

# Candidiasis cutánea congénita, ¿una entidad poco frecuente o infradiagnosticada?

L. Rivas Arribas<sup>1</sup>, G. Landín Iglesias<sup>2</sup>, J. Vilas González<sup>1</sup>, P.A. Crespo<sup>1</sup>, A. Martínez Fernández<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario de Pontevedra. <sup>2</sup>Pediatría. Centro de Salud de Forcarei (Pontevedra)

## Resumen

La candidiasis cutánea congénita es una infección poco frecuente, producida por *Candida* spp., que se desarrolla en la primera semana de vida. Su curso es habitualmente benigno y autolimitado, aunque existen casos graves de infección diseminada.

Se presentan 2 casos de recién nacidos con eritema generalizado y rápida evolución a exantema papulopustular. En los cultivos de las lesiones se aisló *Candida albicans*. Ambos recibieron tratamiento tópico y presentaron una evolución favorable y sin complicaciones.

Se revisan los factores de riesgo, la fisiopatología, las formas de presentación y la evolución de la candidiasis cutánea congénita.

©2014 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

## Palabras clave

Candidiasis cutánea, congénito, recién nacido, exantema, corioamnionitis

## Abstract

**Title:** Congenital cutaneous candidiasis. An infrequent or underdiagnosed entity?

Congenital cutaneous candidiasis is an uncommon infection due to *Candida* spp. which develops within the first week of life. It has usually a benign and self-limited course although there are serious cases of systemic disease.

We review the cases of two newborns with disseminate erythema present at birth. Both of them showed a rapid evolution to a papulo-pustular rash. *Candida Albicans* was isolated in cultures of the cutaneous lesions. After topical treatment, newborns presented a favourable outcome without any complications.

Risk factors, physiopathology, clinical presentation and outcome of congenital cutaneous candidiasis are revised.

©2014 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

## Keywords

Cutaneous candidiasis, congenital, newborn, rash, chorioamnionitis

## Introducción

La candidiasis cutánea congénita (CCC) es una infección de transmisión vertical producida por *Candida* spp., que se desarrolla en los primeros 6 días de vida<sup>1,2</sup>. El espectro de manifestaciones de las infecciones por *Candida* es amplio, y abarca desde infecciones cutáneas localizadas y benignas (dermatitis del pañal, muguet...) hasta formas sistémicas graves. La CCC constituye una forma de candidiasis perinatal, infrecuente y poco conocida. Su presentación más habitual es una erupción cutánea de carácter benigno. Sin embargo, en determinados casos en los que concurren diferentes factores de riesgo (recién nacidos pretérmino o de bajo peso...) puede llegar a producir una enfermedad sistémica grave<sup>1,2</sup>.

En este artículo se presentan 2 casos clínicos de CCC con el fin de dar a conocer esta forma infrecuente de candidiasis. Se analiza la fisiopatología y las formas de presentación y evolución, haciendo especial hincapié en la necesidad de tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de un exantema vesiculo-

pustuloso presente en los primeros días de vida, dada la posibilidad de producir una infección sistémica grave.

## Casos clínicos

### Caso 1

Se trata de un recién nacido a término, varón, con un peso de 3.350 g, nacido mediante cesárea por sospecha de pérdida de bienestar fetal, con amniorrexis intraparto. Era el primer hijo de una madre sana, de 29 años de edad, con serologías negativas a toxoplasma e inmune a rubéola. No constaba que se hubiera realizado un cultivo rectovaginal. En el primer trimestre de la gestación se aisló *Candida albicans* en un cultivo vaginal sistemático, por lo que la madre fue tratada con un antifúngico tópico (óvulo vaginal).

El recién nacido presentó bradicardia al nacimiento, que se recuperó tras aplicarle ventilación no invasiva con FiO<sub>2</sub> del 21%, y un test de Apgar de 8/9. En la exploración física



**Figura 1.** Exantema en el tronco, con pequeños elementos papulares y vesiculosos



**Figura 2.** Afectación distal y plantar con descamación en collarate de las lesiones más evolucionadas

destacaba la presencia de un exantema macular eritematoso de pequeños elementos no confluyentes, con tendencia a vesiculizarse, de distribución generalizada pero con predominio en la cara y el tronco (figura 1). En el momento del nacimiento el parto no presentó afectación mucosa ni palmo-plantar.

