

N. Fernández Martínez, P. Gómez Centeno\*, M.V. González Conde, M.I. Martínez Soto, M.L. Couce Pico, J.R. Fernández Lorenzo

*An Esp Pediatr* 1999;51:297-299.

### Introducción

La infección congénita por *Candida* es una rara enfermedad a pesar de que la colonización por dicha levadura en el tracto genital femenino es alta durante el embarazo<sup>(1)</sup>. Aproximadamente, entre un 20-25% de las mujeres gestantes tienen colonización por *Candida* en área vaginal<sup>(2-5)</sup>.

La candidiasis congénita en sus dos formas, cutánea o sistémica, aparece al nacimiento o en las primeras 12 horas de vida mientras que la neonatal se desarrolla a partir de la primera semana<sup>(6,7)</sup>.

Presentamos dos casos de candidiasis cutánea congénita observados recientemente en nuestro servicio, haciendo referencia a su cuadro clínico, diagnósticos diferenciales y tratamiento empleado.

### Observación clínica

#### Caso 1

Primer embarazo de madre sana de 30 años con gestación controlada y serologías antenatales negativas para VIH, hepatitis B y TORCH.

Padeció el último mes del embarazo candidiasis vaginal, siendo tratada con antifúngico en óvulos. Por parto espontáneo de vértice, a las 40 semanas nace una niña con peso de 2.740 g y Apgar 7-9-10. Preciso reanimación superficial. En la exploración física presenta un buen estado general mostrando en la exploración dermatológica lesiones máculo-papulosas, eritematosas, de predominio en cara y tronco con alguna lesión pustulosa aislada, todo ello asentado sobre una piel de fondo eritematoso y levemente descamativa (Fig. 1).

La analítica de sangre mostró 27.000 leucocitos (67% neutrófilos, 20% linfocitos), hemoglobina y plaquetas dentro de la normalidad.

Los estudios bioquímicos, subpoblaciones linfocitarias y proteínograma no mostraron alteraciones. Cultivo de sangre, orina, punta de catéter y líquido cefalorraquídeo negativos. Serologías de parvovirus B19, hepatitis, CMV, coxackie, echovirus, herpes simple, varicela, VIH, lúes y toxoplasma negativos. El raspado

## Candidiasis cutánea congénita. A propósito de dos casos



Figura 1.

de piel con hoja de bisturí estéril y escobillón estéril de la secreción mostró en el examen directo con KOH al 40% positividad con aparición de blastosporos y pseudomicelios. El cultivo en agar Sabureau y caldo Sabureau aisló *Candida albicans*. Al tercer día de vida presentó descamación generalizada más evidente en palmas, plantas y grandes pliegues así como un exudado conjuntival mucopurulento del que se toma muestra para cultivo aislándose también *Candida albicans*. La exploración oftalmológica resultó sin alteraciones.

Se inició tratamiento con antifúngico tópico (miconazol), remitiendo las lesiones a las dos semanas de vida.

#### Caso clínico 2

Primer embarazo de madre sana de 22 años sin antecedentes de interés, salvo haber padecido vaginitis por *Candida* durante las últimas semanas del embarazo no realizando tratamiento alguno. Nace un niño a término de 3.700 g, Apgar 9-10-10. A las pocas horas del nacimiento se observa aparición de máculo-pápulas eritematosas generalizadas (Fig. 2), algunas con pústula central y con una mayor afectación de grandes pliegues y cara anterior de antebrazo izquierdo (Fig. 3). Analítica de sangre completa y serologías como en el caso anterior resultaron dentro de la normalidad. Se realizó toma de frotis vaginal materno y muestra de lesiones cutáneas del niño con examen directo positivo y creciendo en ambos cultivos *Candida albicans*.

Servicio de Neonatología. \*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Correspondencia: Nieves Fernández Martínez. C/ Comandante Barja nº 9, 8º E 15004 La Coruña.

Recibido: Enero 1999

Aceptado: Marzo 1999



Figura 2.

Se inició tratamiento con miconazol tópico resolviéndose las lesiones a los 10 días.

### Discusión

El primer caso descrito de candidiasis cutánea congénita fue publicado por Sonnenschein y cols. en el año 1960<sup>(8)</sup>.

