

## Candidosis cutánea congénita

---

### *Congenital cutaneous candidiasis.*

Alicia Sánchez-Padilla,<sup>1</sup> Mirna Toledo-Bahena,<sup>1</sup> Adriana Valencia-Herrera,<sup>1</sup> Marcela Salazar-García,<sup>2</sup> Alexandro Bonifaz<sup>3</sup>

Señor editor:

La candidosis cutánea congénita es una infección micótica raramente reportada en la bibliografía; existen únicamente alrededor de 100 casos comunicados.<sup>1</sup>

Se trata de una enfermedad adquirida en útero por vía ascendente y por contigüidad, el agente causal más frecuente es *Candida albicans*, una levadura patógena oportunista, que se encuentra en 25% de las embarazadas, que asciende desde la cavidad vaginal materna hasta el útero generando corioamnionitis y desde ahí coloniza al feto a través de las membranas coriónicas desencadenando la infección fetal.<sup>2</sup> Los cuerpos extraños intrauterinos, como los dispositivos intrauterinos y el cerclaje cervical, así como el parto prematuro, se han considerado los principales factores de riesgo. También hay un reporte de candidosis cutánea congénita precedido por amniocentesis.<sup>3,4</sup>

La candidosis cutánea congénita es una infección rara que por lo general se manifiesta en los primeros seis días de vida (con más frecuencia en las primeras 24 horas de vida) y puede abarcar desde una erupción cutánea difusa hasta una enfermedad sistémica grave, con o sin afectación cutánea y como consecuencia puede causar muerte fetal o neonatal temprana. El eritema generalizado o en parches es el hallazgo inicial más frecuente, posterior a la erupción cutánea evoluciona a pústulas, vesículas y a veces ampollas. A menudo coexisten lesiones de diversas morfologías. La topografía clínica más habitual es la espalda, las superficies extensoras de las extremidades y los pliegues y, por lo

<sup>1</sup> Servicio de Dermatología.

<sup>2</sup> Jefa de Servicios de Investigación Biomédica.

Hospital Infantil de México Dr. Federico Gómez, Ciudad de México.

<sup>3</sup> Servicio de Dermatología y Departamento de Micología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

**Recibido:** febrero 2019

**Aceptado:** abril 2019

**Correspondencia**

Alicia Sánchez Padilla  
aliciapaolasanchezpadilla1@gmail.com

**Este artículo debe citarse como**

Sánchez-Padilla A, Toledo-Bahena M, Valencia-Herrera A, Salazar-García M, Bonifaz A. Candidosis cutánea congénita. Dermatol Rev Mex. 2020 enero-febrero;64(1):96-99.

general, no afecta el área del pañal. Rara vez se afecta la mucosa oral.<sup>5</sup> En ocasiones se afectan las uñas con paroniquia.<sup>6</sup>

El cuadro clínico dependerá de diferentes factores, como la edad gestacional y la existencia de comorbilidades en el recién nacido, como: bajo peso, inmunodeficiencias u otros procesos debilitantes. En el neonato de término, sin factores de riesgo, la evolución suele ser de alivio espontáneo y el pronóstico excelente, mientras que en pacientes con factores de riesgo, la evolución puede llegar a ser fatal.<sup>1,7</sup>

Johnson y su grupo<sup>8</sup> reportaron 31 casos de recién nacidos con candidosis cutánea congénita y mostraron que 15 respondieron solo a la terapia tópica. Sugieren que el riesgo de diseminación de candidosis cutánea congénita aumenta con: 1) evidencia de dificultad respiratoria u otros signos de sepsis neonatal temprana; 2) peso al nacer menor de 1500 gramos; 3) tratamiento con antibióticos de amplio espectro; 4) instrumentación durante el parto y 5) cultivo positivo de sangre, orina o líquido cefalorraquídeo.

El diagnóstico de esta enfermedad debe establecerse con estudios micológicos de rutina, así como estudios encaminados a descartar una micosis invasiva. Debido al amplio diagnóstico diferencial de las erupciones en los recién nacidos, el diagnóstico de candidosis cutánea congénita puede retrasarse, lo que aumenta el riesgo de secuelas; por tanto, se requiere mayor índice de sospecha para hacer el diagnóstico rápido e instituir el tratamiento adecuado.<sup>1,9</sup>

El tratamiento debe individualizarse y depende de la existencia o no de factores de riesgo de complicaciones, mismas que determinarán el pronóstico del paciente. El inicio rápido del tratamiento antifúngico parece ser el factor más importante asociado con la supervivencia de la infección sistémica.<sup>10,11</sup>

## CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 14 días de vida, producto del tercer embarazo, obtenido vía vaginal con peso de 3300 gramos sin complicaciones. La madre refirió secreción vaginal blanquecina espesa no fétida durante el tercer trimestre del embarazo, contra la que no recibió tratamiento.