Ante la sospecha de una etiología infecciosa, se realizaron pruebas complementarias con los siguientes resultados: leucocitos 26.000/mm<sup>3</sup> (N 71,4%; L 19,3%); bioquímica general normal; proteína C reactiva (PCR) de 8,63 mg/dL; líquido cefalorraquídeo (LCR) con bioquímica normal, y cultivo y reacción en cadena de la polimerasa para virus neurotrofos negativos. El hemocultivo y el urocultivo resultaron negativos. Se llevó a cabo un cultivo del exudado de heridas y de heces, en el que se aisló *C. albicans*. Se realizó también una ecografía cerebral y abdominal, ambas con resultados normales. Se tomó una muestra de biopsia cutánea, en la que se observaba una dermatitis pustulosa intraepidérmica con presencia de hifas de hongos.

En las primeras 24 horas las lesiones evolucionaron a vesículas y pústulas con base eritematosa y con extensión a las



**Figura 3.** Lesiones pustulosas típicas

palmas y las plantas, pero respetando las mucosas. Al tercer día de vida comenzaron a observarse signos de resolución de las lesiones, y el paciente presentó una descamación en collarate alrededor de los elementos pustulosos (figura 2). En el noveno día el neonato fue dado de alta, momento en el que sólo persistían lesiones en las regiones distales de los miembros. El estado general se mantuvo siempre conservado. Dada la sospecha inicial de etiología infecciosa, se inició antibioterapia empírica con gentamicina y ampicilina intravenosas durante 5 días, hasta que se dispuso del resultado de los cultivos, momento en el que se cambió a tratamiento con ketokonazol tópico, con lo que se alcanzó la resolución completa de las lesiones en 7 días.

## Caso 2

Recién nacido a término, fruto de la tercera gestación de una madre sana, de 27 años de edad. Durante la gestación había presentado infecciones urinarias de repetición, y precisó ingreso hospitalario al quinto mes por un episodio de pielonefritis. Posteriormente recibió tratamiento antifúngico tópico por una candidiasis vaginal. A las 39 semanas de gestación nació un varón mediante parto eutócico vaginal, con amniorraxis <1 hora y un peso al nacimiento de 2.880 g. La puntuación del test de Apgar fue de 10/10. Se produjo un alumbramiento espontáneo con una placenta de aspecto normal. En la exploración del recién nacido destacaba la presencia de eritema en el tronco, el cuello y los miembros, que inicialmente parecía tóxico. En pocas horas evolucionó a un exantema maculopapular, con una aparición progresiva de vesículas y pequeñas pústulas blanquecinas (figura 3) El resto de la exploración física fue normal.

Dada la sospecha de una etiología infecciosa, se llevaron a cabo las siguientes pruebas complementarias: hemograma, bioquímica y PCR, con resultados normales, y hemocultivo, con resultado negativo. Se realizó inmunofluorescencia del exudado de las vesículas, que fue negativa para los herpes tipo 1 y 2. La reacción en cadena de polimerasa para virus en las muestras obtenidas de las vesículas fue negativa para citomegalovirus.



Figura 4. Descamación cutánea

virus, virus de la varicela zóster, grupo herpes virus, enterovirus y adenovirus. El cultivo de las lesiones resultó positivo para *C. albicans*.

El recién nacido permaneció asintomático en todo momento, por lo que a las 48 horas de vida recibió el alta con el diagnóstico de presunción de melanosis pustulosa neonatal.

