

Candidiasis esofágica en un paciente diabético

Tte. Cor. M.C. José Antonio Frías Salcedo,* Nabor Islas Cuéllar**

RESUMEN. La esofagitis por *Candida* se presenta cada vez con más frecuencia, debido al incremento de trasplantes de órganos, el uso de catéteres vasculares, el abuso de antimicrobianos de amplio espectro y de esteroides, y al surgimiento de las infecciones relacionadas con los virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/SIDA y a la mayor supervivencia de los pacientes diabéticos debida a la mejor atención hospitalaria.

Publicamos el caso de una paciente diabética con factores predisponentes para condicionar la esofagitis candidiásica y en quien se descartó infección por VIH por técnica de análisis inmunoenzimático.

Palabras clave: Esofagitis, diabetes mellitus, *Candida*

La frecuencia de la candidiasis en sus diversas manifestaciones clínicas se ha incrementado en los últimos diez años,¹⁻³ además del mayor interés por definir las especies micóticas causantes de enfermedades hospitalarias, y en pacientes con infecciones por el VIH.⁴⁻⁷

Los pacientes diabéticos, los sometidos a nutrición parenteral, a catéteres vasculares, urinarios o de diálisis; los sujetos a quimioterapia, a esteroides y antimicrobianos de amplio espectro son los más afectados, lo que representa retos clínicos para el diagnóstico y tratamiento por ser enfermos inmunodeficientes.⁸⁻¹⁴

En 6.2% de los pacientes diabéticos con gastroparesia se comprueba esofagitis por *Candida*; en los trasplantados de riñón con diabetes la frecuencia es 2.3%, cifra mayor que la informada en los no diabéticos, que es 0.7%,¹⁵ lo que explica el riesgo relativo más alto por lo que el diagnóstico en estos pacientes es imperativo.

El diagnóstico diferencial de la enfermedad de base, en caso de esofagitis candidiásica comprende infecciones por citomegalovirus y por el grupo herpes o por el mismo VIH. En caso de diabetes mellitus tipo II sin inmunodeficiencia secundaria a virus, se analizan otros factores de

SUMMARY. The esophageal *Candida* infection has increase its frequency in recent years as a result of such factors as organ transplantation, vascular catheterization, the abuse of broad spectrum antibiotics, the infections superimposed in patients who have AIDS and the longer survival of diabetic patients because of the better medical care given.

This is the case of one female diabetic patient who had predisposing factors that conditioned the appearance of *Candida* esophageal infection. HIV infection was discarded by immunoenzymatic techniques.

Key words: Esophagitis, *Candida*, diabetes mellitus.

riesgo, por lo que consideramos de interés el presente caso clínico estudiado en el Hospital Central Militar.

Caso clínico

Paciente femenino de 51 años de edad, diabética tipo II, de 12 años de evolución, controlada con hipoglucemiantes orales y dieta. Hace nueve años se detectó neuropatía periférica de miembros inferiores y vejiga neurogénica (con citometría anormal) que condicionó infecciones urinarias recurrentes multitratadas.

Ingresó al Hospital Central Militar, con un padecimiento de ocho días de evolución, caracterizado por dolor epigástrico tipo cólico, acompañado de náuseas y vómito de contenido gastroduodenal. A la exploración se encontró mucosas deshidratadas, abdomen blando, sin crecimiento de visceras, dolor a la palpación profunda en el epigastrio. Ultrasonido abdominal y hepático normal, glicemia de 250 mg/dL, urea de 90 mg/dL, creatinina 1.9 mg/dL, inversión de la relación albúmina/globulina, frotis de heces con levaduras +++++, glucosuria +++, coprocultivo con flora normal y urocultivo del chorro medio positivo a *Serratia sp.* Persistencia durante su internamiento de náuseas, intolerancia a la ingesta de alimentos y vómitos. En la panendoscopia se encontraron lesiones múltiples y edema superficial en esófago, sangrantes al contacto, compatibles con *Candida*, motilidad gástrica disminuida; el cepillado y la biopsia mostraron inflama-

* Jefe de Infectología y del Comité de Infecciones Hospitalarias. Profesor titular de posgrado y pregrado en las Escuelas de Graduados de Sanidad y Médico Militar. UDEFA.

