

# Tema 10

## CANDIDOSIS

Dres. E. Herrera, E. Herrera-Acosta y A. Sanz

---

### DEFINICIÓN

También se le denomina candidiasis o moniliasis y se define como un grupo de manifestaciones clínicas causadas por levaduras oportunistas del género *Candida*, principalmente *C. Albicans*. Se presenta en cualquier raza, sexo o edad. Se pueden clasificar en superficiales y profundas, en cutáneas, mucosas o internas y, según la evolución, en agudas, subagudas o crónicas.

Es una enfermedad cosmoplita que en los últimos 20 años se ha incrementado su frecuencia en todo el mundo, motivando el 25% de las micosis superficiales. En el 35% de casos hay afectación ungueal, en el 30% se afecta la piel y en el 20% las mucosas.

### ETIOPATOGENIA

Las candidosis están ocasionadas por la infección de unas levaduras del género *Candida*, que habitualmente son saprofitos de la naturaleza así como de las mucosas, el tubo digestivo y vagina del ser humano. La especie más aislada es la *C. Albicans* y tiene dos serotipos (A y B). *Candida* se vuelve patógeno en condiciones propicias y de inmunosupresión y se favorece por modificación “del terreno” del huésped (medicamentos, desequilibrios hormonales, enfermedades que afectan al estado general o factores higiénicos).

Los linfocitos cumplen una función importante en la defensa ya que Th1 liberan citocinas que activan macrófagos y neutrófilos de acción candidida. Por otro lado la proliferación de Th2 manifiesta susceptibilidad a la infección pues las citocinas producen inhibición de los Th1 y el efecto fagocítico.

### CLASIFICACIÓN

1. Formas circunscritas que afectan boca, plie-

gues, área perigenital y ungueal-periungueal. 2. Formas diseminadas y profundas que incluyen la candidosis mucocutánea y el granuloma candidósico. 3. Formas sistémicas con septicemia.

### CLÍNICA

Cuando afecta la boca causa enrojecimiento y placas blanquecinas dando lugar al *muguet*. Pueden ser lesiones asintomáticas o quemantes y afectar a una sola área o ser difusas. Es frecuente la afectación de las comisuras dando lugar a *queilitis angular*.

En los pliegues motiva eritema, descamación, maceración y collarate descamativo periférico. Pueden observarse lesiones satélites papulosas, vesiculosas o pustulosas. El “*erosio interdigitalis*” es la infección por cándidas de los espacios interdigitales del ama de casa o personal que mantiene mucha humedad en las manos. *Las vaginitis* causan inflamación, prurito, leucorrea y eritema o placas blanquecino-amarillentas en vulva (Fig. 1). En *glande* hay erosiones, maceración y placas blanquecinas. En las *uña*s, la lámina ungueal está engrosada con estrías transversales. Puede haber onicólisis y perionixis.

La candidosis mucocutánea crónica en niños se relaciona con defectos de la función leucocitaria y linfocitaria y endocrinopatías. En adultos se asocia a enfermedades malignas. La sintomatología es similar a la clásica pero de una cronicidad desesperante (Fig. 2).

### HISTOPATOLOGÍA

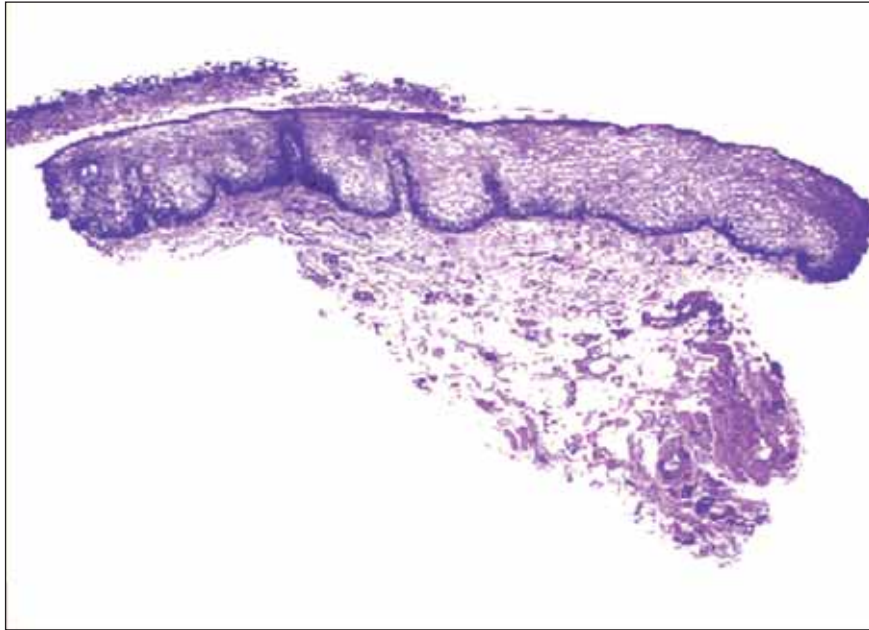
Independiente de la localización, en la infección por cándidas los hallazgos histológicos son similares. La clave diagnóstica es la presencia de polimorfonucleares en la capa córnea (Fig. 3). Con



