

Candidiasis congénita: comunicación de un caso

Congenital candidiasis: a case report

Tamara Romina Nijamin,¹ Mónica Liliana Yarza² y Susana Alicia Grees³

RESUMEN

La candidiasis congénita se presenta entre las primeras 24 horas y los 6 días de vida. En niños recién nacidos de término con peso normal al nacer, aparece como una dermatosis benigna y limitada, con pápulas y pústulas diseminadas sobre una superficie eritematosa, que resuelven con descamación. Habitualmente el área del pañal y la mucosa oral se encuentran respetadas. Responde al tratamiento tópico.

Presentamos un niño de 12 días de vida con una candidiasis congénita, con compromiso del área del pañal y muguet con buena respuesta a terapia tópica con clotrimazol y nistatina por vía oral (*Dermatol. Argent.*, 2012, 18(3): 225-227).

Palabras clave:

candidiasis congénita, Candida albicans.

ABSTRACT

Congenital candidiasis occurs between the first 24 hours and 6 days of life. In term newborns with normal birth weight it presents as a benign and self limited dermatosis with scattered papules and pustules on erythematous skin, which resolves with desquamation. The diaper area and oral mucosa are usually spared and it responds to topical treatment.

We present a 12-day boy with congenital candidiasis, with involvement of the diaper area and thrush who responded well to local therapy with topical clotrimazole and oral nystatin (*Dermatol. Argent.*, 2012, 18(3): 225-227).

Keywords:

congenital candidiasis, Candida albicans.

Fecha de recepción: 30/08/2011 | Fecha de aprobación: 17/11/2011

Caso clínico

Niño de 12 días de vida que fue traído a la consulta por presentar una dermatosis desde las primeras 24 horas de vida. El RN se encontraba en buen estado general, afebril. Sin antecedentes perinatólogicos relevantes ni datos familiares a destacar. Al examen físico se evidenciaron a nivel de cara, tronco, miembros superiores e inferiores, palmas y plantas, pápulas y pústulas rodeadas por un collarite descamativo que asentaban sobre una superficie cutánea eritematosa (foto 1). En mucosa oral se observó

¹ Residente de 3° año, Dermatología Pediátrica; 3° año carrera de Médicos Especialistas en Dermatología Pediátrica (UBA)

² Médica dermatóloga de planta

³ Jefa de la Unidad de Dermatología Pediátrica, directora de la carrera de Médicos Especialistas en Dermatología Pediátrica, Facultad de Medicina (UBA)

Unidad Académica, carrera de Especialistas en Dermatología Pediátrica (UBA).

Unidad de Dermatología Pediátrica, Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, Manuel Montes de Oca 40, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Correspondencia: Tamara Romina Nijamin, Hortiguera 821, 4° piso, CABA, CP 1406, tamaranijamin@hotmail.com



Foto 1. Collarete epidérmico descamativo rodeando las pústulas destechadas en gran extensión del tegumento.



Foto 2. Eritema, descamación, pústulas y gran compromiso de pliegues.

una membrana blanquecina adherida en lengua y carrillos. En el área del pañal presentó intenso eritema con pliegues comprometidos por un exudado blanquecino (foto 2).

Con diagnóstico presuntivo de candidiasis congénita se tomó muestra para citodiagnóstico de Tzanck y por punción de pústula se realizó estudio micológico y de gérmenes comunes. Se inició posteriormente tratamiento local con pasta lassar con clotrimazol y nistatina oral. A los 10 días el paciente presentó mejoría de su dermatosis con ausencia de lesiones pustulosas y presencia de descamación a predominio de palmas y plantas.

El cultivo reveló *Candida albicans* y se confirmó el diagnóstico de candidiasis congénita.