Estudios posteriores demostraron que la *Candida* no podía atravesar la barrera placentaria pero sí podía penetrar a través de las membranas íntegras, *in vitro*, tras un período de incubación de 24 horas<sup>(9)</sup>.

La patogenia de la infección ha sido muy discutida. Hoy es asumible que en la candidiasis congénita el feto es infectado de forma intrauterina, debido a la invasión ascendente a través de vagina o cérvix<sup>(2,3,5,10)</sup>. La *Candida* en la vagina puede producir focos de corioamnionitis y funiculitis, pero no atraviesa las membranas<sup>(10-12)</sup>. Algunos autores diagnostican esos focos de corioamnionitis por amniocentesis antes de que se produzca la rotura de las mismas<sup>(11)</sup>.

Sonnenschein relacionó la candidiasis congénita con la rotura prematura de membranas y con el uso de antibióticos durante el embarazo<sup>(13)</sup>. Sin embargo, esto ha sido totalmente puesto en duda por otros autores que observan que estos factores no aumentan la incidencia de dicha enfermedad<sup>(1,3,11,14)</sup>; también la edad materna<sup>(11)</sup>, la paridad<sup>(11)</sup> y el uso de corticoides durante la gestación<sup>(11,3)</sup> quedan excluidos como factores de riesgo.

La candidiasis congénita puede presentarse con afectación sistémica, observándose como factores de riesgo de diseminación la evidencia de distrés respiratorio o signos de sepsis, un peso al nacimiento menor de 1.500 g, alteraciones del sistema inmune del recién nacido, tratamiento con antibioticoterapia de amplio espectro, catéteres, hiperalimentación<sup>(1)</sup>, y finalmente el uso de dispositivos intrauterinos, suturas, cerclajes cervicales o cuerpos extraños<sup>(2,11,14,15)</sup> e incluso la amniocentesis<sup>(16)</sup>. De todos ellos, el factor más importante para la diseminación es el peso al nacimiento menor de 1.500 g con el consecuente aumento de la mortalidad<sup>(1,2,11)</sup>.



Figura 3.

En cuanto al sistema inmune de los recién nacidos con candidiasis congénita se ha visto que éste suele ser normal<sup>(1,10,17)</sup>.

La clínica típica es similar a la aparecida en nuestros casos. Se trata de una erupción generalizada eritematosa que aparece habitualmente durante las primeras 12 horas de vida pudiendo pasar por una fase pustulosa, papular o vesicular y confluyendo en pliegues y área del pañal<sup>(6,7,10,17)</sup>. Raramente se ha descrito aparición de bullas<sup>(18)</sup>. La evolución en los primeros 4-7 días es hacia una descamación intensa remitiendo el cuadro en 2-3 semanas<sup>(6,10,17)</sup>. Aunque rara, puede haber afectación ungueal y en alguna ocasión debutó sólo con afectación a dicho nivel<sup>(19)</sup>. No suele haber afectación de mucosas<sup>(3,7)</sup>. Las complicaciones son poco frecuentes siendo la de peor pronóstico la neumonía, que se observa con mayor frecuencia en niños prematuros, donde el riesgo de afectación sistémica es mayor<sup>(7,10)</sup>.

El diagnóstico diferencial se realizará con los exantemas vesículo-pustulosos del neonato incluyendo procesos no infecciosos (eritema tóxico, miliaria, histiocitosis congénita, dermatitis seborreica grave, erupción por fármacos, enfermedad de Leiner y melanosis pustulosa neonatal transitoria)<sup>(4,6,18)</sup> así como con procesos infecciosos (sífilis, herpes simple, varicela, CMV)<sup>(6,18)</sup>.

El diagnóstico se basa en una clínica compatible y el aislamiento de *Candida* a partir de las lesiones cutáneas. Johnson recomienda de forma rutinaria en todos los pacientes con sospecha de candidiasis congénita cutánea la realización de cultivos de orina, líquido cefalorraquídeo y hemocultivos<sup>(1)</sup>.

