@gmail.com
(N.M. Román Mendoza).