

CANDIDIASIS CUTÁNEA CONGÉNITA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

CONGENITAL CUTANEOUS CANDIDIASIS. ABOUT A CASE.

Laura Fornerón*, Diana Nunes**, Sonia Insaurrealde***, Arnaldo Aldama****. *Residente del Servicio de Dermatología. **Médica de planta del Servicio de Dermatología. ***Bioquímica- Micóloga del Servicio de Bacteriología.

****Jefe del Servicio de Dermatología Hospital Nacional de Itauguá.

Dra. Laura Fornerón correo: laufor88@gmail.com Celular: (0975)802404

RESUMEN

Las candidiasis perinatales son entidades infrecuentes que se presentan en piel o en forma sistémica, ya sea por transmisión ascendente y/o adquirida durante el parto o estancia hospitalaria. Se caracteriza por lesiones cutáneas polimorfas.

Se presenta el caso de un recién nacido con exantema papulopustuloso difuso y placas blanquecinas orales.

Palabras claves: candidiasis perinatal, candidiasis congénita, micosis en el recién nacido.

SUMMARY

Perinatal candidiasis are rare entities that occur in the skin or systemically, either by ascending transmission and / or acquired during childbirth or hospital stay. It is characterized by polymorphic skin lesions. The case of a newborn with diffuse papulopustular rash and oral whitish plaques is presented.

Keywords: perinatal candidiasis, congenital candidiasis, mycosis in the newborn.

INTRODUCCIÓN

Las candidiasis perinatales se manifiestan por lesiones cutáneas y eventualmente sistémicas; son más frecuentes en prematuros y generan morbi-mortalidad importante. Se clasifican en congénitas y neonatales.¹

La candidiasis cutánea congénita es una enfermedad poco común causada por la exposición a *Candida spp* por infección ascendente en útero más frecuente que por exposición perinatal.^{2,3} Típicamente se presenta como una erupción cutánea difusa al nacer o en los primeros 6 días de vida.³ Las lesiones en la piel se presentan en diferentes estadios desde exantema, máculas eritematosas, pápulas, pústulas y ampollas dendradas. La localización suele ser en espalda, extremidades, pliegues, palmas, plantas y, ocasionalmente, en uñas y mucosa oral.¹⁻³

En cambio, la neonatal es una infección adquirida en el canal de parto o posnatal, por contaminación del personal sanitario colonizado. Se ven lesiones polimorfas que afectan boca, lengua y áreas intertriginosas predominantemente.¹⁻⁵

El diagnóstico definitivo se establece por el aislamiento e identificación del hongo, y el pronóstico, con la aplicación del tratamiento correcto y oportuno, es bueno.

Presentamos el caso de un recién nacido con lesiones exante-

máticas pustulosas que se presentaron al quinto día de vida y cuyos estudios laboratoriales demostraron ser producidas por *Candida spp*.

CASO CLÍNICO

Recién nacido de 5 días de vida, gestación de 37 semanas, nacido por parto cesárea, con índice Apgar de 9 y 10, al primer minuto y a los cinco minutos, respectivamente. Con peso de 3,260 kg, 48 cm de talla, 35 cm de perímetro craneal y 36 cm de perímetro torácico. Lactancia materna exclusiva con buen agarre y sin inconvenientes para la deglución.

Al 5° día de vida presenta lesiones blanquecinas en mucosa oral (Figura 1)



Figura 1. Lesiones en rostro y muguet.

y piel consistente en un exantema morbiliforme en cuya superficie se observan pápulas eritemato-descamativas y pústulas de predominio en región anterior del tórax, pero también en rostro, extremidades (Figura 2), palmas, plantas, pliegues inguinales y área del pañal. No presentó fiebre ni dificultad respiratoria.



Se toman muestras para examen micológico directo y cultivo de la piel, bioquímica sanguínea y hemocultivos.

En el frotis de piel se observan levaduras y pseudohifas compatibles con *Candida sp.* El cultivo informa: *Candida albicans* sensible a Fluconazol (Figura 3 y 3.1)



Figura 3.1. Examen micológico directo + cultivo.

En el hemograma se encontró leucocitosis con desviación a la izquierda y anemia leve. Proteína C Reactiva de 6,5 mg/dl. Los hemocultivos negativos para gérmenes comunes y hongos.

Se inició tratamiento con fluconazol por vía intravenosa por 7 días, y localmente pasta de clotrimazol en pliegues inguinales y área del pañal cada 12 horas. Nistatina en enjuague para la cavidad bucal. Posteriormente emolientes en la piel.