Se han observado casos de resolución espontánea de las lesiones<sup>(6)</sup>, pero la mayoría tienen una respuesta muy favorable en pocas semanas al tratamiento tópico antifúngico<sup>(2,3)</sup>, como sucedía en nuestros pacientes. Ante la evidencia de distrés respiratorio, signos de sepsis y ante la posibilidad de candidiasis sistémica se hace necesario el uso de terapéutica intravenosa con anfotericina B<sup>(1,15,20)</sup>.

Aunque no frecuente, es un cuadro en el que debe pensarse ante cualquier brote de lesiones máculo-papulosas eritematosas o pústulas en las primeras horas de vida y, por tanto, realizar una

toma de muestra de dichas lesiones cutáneas para descartar una posible candidiasis cutánea congénita.

## Bibliografía

- 1 Jhonson DE, Thompson TR, Ferrieri P. Congenital candidiasis. *Am J Dis Child* 1981; **135**:273-275.
- 2 Whyte RK, Hussain Z, deSA D. Antenatal infections with candida especies. *Arch of Dis Child* 1982; **57**:528-535.
- 3 Chapel T, Gagliardi C, Nichols W. Congenital cutaneous candidiasis. *J. Am Acad Dermatol* 1982; **6**:926-928.
- 4 Oriel JD, Partridge BM, Denny MJ, Coleman JC. Genital yeast infections. *British Medical Journal* 1972; **4**:761-764.
- 5 Schwartz DA, Reef S. Candida albicans placentitis and funisitis: early diagnosis of congenital candidemia by histopathologic examination of umbilical cord vessels. *Pediatr Infect Dis J* 1990; **9**:661-665.
- 6 Gibney MD, Siegfried EC. Cutaneous congenital candidiasis: a case report. *Pediatr Dermatol* 1995; **4**:359-363.
- 7 Glassman BD, Muglia JJ. Widespread erythroderma and desquamation in a neonate. Congenital cutaneous candidiasis. *Arch Dermatol* 1993; **129**:889-902.
- 8 Sonnenschein H, Taschdjian CL, Clark DH. Congenital cutaneous candidiasis. *Am J of dis of Child* 1963; **107**:260-266.
- 9 Hayashi S, Mochizuki T, Watanabe S. Infection of human fetal membranes in vitro with candida albicans. *Mycoses* 1989; **32**:119-122.
- 10 Raval S, Barton LL, Hansen RC, Kling PJ. Congenital cutaneous candidiasis: case report and review. *Pediatr Dermatol* 1995; **12**:355-358.
- 11 Bruner JP, Elliott J, Kilbride HW, Garite TJ, Knox E.. Candida chorioannionitis diagnosed by amniocentesis with subsequent fetal infection. *Am J of Perinathol* 1986; **3**:213-218.
- 12 Lopez E, Aterman K. Intrauterine infection by candida. *Am J Dis Child* 1968; **115**:663-670.
- 13 Sonnenschein H, Clark H, Taschdjian C. Congenital cutaneous candidiasis in a premature infant. *Journal diseases of children* 1960, **99**:81-85.
- 14 Almeida-Santos L, Beceiro J, Hernandez R, "et al". Congenital cutaneous candidiasis: report of four cases and review of the literature. *Eur J Pediatr* 1991; **150**:336-338.
- 15 Cosgrove BF, Reeves K, Mullins D, Ford MJ, Ramos-Caro F. 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.
- 16 Delaplane D, WiringaKS, Shulman ST, Yogev R. Congenital mucocutaneous candidiasis following diagnostic amniocentesis. *Am J Obstet Gynecol* 1983; **147**:342-343
- 17 Kam LA, Giacoia GP. Congenital cutaneous candidiasis. *Am J Dis Child* 1975; **129**:1215-1218.
- 18 Rudolph N, Tariq AA, Reale MR, Goldberg PK, Kozinn PJ. Congenital cutaneous candidiasis. *Arch Dermatol* 1977; **113**:1001-1103.
- 19 Arbegast KD, Lamberty LF, Koh JK, Pergram JM, Braddock SW. Congenital candidiasis limited to the nail plates. *Pediatr Dermatol* 1990; **7**:310-312.
- 20 Baud O, Boithias C, Lacaze-Masmonteil T, Ville Y, Guibert M, Zupan V et all. Infection maternofoetale disseminee a candida albicans et grande prematurité. *Arch Pediatr* 1997; **4**:331-334.