

J. González de Dios, M. Moya,
R. González, F. Carratalá

An Esp Pediatr 1999;50:499-500.

Introducción

Candida albicans es la principal especie del género *Candida* responsable de la infección fúngica del recién nacido (RN), si bien también cabe destacar la creciente importancia clínica y epidemiológica de otras especies (*C. tropicalis*, *C. parapsilosis* y *C. lusitaniae*)^(1,2). La colonización con *Candida* en el RN se lleva a cabo bien por medio de la transmisión vertical a partir de la madre, o bien por transmisión horizontal, principalmente en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales cuando se asocian una serie de factores de riesgo: bajo peso, catéteres intravenosos, ventilación mecánica, antibioterapia prolongada, nutrición parenteral, etc.^(1,3-5).

Son bien conocidas las formas clínicas de candidiasis diseminada (sepsis, meningitis, ...), y también algunas formas de candidiasis localizada (muguet, dermatitis del pañal), pero la candidiasis cutánea congénita (CCC) constituye una entidad infrecuente y relativamente desconocida.

Caso clínico

RN varón que ingresa desde el paritorio por detectarse la presencia de unas lesiones vesiculosas y pustulosas superficiales, con un collarite descamativo y base eritematosa, que se extiende por todo el cuerpo, si bien predominan en espalda y extremidades, incluidas palmas y plantas (Figs. 1 y 2).

El parto se produce por vía vaginal a las 37 semanas de gestación, con amniorraxis intraparto. El test de Apgar es de 9 y 10, al primer y quinto minutos de vida, respectivamente. Somatometría normal, con peso al nacimiento de 2.520 g (P25-50). Salvo las lesiones cutáneas referidas, el resto de la exploración física es normal.

Entre los antecedentes perinatales cabe destacar que la madre precisó ingreso hospitalario desde la 31 semana de gestación por amenaza de parto prematuro, habiendo recibido durante este intervalo tratamiento con ritodrina y tres ciclos de corticoides para facilitar la maduración pulmonar. Desde ese momento de la gestación se evidencia una dilatación del cuello uterino de 3 cm, con bolsa íntegra, y candidiasis vaginal que ha recibido tra-

Candidiasis cutánea congénita: Una entidad para recordar



Figura 1. Lesiones vesiculopustulosas en palma de manos.



Figura 2. Lesiones vesiculopustulosas en planta de pies.

tamiento específico con óvulos de ketoconazol. No hay otros antecedentes familiares de interés.

El estado general del RN ha sido excelente en todo momento, y las lesiones cutáneas se normalizaron espontáneamente en la primera semana de vida, resolviéndose con una fina descamación. Se confirmó el diagnóstico de CCC al constatar el crecimiento de *Candida albicans* en cultivo vaginal materno, así como en el exudado de las lesiones del RN y también en los cultivos de frotis periféricos (oído, ombligo, nasofaringe). La sospecha diagnóstica inicial, hasta el momento de recibir la bacteriología, fue de melanosis pustulosa neonatal transitoria, motivo por el que no se indicó inicialmente tratamiento antifúngico

Departamento de Pediatría. Hospital Universitario San Juan.
Universidad «Miguel Hernández». Alicante.
Correspondencia: Javier González de Dios. C/ Prof. Manuel Sala 6, 3º A.
03003 Alicante.
Recibido: Septiembre 1998
Aceptado: Octubre 1998

tópico. Los estudios analíticos (hemograma, bioquímica) fueron normales, así como el resto de estudios microbiológicos (hemocultivo, urocultivo, estudios de infección connatal).

Durante el seguimiento posterior (actualmente tiene 18 meses de vida) no ha presentado ninguna otra alteración cutánea, ni ningún otro tipo de proceso asociado a *Candidas*.

Discusión

La CCC se presenta, generalmente, como una erupción maculopapular difusa, que evoluciona a vesículas y/o pústulas, y con descamación posterior. Aunque este exantema es generalizado, predomina en la mitad superior del cuerpo, y las palmas y plantas suelen estar afectadas casi siempre, tal como en nuestro paciente (Figs. 1 y 2). Las lesiones cutáneas de la CCC se caracterizan por su aparición precoz (al nacimiento o en las primeras 24 horas de vida), por presentar un curso recortado (generalmente desaparecen entre los 5 y 20 días de vida) y un pronóstico benigno.

La CCC se considera una infección intrauterina adquirida por transmisión vertical desde la vagina colonizada por *Candidas* y a través de las membranas intactas. La candidiasis vulvovaginal aparece en alrededor de una cuarta parte de las gestantes^(6,7), si bien en un porcentaje inferior al 1% existe una transmisión vertical con infección de la placenta (corioamnionitis y funisitis), siendo excepcional la infección fetal (ocasionando abortos o muertes fetales), y que se puede manifestar en el RN bajo dos entidades clínicas: CCC (de buen pronóstico) y candidiasis sistémica congénita (de peor pronóstico, más propio de grandes inmaduros, y que manifiesta un gran eritema cutáneo)^(8,9).