** Médico Endocrinólogo. Enfermería de Fábricas de la Defensa Nacional. Tecamachalco, Edo. de México.

ción acentuada, ulceración del epitelio y abundantes levaduras +++++. No se realizó cultivo para diferenciar la especie de *Candida*.

La búsqueda de anticuerpos para el VIH por análisis inmunoenzimático (ELISA) resultó negativa. Se trató con anfotericina B (25 mg diluidos en 250 mL de solución glucosada, más 1,000 unidades de heparina y 500 mg de hidrocortisona durante seis horas, una vez al día) durante cinco días consecutivos y, ante la mejoría clínica y la tolerancia a la vía oral se continuó con itraconazol, 100 mg oral por 10 días más; además, nitrofurantoina 100 mg cada 12 horas por 20 días y urocultivo seminario y la hiperglicemia con insulina intermedia o rápida según requerimientos. Egresó al sexto día, asintomática.

Discusión

La candidiasis esofágica es la presencia de *Candida*, con crecimiento y desarrollo, que condiciona colonización y, cuando existen factores del hospedero como reflujo gastroesofágico, acalasia, hernia hiatal, gastroparesia y diabetes, la inflamación secundaria subclínica o manifiesta produce esofagitis con evolución variable y a veces mortal.^{1,9,10}

Los síntomas en ocasiones son mínimos o están ausentes en los casos agudos. En los crónicos, con inflamación más severa, la disfagia progresiva, la odinofagia y el dolor retroesternal o epigástrico, la náusea y los vómitos, intolerancia a la vía oral, la descompensación metabólica (hiper o hipoglucemia, acidosis metabólica) son indicativos de procedimientos radiográficos o endoscópicos para el diagnóstico preciso.^{16,17} En el caso que nos ocupa el cuadro clínico, la persistencia de dolor retroesternal, los hallazgos endoscópicos, así como los estudios histopatológicos ayudaron a demostrar la *candidiasis* esofágica.

La radiología es controvertible como apoyo diagnóstico,^{18,19} pues da datos indirectos, no específicos, de la infección. Algunos autores opinan que se deben hacer estudios de contraste previos a la endoscopia, otros no lo aceptan. Los datos de más valor clínico son la observación directa con fibroscopios flexibles y el registro en video o fotografías, que incluso ayudan a dirigir los sitios para tomar estudios microbiológicos e histológicos. Pero el valor de este recurso depende del grado de esofagitis, la evolución de los síntomas y el momento en que se realiza, según lo informó Buanchi²⁰ en estudios de biopsias con datos de inflamación aguda o crónica, sin presencia de hifas u otras formas micóticas, pero sostiene que la visión directa es suficiente criterio para el diagnóstico. En nuestro caso, además se comprobó la presencia de levaduras en las heces, las que pudieran estar en relación o no con la esofagitis.

En pacientes con infección por VIH, las indicaciones precisas para endoscopias, son discutibles, además de que el cepillado esofágico a ciegas es recomendable a fin de evitar la contaminación de equipos costosos o del per-

sonal de salud y evitar en pacientes inmunodeficientes estos estudios que son invasivos, molestos y dolorosos.²¹

La diabetes mellitus, la neuropatía visceral y la gastroparesia son factores de riesgo en 6.2% de los pacientes²² para *candidiasis* esofágica y el uso de antibióticos lo es en 20%,¹² situaciones que ocurrieron en nuestro caso clínico.

El tratamiento más adecuado cuando la vía oral no es funcional, es anfotericina B, 0.3 mg/kg/d, por 5 a 7 días (vigilando la toxicidad y los efectos secundarios en los riñones) y continuar con fluconazol, (200 mg/d), itraconazol (100 mg/d), ketoconazol (200-400 mg/d) vía oral, por 10 a 14 días, según la respuesta.

Cuando hay pobre respuesta al tratamiento con antimicóticos obliga a descartar en las biopsias la presencia de herpes, citomegalovirus, *Candidas* resistentes, *Exophiala jeanselmei*²³ u otras enfermedades asociadas. Hay dificultad para el diagnóstico preciso, para la diferenciación de especies de *Candida*, y para conocer la susceptibilidad a medicamentos.