La evolución fue favorable, con completa resolución del cuadro clínico a los 7 días, y se mantuvo en el control ambulatorio a las 2 semanas. (Figura 4)



COMENTARIOS

La presencia de pústulas en un recién nacido obliga a varios diagnósticos diferenciales desde entidades no infecciosas como el eritema tóxico neonatal, melanosis pustulosa neonatal, entre otras; e infecciosas bacterianas, virales o fúngicas. Entre éstas predomina la candidiasis perinatal, en sus dos presentaciones.¹⁻⁴

La candidiasis cutánea congénita es muy poco común en pediatría. Cuenta sólo con menos de 100 casos comunicados en la literatura científica en los últimos 40 años.⁵⁻¹³

El mecanismo patogénico de la candidiasis cutánea congénita es por transmisión vertical de madre a hijo. *Candida albicans* es un microorganismo frecuente en los genitales femeninos, que puede producir vulvovaginitis, sobre todo en embarazadas, y el contagio a neonatos y recién nacidos es probable, por lo que debería investigarse en etapa prenatal, para el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, a fin de evitar complicaciones graves y estudios invasivos en neonatos.⁹⁻¹² En el presente caso no existía un diagnóstico previo de candidiasis en la madre.

La vulvovaginitis produce por vía ascendente corioamnionitis y afectación del neonato que puede ser sólo cutánea o sistémica.¹¹⁻¹²

El diagnóstico se basa en los estudios microbiológicos de la piel, donde se aísla *Candida albicans* en 95% de los casos. Si se sospecha el compromiso sistémico es necesario el cultivo de fluidos corporales, aunque con menor rendimiento. En los casos congénitos se analizarán el corion y líquido amniótico.

El tratamiento varía de acuerdo a la intensidad del compromiso, en los casos leves incluso locales, en los moderados fluconazol y en los casos sistémicos anfotericina B.⁶⁻¹⁰

En este caso en particular por la extensión del cuadro se interpretó como candidiasis cutánea congénita. El muguet, si bien es menos frecuente en esta variedad, puede aparecer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Arenas, R. Micología Médica ilustrada. Segunda Edición. Mc Graw Hill. ISBN 970-10-4042-2. México 2003.
- 2- Larralde M, Abad E, Luna, P. Dermatología Pediátrica. Segunda Edición. Ediciones Journal. Buenos Aires 2010.
- 3- Pueyo de Casabé, S, Valverde R. Dermatología Neonatal. Primera Edición. ISBN 987-05-0236-9 Buenos Aires 2005.
- 4- Chintaginjala A, Kolarapudi S. Congenital candidiasis. *Indian Dermatology Online Journal*, 2014. <https://doi.org/10.4103/2229-5178.144531>
- 5- Rivas, L., Landín, G., Vilas J., Crespo, P, Martínez, A. Candidiasis cutánea congénita, ¿una entidad poco frecuente o infradiagnosticada? *Acta Pediátrica Española*, 2014. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=96588510&authtype=sso&custid=ns021105&lang=es&site=eds-live>
- 6- Suárez M, Ramírez O, Conejo A. Candidiasis superficiales. En Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea]. Disponible en <http://www.guiabee.es>
- 7- Puneetha B, Srinivas S, Mahantesh S, Benakappa N. Disseminated congenital cutaneous candidiasis caused by *Candida ciferri*: A rare case report. *Indian Journal of Paediatric Dermatology*, 2019. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsdoj&AN=edsdoj.6e082b8f9807421a9041c232cee71652&lang=es&site=eds-live>.
- 8- Skoczylas M, Walat A, Kordek A, Loniewska B, Rudnicki J, Maleszka R, Torbé A. Congenital candidiasis as a subject of research in medicine and human ecology. *Annals of Parasitology*, 2014. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=25281815&lang=es&site=eds-live>
- 9- Kaufman D, Coggins A, Zanelli A., Weitkamp J. Congenital Cutaneous Candidiasis: Prompt Systemic Treatment Is Associated With Improved Outcomes in Neonates. *Clinical Infectious Diseases*, 2017. <https://doi.org/10.1093/cid/cix119>
- 10- Sota I, Yuko M, Masami M, Kazumichi F, Keiko W, Hitomi S, Hideto N. Successful Management of an Extremely Premature Infant with Congenital Candidiasis. *American Journal of Perinatology Reports*, 2014. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1358766>
- 11- Figueredo M, Gomez M, Paredes J. Corioamnionitis por *Cándida Albicans* en gestante con trabajo de parto pretérmino y membranas íntegras. *Revista Colombiana Salud Libre*, 2018. <https://doi.org/10.18041/1900-7841/rclslibre.2018v13n1.4782>
- 12- Pineda J, Cortés A, Uribarren T, Castañón L. Candidosis vaginal. Revisión de la literatura y situación de México y otros países latinoamericanos. *Rev. Méd. Risaralda* 2017. <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v23n1/v23n1a09.pdf>
- 13- González J, Moya M, González R, Carratalá F. Candidiasis cutánea congénita: Una entidad para recordar. *An Esp Pediatr* 1999. Disponible