A los 10 días de vida los padres consultaron en su centro de salud por un rebrote de las lesiones cutáneas, que consistía en pápulas eritematosas y pústulas de pequeño tamaño blanco-amarillentas con collarete descamativo. En ese momento las lesiones presentaban una distribución generalizada, con afectación palmoplantar, pero respetando las mucosas. Ante la evolución «bifásica» y el resultado positivo del cultivo, el paciente fue diagnosticado de CCC y se pautó tratamiento con ketokonazol tópico. Al quinto día de tratamiento, las lesiones habían remitido casi por completo, y el paciente presentaba una extensa descamación cutánea (figura 4).

## Discusión

*C. albicans* es el principal agente responsable de las infecciones fúngicas en el recién nacido<sup>1</sup>. Las candidiasis perinatales pueden clasificarse en congénitas y neonatales<sup>2</sup>. Estas últimas se manifiestan tras la primera semana de vida y se adquieren durante el paso por el canal de parto infectado o por transmisión horizontal posnatal. Su forma más frecuente de presentación son las infecciones mucocutáneas leves, como dermatitis del pañal, muguet o intertrigo.

Por otra parte, la candidiasis congénita es la que se manifiesta en los primeros 6 días de vida, y se cree que se debe a una infección intrauterina ascendente en los últimos días del embarazo, que daría lugar a una corioamnionitis con contaminación del líquido amniótico<sup>2,7</sup>. Sin embargo, se desconoce el motivo por el cual, a pesar de la alta prevalencia de vulvovaginitis candidiásica durante la gestación (10-35%), las infecciones ascendentes y coriamnionitis se describen en menos del

1% de los casos<sup>2,5-8</sup>. Los cuerpos extraños intrauterinos (dispositivos intrauterinos, cerclaje) son el único factor de riesgo conocido<sup>2-8</sup>.

La candidiasis congénita puede presentarse también en forma de infección sistémica o limitada a la piel como CCC, que es su modo más habitual de presentación<sup>2</sup>. En los recién nacidos a término suele ser un proceso autolimitado y benigno, caracterizado por la aparición precoz (en el nacimiento o en las primeras horas de vida) de un exantema maculopapular que evoluciona a vesiculopústulas, y se resuelve aproximadamente en 1 semana (rango: 5-20 días) con una descamación extensa en collarete. Habitualmente se inicia en la mitad superior del cuerpo, con afectación de las extremidades, sobre todo en las zonas extensoras y los pliegues<sup>1,4,6,9</sup>. Es frecuente la afectación palmoplantar, que además persiste durante más tiempo que el resto de las lesiones, y puede afectar también a las uñas<sup>4,10,11</sup>. Suele estar respetada el área del pañal y tampoco es habitual la asociación con lesiones en la mucosa oral (muguet). Ocasionalmente, pueden aparecer recidivas tras la curación de la primera erupción<sup>2</sup>, tal como ocurrió en el segundo caso presentado.

En el caso de los recién nacidos pretérmino, la afectación suele ser más extensa y de progresión más rápida, incluso con presencia de amplias áreas de descamación y erosión tipo quemadura. El riesgo de enfermedad sistémica y de mortalidad son mayores (55%), sobre todo en los recién nacidos con un peso <1.000 g<sup>2,4,6</sup>.

El diagnóstico de certeza es microbiológico y se realiza mediante examen microscópico con hidróxido potásico del contenido de las lesiones, donde se observarán esporas o pseudohifas. En el cultivo de las lesiones se aislará *Candida*<sup>2,4,5</sup>. El análisis de los anejos fetales puede también apoyar el diagnóstico, y un hallazgo característico es la presencia de microabscesos blanquecinos en la placenta y el cordón<sup>6,12</sup>. El cultivo del líquido amniótico y los anejos puede confirmar la presencia de *Candida*<sup>6</sup>.

Se aconseja realizar cultivos de sangre, orina o LCR siempre que exista sospecha de una infección diseminada y en todos los prematuros con CCC<sup>2,4,5</sup>.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con otros procesos que pueden presentarse en la primera semana de vida, como las pustulosis cutáneas, ya sean infecciosas o no infecciosas, como el eritema tóxico o la miliaria<sup>1-6,8</sup>.