Las complicaciones son perforación, hemorragia, mediastinitis, recaídas, desnutrición y deshidratación o agravamiento de los padecimientos de base.^{24,25}

Referencias

1. Kauffman CA, Jonez PG. Candidiasis. A diagnostic and therapeutic challenge. *Postgrad Med* 1986;80:129-134.
2. Ramos VA, Martínez AG, Cuairan RA, Santos PJI, Valencia MP. Manifestaciones orales en niños positivos al virus de la inmunodeficiencia humana. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1992;49:592-599.
3. Butler KM, Baker CJ. *Candida*: An increasingly important pathogen in the nursery. *Pediatr Clin NA* 1988;35:543-563.
4. Rodríguez HH, Reyes GE, Elizondo EJ. Candidiasis esofágica en SIDA. Análisis clínico, endoscópico e histopatológico en 19 casos. *Rev Invest Clin* 1991;43:124-127.
5. Imam N, Carpenter JC, Mayer KH. Hierarchical pattern of mucosal *Candida* infections in HIV-positive women. *Am J Med* 1990;89:142-146.
6. Clotet B, Romeu J, Casals A. Spontaneous resolution of *Candida* esophagitis in a seroconverting patient for HIV antibodies. *Am J Gastroenterol* 1988;83:1433.
7. Bonacini M, Joung T, Laine L. The causes of esophageal symptoms in human immunodeficiency virus infections. A prospective study of 110 patients. *Arch Intern Med* 1991;151:1567-1572.
8. Simson LJ, Kinder RB, Isaacs PE, Jourdan MH. Mucosal bridges of the esophagus in *Candida* esophagitis. *Br J Surg* 1985;72:209-210.
9. Komshian SV, Uwadah AK, Sobel JD. Fungemine causes by *Candida* species in hospitalized patient: Frequency characteristics and evaluation on factors influencing outcome. *Rev Infect Dis* 1989;11:379-390.
10. Leibocini L, Konisberger H, Pitlik S, Samra Z, Druker M. Bacteremia of unknown origin in adults. *Clin Infect Dis* 1992;14:436-443.
11. Folb P, Trounce J. Immunological aspects of *Candida* infections complicating steroid and immunosuppressive therapy. *Lancet* 1970;12:1112-1114.
12. Thapa BR, Kumar L. *Candida* esophagitis after antibiotic use. *Indian J Pediatr* 1989;56:296-299.
13. Mathienson R, Dutta S. *Candida* esophagitis. *Dig Dis Sci* 1983;28:365-370.
14. Ashkenazi S, Leibocini L, Samra Z, Konisberg H, Druker M. Risk factors for mortality due bacteremia and fungemia in childhood. *Clin Infect Dis* 1992;14:949-951.

15. Jones J, Glass NR, Beltzer F. Fatal *Candida* esophagitis in two diabetics after renal transplantation. *Arch Surg* 1982;117:499-501.
16. Kaplan D, Warren J. Massive gastrointestinal hemorrhage due *Candida* esophagitis. *Gastroenterology* 1988;83:463-464.
17. Raufman JP. Infectious esophagitis in AIDS. What have we learned in the last decade? *Am J Gastroenterol* 1995;90:1914-1915.
18. Levine MS. Radiology of esophagitis: A pattern approach. *Radiology* 1991;179:1-7.
19. Scott BB, Jenkins D. Gastroesophageal candidiasis. *Gut* 1982;23:137-139.
20. Antinori A, Ammassari A, Masetti R, De-Luca A, Murri R, Tamburini E et al. Presumptive clinical criteria versus endoscopy in the diagnosis of *Candida* esophagitis at various HIV-1 stages. *Endoscopy* 1995;27:371-376.
21. Bonacini M, Laine L, Gal A. Prospective evaluation of the esophagitis in patients with human immunodeficiency virus infection. *Am J Gastroenterol* 1990;85:385-389.
22. Parkam PH, Schwartz SS. Esophagitis and gastroduodenal disorders associated with diabetic gastroparesia. *Arch Intern Med* 1987;147:1477-1480.
23. Capell SM, Armenian PB. Esophagitis from Candidiasis o Exophiala? *Ann Intern Med* 1991;115:69.
24. Darwazeh AM, McFarlane TW, McCuish LP. Mixed salivary glucose levels and candidal carriage in patients with diabetes mellitus. *J Oral Pathol Med* 1991;20:280-283.
25. Tang CM, Cohen J. Diagnosing fungal infections in immunocompromised host. *J Clin Pathol* 1992;45:1-5.