Discusión

Candida es el principal patógeno oportunista del hombre, y la especie *albicans* es la causa principal de enfermedad micótica superficial y sistémica del ser humano. Existen más de 190 especies que se aíslan con menos frecuencia como patógenos humanos. Es un hongo dimórfico que se presenta como levadura, esférica y pequeña, e hifas y pseudohifas que son cadenas de levaduras unidas entre sí y separadas por constricciones, que le confieren el poder patógeno. *Candida albicans* provoca distintos cuadros clínicos, dentro de los cuales se encuentra la candidiasis congénita (CC).¹

La CC es aquella que se presenta entre las primeras 24 horas y los 6 días de vida.¹⁻³ La adquisición intraútero de *Candida* puede generar un espectro clínico en el recién nacido que varía desde una infección mucocutánea de curso benigno y generalmente autolimitado hasta una enfermedad sistémica grave que puede

provocar la muerte temprana del neonato.^{2,4,5} En los recién nacidos de término, aparece una erupción diseminada de pápulas y pústulas que asientan sobre una base eritematosa y pueden evolucionar a vesículas y ocasionalmente a ampollas. Frecuentemente se encuentran lesiones en distintos estadios evolutivos, las cuales al resolverse dejan una descamación que puede durar hasta 2 semanas. Las áreas más afectadas son tronco, región extensora de miembros y pliegues. Las palmas y plantas se encuentran afectadas en la mayoría de los casos⁵ y constituyen un signo útil para sospechar el diagnóstico;⁶ en pocas oportunidades hay compromiso del área del pañal y de la mucosa oral. En el caso descrito, estas dos localizaciones poco habituales estuvieron presentes. La afectación de las uñas, onixis y perionixis, referida en la literatura, estuvieron ausentes en nuestro paciente.

En prematuros de 24 a 26 semanas, o RN con menos de 1.000 gramos, la candidiasis es una enfermedad grave, con pápulas diseminadas que rápidamente progresan a vesículas, pústulas o ampollas, la piel se encuentra eritematosa y descamada en parches con áreas erosionadas desde el nacimiento (semeja a un quemado)² y el área del pañal se compromete como la candidiasis adquirida posnatal. Además, los recién nacidos tienen compromiso sistémico con distrés respiratorio y funisitis, con elevado conteo de glóbulos blancos, a veces con valores similares a una reacción leucemoide.^{2,5} Los niños susceptibles a infección sistémica pueden presentar una neumonía candidiásica de curso severo y alta mortalidad.⁷ Sin embargo, hay casos de niños recién nacidos de término, con desarrollo de meningitis, hepatoesplenomegalia y signos de sepsis.⁵

Los principales factores de riesgo para la adquisición de CC son

la presencia de dispositivos intrauterinos y cerclaje, fundamentalmente en los recién nacidos prematuros. La candidiasis congénita es producto de una corioamnionitis candidiásica, donde se observan en la cara fetal de la placenta y cordón umbilical microabscesos blanquecinos.⁸ En nuestro paciente no se encontró ninguno de los factores de riesgo asociados y no se obtuvieron datos de las características placentarias.

En cuanto al tratamiento en el caso de niños en buen estado general con peso adecuado al nacer, se recomienda medicación tópica⁹ y el agregado de nistatina oral,¹ combinación que fue utilizada para el paciente. En los niños de bajo peso y/o ruptura prolongada de membranas se recomienda medicación con desoxicolato de anfotericina B a 0,5 a 1 mg/kg/día EV o anfotericina B liposomada de 3 a 5 mg/kg/día; el fluconazol es la segunda línea terapéutica, con una dosis endovenosa de 12 mg/kg/día.⁹

El diagnóstico de la forma mucocutánea es clínico y se confirma mediante la observación de levaduras, hifas o pseudo-hifas en fresco con hidróxido de potasio o tinción de Gram. La presencia de micelios o pseudomicelios es indicio de infección micótica activa. El cultivo en agar dextrosa Sabouraud es necesario para determinar la especie.^{1,3}

Los diagnósticos diferenciales son variados y se plantearán de acuerdo con la extensión de las lesiones, los antecedentes perinatólogicos y el estado general del niño: impétigo, estafilodermias, eritema tóxico, melanosis neonatal pustulosa transitoria, sífilis y miliaria, entre otras.

Motivó esta comunicación la poca frecuencia de esta forma clínica de candidiasis, ya que conocerla redundará en evitar someter a neonatos sanos a exámenes complementarios e internaciones innecesarias.