La paciente tenía una dermatosis diseminada a todos los segmentos, que afectaba la cara, el cuello, el tronco, las extremidades, incluidas las palmas y las plantas, constituida por pápulas eritematosas y algunas pústulas que al romperse dejaban un collarite de escamas (**Figuras 1 a 3**). Además, tenía placas pseudomembranosas, cremosas, blanquecinas y con fondo eritematoso en la mucosa oral. Todos los datos clínicos se manifestaron desde el nacimiento. La paciente tuvo buen estado general con adecuada ganancia ponderal y sin síntomas asociados.

El estudio micológico en la cavidad oral reveló al examen directo (KOH) pseudohifas y blastoconidios, así como filamentos en las lesiones cutáneas de las extremidades. Los cultivos (CHROM-Candida®) de piel y mucosa oral de la



**Figura 1.** Lesiones pápulo-eritematosas pustulosas localizadas en la cara.



**Figura 2.** Múltiples lesiones pápulo-eritematosas con formación de algunas pústulas que al romperse dejan collarete de escamas.

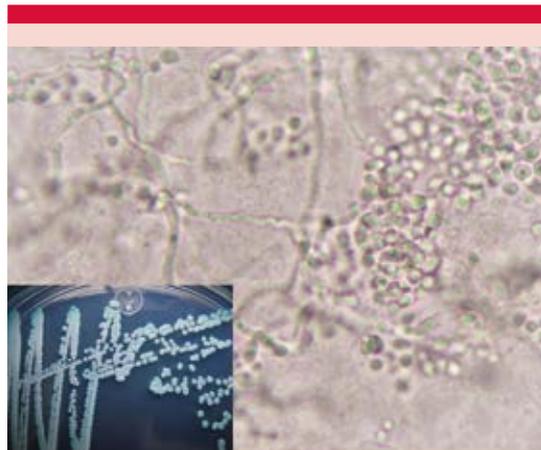


**Figura 3.** Lesiones diseminadas de candidosis cutánea congénita.

paciente desarrollaron e identificaron *Candida albicans* (Figura 4). Se realizó igualmente cultivo de secreción vaginal materna, que reportó el crecimiento del mismo agente.

A pesar del buen estado de la paciente, se solicitó examen general de orina, urocultivo y hemocultivos, que se reportaron sin alteraciones y sin desarrollo de ningún microorganismo.

Con los datos anteriores se estableció el diagnóstico de candidosis cutánea congénita. Se inició tratamiento con isoconazol tópico dos veces al día en la piel afectada y nistatina oral 100,000 UI cada seis horas durante siete días. La paciente



**Figura 4.** Examen directo con pseudohifas y blastoconidios. En recuadro: cultivo de *Candida albicans* en medio de CHROM-Candida®.

tuvo evolución favorable con desaparición de todas las lesiones.

## DISCUSIÓN

La candidosis cutánea congénita puede sobrevenir como una infección asintomática o como una infección diseminada con dificultad respiratoria, hepatoesplenomegalia, sepsis o incluso la muerte. Sin embargo, la manifestación más común es una erupción cutánea generalizada de máculas eritematosas, pápulas o pústulas, con resultado benigno.<sup>1</sup>

Es importante determinar los factores de riesgo en el neonato, así como sus comorbilidades porque de esto dependerá el grado de diseminación de la enfermedad desencadenando un cuadro fatal para el paciente.<sup>6</sup>

El diagnóstico debe establecerse con estudios micológicos de rutina, como examen directo con KOH de las lesiones y mucosas, en búsqueda de pseudohifas y blastoconidios, al igual que el cultivo de las lesiones determinará con certeza

el agente causal. Otros estudios para realizar en el paciente son los encaminados a determinar si existe invasión fúngica a otro nivel, por lo que debe realizarse biometría hemática, examen general de orina, urocultivo y hemocultivos. Es indispensable el estudio micológico de la madre porque, al ser una infección de transmisión vertical, es requisito indispensable documentar la colonización de la vía vaginal de la madre por *Candida* sp, puesto que la manifestación puede ser subclínica y asintomática.<sup>8,9</sup>