En recién nacidos a término no se ha demostrado que la terapia antifúngica presente beneficios<sup>2,4</sup> al tratarse de un proceso benigno, por lo que sólo es necesario realizar un seguimiento estrecho y evitar las condiciones que favorezcan el crecimiento de la *Candida*, aunque se puede administrar tratamiento tópico e incluso oral para disminuir el número de microorganismos viables (en la piel y el tracto gastrointestinal)<sup>2,4,6</sup>. En el caso de sospecha de enfermedad sistémica, prematuridad (sobre todo <1.000 g) o factores de riesgo, está recomendada la terapia antifúngica sistémica; en estos casos

es de elección la anfotericina B, aunque puede utilizarse la 5-fluorocitosina como coadyuvante<sup>1-5</sup>.

Como conclusión, se puede afirmar que la CCC es un cuadro poco frecuente, aunque probablemente esté infradiagnosticado, y presenta un curso benigno y autolimitado en la mayoría de los casos. Debe sospecharse en los recién nacidos que presenten un exantema vesiculopustuloso en los primeros días de vida, y hay que tener en cuenta la posibilidad de que desarrollen una infección sistémica, sobre todo los recién nacidos con determinados factores de riesgo, en quienes será fundamental realizar un diagnóstico de sospecha y un tratamiento precoz para poder mejorar el pronóstico. ■

## Bibliografía

1. González de Dios J, Moya M, González R, Carratalá F. Candidiasis cutánea congénita: una entidad para recordar. *An Esp Pediatr.* 1999; 50(5): 499-500.
2. Sánchez-Schmidt JM, Vicente-Villa A, González-Ensenyat MA. Manifestaciones cutáneas en las candidiasis perinatales. *Piel.* 2005; 20(9): 450-456.
3. Florens A, Maggolino G, Kamat M, Joseph T, Piette W, Pyati S. A full-term infant with rash at birth. *Congenital cutaneous candidiasis.* *Pediatr Ann.* 2010; 39(9): 551-554.
4. Darmstadt GL, Dinulos JG, Miller Z. Congenital cutaneous candidiasis: clinical presentation, pathogenesis, and management guidelines. *Pediatrics.* 2000; 105(2): 438-444.
5. Tieu KD, Satter EK, Zaleski L, Koehler M. Congenital cutaneous candidiasis in two full-term infants. *Pediatr Dermatol.* 2012; 29(4): 507-510.
6. Diana A, Epiney M, Ecoffey M, Pfister RE. White dots on the placenta and red dots on the baby: congenital cutaneous candidiasis. A rare disease of the neonate. *Acta Paediatr.* 2004; 93(7): 996-999.
7. Ito F, Okubo T, Yasuo T, Mori T, Iwasa K, Iwasaku K, et al. Premature delivery due to intrauterine *Candida* infection that caused neonatal congenital cutaneous candidiasis: a case report. *J Obstet Gynaecol Res.* 2013; 39(1): 341-343.
8. Aldana-Valenzuela C, Morales-Marquec M, Castellanos-Martínez J, Deanda-Gómez M. Congenital candidiasis: a rare and unpredictable disease. *J Perinatol.* 2005; 25(10): 680-682.
9. El Ahmed HH, Cañadas-De la Fuente GA, Fernández-Castillo R, González-Jiménez E, Cantero-Hinojosa J, Lardón-Fernández M. Candidiasis cutánea generalizada en recién nacido a término. *Biomedica.* 2012; 32(2): 170-173.
10. Clegg HW, Prose NS, Greenberg DN. Nail dystrophy in congenital cutaneous candidiasis. *Pediatr Dermatol.* 2003; 20(4): 342-344.
11. Sánchez-Schmidt JM, Vicente-Villa MA, Viñas-Arenas M, Gené-Giralt A, González-Ensenyat MA. Isolated congenital nail candidiasis: report of 6 cases. *Pediatr Infect Dis J.* 2010; 29(10): 974-976.
12. Sinha AK, Hird MF. Congenital cutaneous candidiasis with funisitis. *Arch Dis Child.* 2005; 90(4): 425.