Aunque la incidencia de candidiasis vulvovaginal durante el embarazo es alta, la CCC es infrecuente. Al menos eso es lo que se deduce del escaso número de casos documentados en la literatura: hemos constatado nueve publicaciones^(6,10-17) en Medline durante el período 1990-junio 1998, utilizando como buscadores los términos «cutaneous candidiasis and newborn», si bien también se pueden encontrar casos aislados comunicados en congresos^(18,19). En una revisión previa realizada por Almeida y cols.⁽⁶⁾ sólo se detectaron 15 casos de CCC durante el período 1968-1986.

En cualquier caso la CCC es una entidad que se encuentra infradiagnosticada, bien por desconocimiento o bien por su presentación clínica poco evidente. El diagnóstico diferencial en el RN se debe establecer con otros procesos infecciosos (impétigo, herpes, sífilis y pustulosis de las bacteriemias), así como con entidades tan banales y comunes como el eritema tóxico-alérgico del RN.

Consideramos que la CCC es una entidad a recordar, especialmente en toda dermatitis vesículo-pustulosa del RN (casi siempre con afectación de palmas y plantas) presente en las primeras horas de vida, máxime si hay antecedentes de vulvovaginitis candidiásica durante la gestación.

La mayoría de RN con CCC tienen la infección localizada en la piel, por lo que el único tratamiento indicado es el uso de antifúngicos tópicos (si bien también es posible, como en nuestro caso, la resolución espontánea). Pero debe tenerse en cuen-

ta que, de forma excepcional (más frecuente en prematuros), se han descrito complicaciones sistémicas de la CCC (sepsis, meningitis, neumonía, ...)^(6,10,13), en cuyo caso se asociará tratamiento antifúngico sistémico.

Bibliografía

- 1 Baley JE. Neonatal candidiasis: the current challenge. *Clin Perinatol* 1991; **18**:263-280.
- 2 Faix RG. Invasive neonatal candidiasis: comparison of albicans and parapsilosis infection. *Pediatr Infect Dis J* 1992; **11**:88-93.
- 3 Butler RM, Baker CJ. Candida: an increasingly important pathogen in the nursery. *Pediatr Clin North Am* 1988; **35**:543-563.
- 4 Flores B, Barrio MC, De Alba C, Orbe V. Candidiasis sistémica neonatal. *An Esp Pediatr* 1990; **33**:518-522.
- 5 Romero MC, Fernández F, Poyato JL, Párraga MJ, Huerta MD, Guzmán J, Zapatero M. Candidiasis sistémica neonatal en los noventa. *An Esp Pediatr* 1996; **44**:257-261.
- 6 Almeida J, Beceiro J, Hernández R, Salas S, Escriba R, García E, Pérez J, Quero J. Congenital cutaneous candidiasis: report of four cases and review of the literature. *Eur J Pediatr* 1991; **150**:336-338.
- 7 López M, Pérez F, Lillo M, González P, Serrano B. Early neonatal cutaneous candidiasis. *Helv Paediatr Acta* 1984; **39**:265-268.
- 8 Rowen JL, Atkins JT, Levy ML, Baer SC, Baker CJ. Invasive fungal dermatitis in the \leq 1000 gram neonate. *Pediatrics* 1995; **95**:682-687.
- 9 Melville C, Kempley S, Graham J, Berry CL. Early onset systemic Candida infection in extremely preterm neonates. *Eur J Pediatr* 1996; **155**:904-906.
- 10 Cosgrove BF, Reeves K, Mullins D, Ford MJ, Ramos FA. Congenital cutaneous candidiasis associated with respiratory distress and elevation of liver function test: a case report and review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 1997; **37**:817-823.
- 11 Gybney MD, Siegfried EC. Cutaneous congenital candidiasis: a case report. *Pediatr Dermatol* 1995; **12**:359-363.
- 12 Raval DS, Barton LL, Hansen RC, Kling PJ. Congenital cutaneous candidiasis: case report and review. *Pediatr Dermatol* 1995; **12**:355-358.
- 13 Barone SR, Krilov LR. Neonatal candidal meningitis in a full-term infant with congenital cutaneous candidiasis. *Clin Pediatr Phila* 1995; **34**:217-219.
- 14 Hung FC, Huang CB, Huang SC, Liu ST. Congenital cutaneous candidiasis: report of two cases. *Chang Keng I Hsueh* 1994; **17**:63-67.
- 15 Schlosser RL, Zubcov A, Bollinger M, Kuhnert M, Loewenich V. Kongenitale candidainfektionen. *Monatsschr Kinderheilkd* 1993; **141**:864-867.
- 16 Glassman BD, Muglia JJ. Widespread erythroderma and desquamation in a neonate. Congenital cutaneous candidiasis (CCC). *Arch Dermatol* 1993; **129**:899-902.
- 17 Chiou CB, Huang FY, Hsu CH, Hung HY, Chen SC. Congenital cutaneous candidiasis: report a two cases. *Acta Paediatr Sin* 1990; **31**:396-401.
- 18 Vila M, Fernández N, Martínez MI, Fernández JR, Fraga JM. Candidiasis congénita cutánea. A propósito de un caso. Libro de comunicaciones del XVI Congreso Nacional de Medicina Perinatal. Cádiz 1997; 392 (Abstract 502).
- 19 Velasco R, Pedrares C, Rodríguez MR, Fidalgo I. Candidiasis cutánea congénita. Libro de comunicaciones del XVI Congreso Nacional de Medicina Perinatal. Cádiz 1997; 392-393 (Abstract 504).