Debe realizarse diagnóstico diferencial con otras afecciones de aparición temprana en el recién nacido con manifestaciones clínicas que pudieran ser compatibles con lesiones de candidosis cutánea congénita, como: impétigo, pustulosis estafilocócica, infección por *Listeria monocytogenes*, infección por el virus del herpes simple, infección por virus varicela zoster, sífilis, eritema tóxico, melanosia pustulosa, milia, miliaria, eritrodermia ictiosiforme congénita, enfermedad de Ritter, enfermedad de Leiner, incontinencia pigmenti, epidermolisis ampollosa e histiocitosis de células de Langerhans, entre otros.<sup>1,9</sup>

En cuando al tratamiento de estos pacientes, no existen ensayos clínicos para determinar la duración óptima del mismo, pero debe aplicarse un tratamiento antimicótico tópico hasta que las lesiones se alivien.<sup>10</sup> La administración de antifúngicos sistémicos está indicada solo en caso de datos de dificultad respiratoria, signos de sepsis, bajo peso al nacimiento, administración de antibióticos de amplio espectro, instrumentación agresiva durante el parto o cultivos sistémicos positivos.<sup>8,11</sup>

Además de lo citado consideramos que es necesaria la familiarización con esta afección de los médicos implicados en la atención de una madre y su hijo en el periodo perinatal para

establecer el diagnóstico oportuno de esta enfermedad y de esta manera prevenir potenciales complicaciones en los neonatos con factores de riesgo de infección invasiva. De igual manera, resulta invaluable la adecuada comunicación y colaboración entre las diferentes especialidades para facilitar el diagnóstico temprano.<sup>1,7</sup>

## REFERENCIAS

1. Darmstadt GL, Dinulos JG, Miller Z. Congenital cutaneous candidiasis: clinical presentation, pathogenesis, and management guidelines. *Pediatrics* 2000;105:438-444. DOI: 10.1542/peds.105.2.438.
2. Rani M, Das S, Batra P, Meena M. A rare presentation of candidiasis: Congenital cutaneous candidiasis in a neonate born to an asymptomatic mother. *Int J Bas Appl Med Sci* 2015;5:141-145.
3. Blaschke-Hellmessen R. Vertical transmission of *Candida* and its consequences. *Mycoses* 1998;41 Suppl 2:31-36. DOI: 10.1111/j.1439-0507.1998.tb00598.x
4. Delaplane D, Wiringa KS, Shulman ST, Yogev R. Congenital mucocutaneous candidiasis following diagnostic amniocentesis. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 147:342-343. DOI: 10.1016/0002-9378(83)91126-2.
5. López-Linares M, Pérez Iglesias F, Lillo Lillo M, González Fernández P, Serrano González B. Early neonatal cutaneous candidiasis. *Helv Paediatr Acta* 1984;39:265-268.
6. Arbegast KD, Lamberty LF, Koh JK. Congenital candidiasis limited to the nail plates. *Pediatr Dermatol* 1990;7:310-312. DOI: 10.1111/j.1525-1470.1990.tb01033.x
7. Kaufman DA, Coggins SA, Zanelli SA, Weitkamp JH. Congenital cutaneous candidiasis: Prompt systemic treatment is associated with improved outcomes in neonates. *Clin Infect Dis* 2017;64:1384-1395. doi: 10.1093/cid/cix119.
8. Johnson DE, Thompson TR, Ferreiri P. Congenital candidiasis. *Am J Dis Child* 1981;135:273-275. DOI: 10.1001/archpedi.1981.02130270065023.
9. Santos L, Beceiro J, Hernández R, Salas S. Congenital cutaneous candidiasis: report of four cases and review of the literature. *Eur J Pediatr* 1991;150:336-338. DOI: 10.1007/bf01955935.
10. Hebert AA, Easterly NB. Bacterial and candidal cutaneous infection in the neonate. *Dermatol Clin* 1986;4:3-21. [https://doi.org/10.1016/S0733-8635\(18\)30840-4](https://doi.org/10.1016/S0733-8635(18)30840-4).
11. Jagtap SA, Saple PP, Dhaliat SB. Congenital cutaneous candidiasis: A rare and unpredictable disease. *Indian J Dermatol* 2011;56:92-93. doi: 10.4103/0019-5154.77564.