Bibliografía

1. Reyes J.V., Arenas R. Candidiasis mucocutánea: una revisión, *Revista Mexicana de Micología*, 2007, 25: 91-104.
2. Darmstadt G.L., Dinulos J.G., Miller Z. Congenital Cutaneous Candidiasis: Clinical Presentation, Pathogenesis and Management Guidelines, *Pediatrics*, 2000, 105: 438-444.
3. Abad M.E. Infecciones micóticas, en Larralde M., Abad E., Luna P., *Dermatología pediátrica*, Ed. Journal, Buenos Aires, 2010, 225-235.
4. Klenk A.S., Martín A.G., Hefferman M.P. Infecciones por levaduras: candidiasis, pitiriasis (tiña) versicolor, en Fitzpatrick T.B., Freedberg I.M., Eisen A.Z. et al., *Dermatología en medicina general*, Ed. Panamericana, Buenos Aires, 2005, 2269-2282.
5. Rowen J.L. Mucocutaneous candidiasis, *Semin. Perinatol.*, 2003, 27: 406-413.
6. Castro C., Pierini A.M. Eritrodermias, en Pueyo S.T., Valverde R., *Dermatología neonatal*, Ed. Buschi, Buenos Aires, 2005, 341-353.
7. Zaitz C. Infecciones micóticas superficiales, en Pueyo S.T., Máximo A.J., *Dermatología infantil en la clínica pediátrica*, Ed. Buschi, Buenos Aires, 1999, 103-116.
8. Dianna A., Epiney M., Ecoffey M., Pfister R.E. White dots on the placenta and red dots on the baby: congenital cutaneous candidiasis—a rare disease of the neonate, *Acta Paediatr.*, 2004, 93: 996-1001.
9. Pappas P.G., Rex J.H., Sobel J.D., Filler S.G. et al. *Guidelines for Treatment of Candidiasis*, CID, 2004, 38: 161-189.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

* BIBLIOGRÁFICO | Regresión de metástasis de melanoma tratadas con anticuerpos dirigidos contra células madres tumorales

Yamina Julian

El rituximab (R) es un anticuerpo monoclonal que se une al antígeno CD 20 del linfocito B. Se presenta el caso de un paciente con regresión de melanoma (MM) en estadio (E) IV tratado con R.

Varón de 74 años con diagnóstico en mayo de 2010 de MM acrolentiginoso, localizado en talón izquierdo, ulcerado de 2 mm de Breslow, E IIB. Se realizó resección quirúrgica con margen de 3 cm. Los ganglios inguinales fueron positivos y los poplíteos negativos. Las células tumorales fueron positivas para BRAF y c-Kit. El paciente recibió tratamiento adyuvante con interferón-alfa desde agosto a octubre de 2010. En noviembre de 2010 se le realizó linfadenectomía inguinal con extirpación de 5 ganglios linfáticos, tres de ellos positivos, uno con compromiso extracapsular. Tres meses más tarde el paciente evolucionó a E IV con metástasis cutáneas, subcutáneas y ganglionares diseminadas; a pesar de dos ciclos de quimioterapia con dacarbazina y dinitroclorobenceno. El estudio inmunohistológico del melanoma marcó para CD20+.

En mayo de 2011 inició un esquema offlabel con inyecciones de R en la metástasis cutánea del talón izquierdo y en la metástasis poplíteas. Las mismas lesiones fueron nuevamente tratadas los días 7, 15, 20, 29, 36 y 48 junto con una lesión inguinal. El tratamiento con dacarbazina continuó cada cuatro semanas. El único efecto adverso fue mínima inflamación. Se administró posteriormente Rituximab los días 101 y 129, seguido de inyecciones locales en la lesión inguinal los días 187 y 194. La lesión remanente fue extirpada quirúrgicamente. Luego de 7 ciclos de R, las metástasis tratadas revirtieron o ya no eran detectables. El estudio histopatológico del material remanente confirmó la destrucción morfológica del melanoma; no se detectaron células CD20+. La regresión de las metástasis fue documentada por resonancia magnética y ecografía, sin evidenciarse lesiones poplíteas luego de 7 meses de tratamiento. A pesar de no haber sido tratadas localmente, las metástasis inguinales disminuyeron su tamaño y 7 meses después del tratamiento con R se extirparon con cirugía.

Este caso sería la primera evidencia clínica de que las células del melanoma CD20+ podrían ser las "células maestras" necesarias para el mantenimiento y la promoción de un melanoma establecido.

Schlaak M., Schmidt P., Bangard C., Kurschat P., et al. Regression of metastatic melanoma in a patient by antibody targeting of cancer stem cells. *Oncotarget.*, 2012 Jan, 3(1): 22-30.