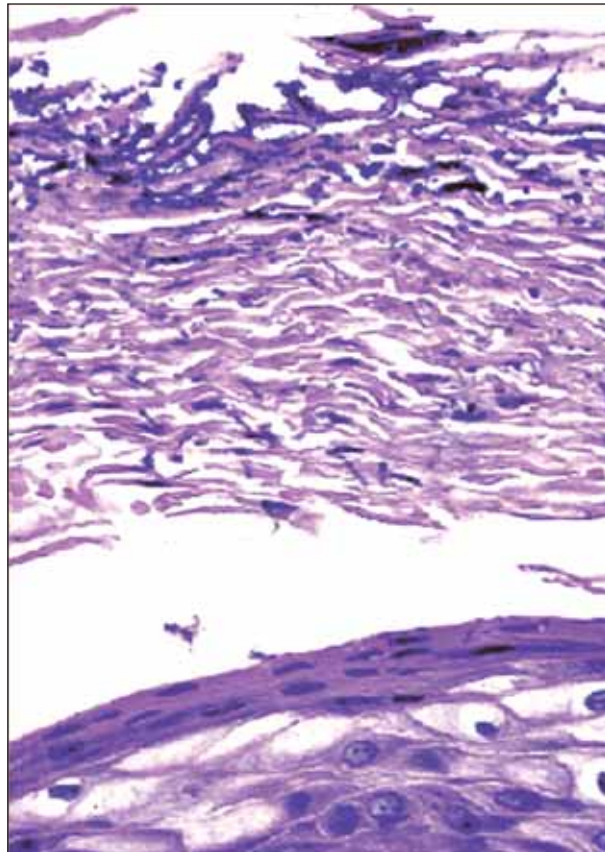
**Figura 1.** *Candidosis vulvo-vaginal.*



**Figura 2.** *Candidosis de lengua.*



**Figura 3.** Panorámica. Mucosa oral. Hiperplasia epitelial. Células inflamatorias en capa córnea.



**Figura 4.** Detalle de la figura anterior donde se observan esporas y pseudohifas en la capa córnea.

frecuencia se pueden ver las esporas y las pseudo-hifas con la tinción de H-E. Cuando son escasas es recomendable utilizar el PAS lo que facilita mucho la identificación de cándidas, generalmente de una forma mucho más significativa que la esperada. Los polimorfonucleares motivan cambios espongi-formes en las capas altas del estrato espinoso. A veces se forman auténticas pústulas subcórneas. La epidermis, en su conjunto, puede ser discretamente acantósica con cambios espongióticos y suele haber un infiltrado inflamatorio crónico de intensidad variable en la dermis subyacente. De forma extraordinaria, en la candidosis mucocutánea crónica, en el infiltrado se identifican histiocitos epiteloides y células de tipo Langhans, adquiriendo este un aspecto vagamente granulomatoso.

En las formas crónicas se produce una hiperplasia epidérmica algo psoriasiforme e incluso, en casos, como la candidosis angular, llega ser pseudoepiteliomatosa. La capa córnea se suele engrosar con una hiperqueratosis compacta indicando la cronicidad del proceso.

En las formas graves diseminadas, asociadas a inmunodepresión o debilitamiento, llegan a verse pequeños microabscesos en la dermis superficial con presencia de escasas esporas. Se han descrito imágenes semejantes a una vasculitis leucocitoclástica.

En enfermos VIH positivos se han descrito auténticas foliculitis supurativas por cándidas.

La presencia de polimorfonucleares neutrófilos en la capa córnea acompañada de las características esporas y pseudohifas de las cándidas, cuya identificación es facilitada con la realización de una técnica de PAS, es clave para el diagnóstico histopatológico (Fig. 4).

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

El diagnóstico de laboratorio se realiza mediante la clínica, el estudio micológico tanto directo como cultivo en medio de Saboureaud y en casos

de candidosis sistémicas mediante la técnica de PCR.

*Clínicamente* el diagnóstico diferencial se hará con las tiñas inguinales, inframamarias o de piés y uñas, con la dermatitis de contacto de manos, con la psoriasis invertida, dermatitis seborreica.

*Histopatológicamente* la candidosis, tanto cutánea como mucosa, no suele confundirse con otros procesos. Sin embargo, no es infrecuente, que no sea diagnosticada correctamente al no pensar en ella y no valorar la presencia de las esporas y pseudohifas. Como norma el PAS debe ser una técnica que debe pedirse cuando se observan polimorfonucleares en capa córnea. Hay que tener presente que la presencia de cándidas en la boca no siempre tiene un significado patológico.

En casos de hiperplasia psoriasiforme puede confundirse con la psoriasis con la que comparte la presencia de polimorfonucleares en capa córnea. La ausencia de datos característicos de la psoriasis como la exudación cíclica papilar y la presencia de vasos dilatados en las papilas dérmicas hacen el diagnóstico diferencial. La identificación del agente patógeno, las cándidas, es definitivo.

Quizás, en casos de candidiasis crónica en las que la hiperplasia epidérmica es muy marcada pueda plantearse un carcinoma escamocelular bien diferenciado. Faltan criterios histológicos de malignidad como atíпия, desorganización, falta de maduración y mitosis.

## **TRATAMIENTO**

Eliminar factores favorecedores de la infección. La nistatina, es un fármaco específico pero no se absorbe por tubo digestivo. Se usa como crema, grageas (500000 U), polvo o suspensión varias veces al día de una a varias semanas. En las formas superficiales son también útiles el clotrimazol, econazol, terbinafina, amorolfina y ciclopiroxolamina. El itraconazol y fluconazol, en formas mucocutáneas crónicas, son efectivos.