

# Enigma diagnóstico en patología gastrointestinal pediátrica: de alergia a infección oculta, reporte de caso<sup>1</sup>

Diagnostic enigma in pediatric gastrointestinal pathology:  
from allergy to occult infection, case report

Miguel Ángel Minero Hibert,\* Jaime Ernesto Alfaro Bolaños,‡ Irving Partida Justo,§  
José Manuel Ubillo Sánchez,¶ Rosa Yazmín Cano Pedroza||

\* Infectólogo Pediatra. Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE. Ciudad de México, México.

‡ Gastroenterólogo Pediatra. Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE. Ciudad de México, México.

§ Cirujano Pediatra, Endoscopia Digestiva y Respiratoria Pediátrica. Instituto Mexicano del Seguro Social. HGR 1 «Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro». Ciudad de México, México.

¶ Nefrólogo Pediatra. Instituto Mexicano del Seguro Social. UMAE Hospital de Pediatría «Dr. Silvestre Frenk Freund», Centro Médico Nacional Siglo XXI. Ciudad de México, México.

|| Alergóloga e Inmunóloga Pediatra. Hospital Ángeles Metropolitano. Ciudad de México, México.

<sup>1</sup> Sección a cargo del Doctor Giancarlo Hernán Cristerna Tarrasa. Servicio de Infectología Pediátrica.

## INTRODUCCIÓN

La coexistencia de alergias múltiples en niños puede complicar el diagnóstico diferencial cuando se presentan con síntomas gastrointestinales, en especial, en casos con antecedentes de reacciones alérgicas severas. Las manifestaciones digestivas como el dolor abdominal, la disfagia y la diarrea recurrente suelen asociarse a alergias alimentarias, pero también pueden enmascarar infecciones subyacentes que exigen un enfoque terapéutico distinto. La candidiasis esofágica es una infección fúngica rara en niños inmunocompetentes, pero puede ocurrir en aquellos con desequilibrios inmunitarios o antecedentes de tratamiento prolongado de gastroenteritis. Este reporte ilustra los desafíos en el diagnóstico de un paciente pediátrico con manifestaciones digestivas que en un inicio son atribuidas a alergia, pero

que finalmente se confirman como una infección esofágica. Se discuten las implicaciones clínicas de un diagnóstico tardío y la importancia de una evaluación integral en casos de presentación ambigua.

## PRESENTACIÓN INICIAL DEL CASO

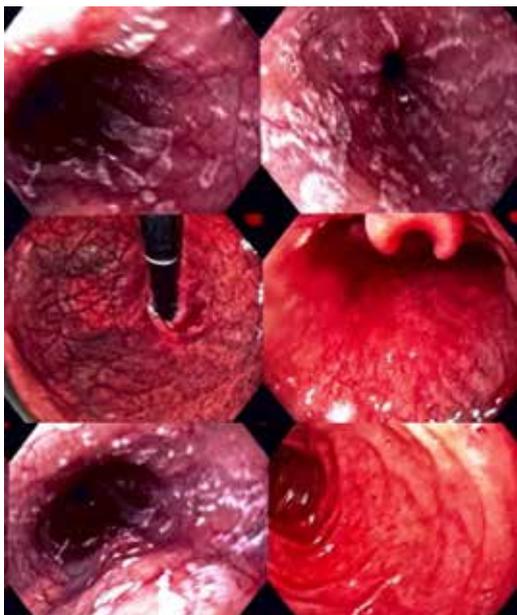
Se trata de un paciente masculino de dos años y siete meses de edad, originario y residente de la Ciudad de México, que acude al servicio de urgencias con un cuadro clínico de dos días de evolución caracterizado por dolor abdominal de intensidad leve a moderada, hiporexia, náuseas y disfagia progresiva, principalmente para alimentos sólidos. La madre refiere que el dolor ha empeorado, y menciona que, en las últimas dos semanas, el niño ha tenido episodios de diarrea con una frecuencia de tres a cuatro veces al día, algunas veces acompañada de moco

**Citar como:** Minero HMÁ, Alfaro BJE, Partida JI, Ubillo SJM, Cano PRY. Enigma diagnóstico en patología gastrointestinal pediátrica: de alergia a infección oculta, reporte de caso. Rev Latin Infect Pediatr. 2024; 37 (4): 166-169. <https://dx.doi.org/10.35366/118317>

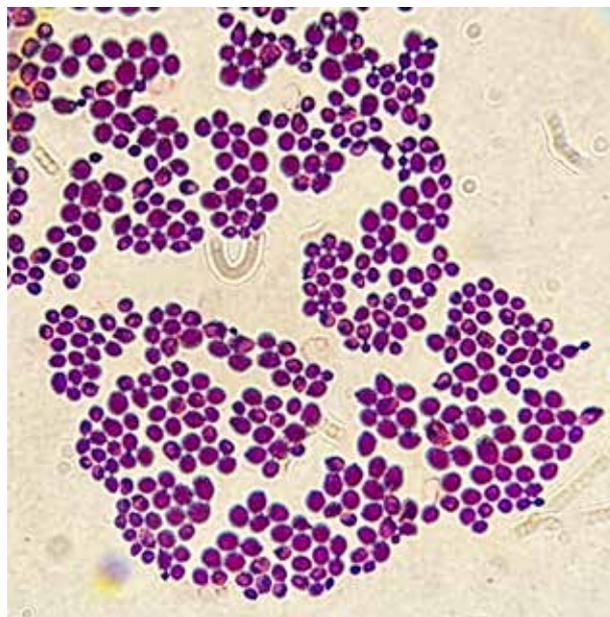
Recibido: 02-09-2024. Aceptado: 13-09-2024.



y sangre. Se documenta una pérdida de peso de alrededor de 1 kg en este mismo periodo. El paciente tiene antecedentes de alergia alimentaria a la proteína de la leche de vaca, huevo, duraznos y carne de cerdo; alergias que le provocan dolor abdominal tipo cólico y episodios de diarrea. Ha sido hospitalizado en dos ocasiones previas por cuadros de gastroenteritis: en abril de 2022 y agosto de 2023. Cuenta con el esquema de vacunación básico completo, excepto la vacuna contra la influenza, que no ha sido aplicada debido a su alergia al huevo. No ha recibido vacunación contra COVID-19. El paciente vive en un entorno urbano con acceso a los servicios básicos, sin contacto con animales domésticos, aunque los padres mencionan la presencia de ratas en la calle cercana a su domicilio. No hay antecedentes de viajes recientes o contacto con personas enfermas. En la exploración física a su ingreso el paciente se encontraba alerta y activo, sin signos de deshidratación. Su peso era de 15.5 kg (percentil 75) y su talla de 88 cm (percentil 10). Los signos vitales mostraban tensión arterial de 81/60 mmHg, frecuencia cardíaca



**Figura 1:** La endoscopia del tracto digestivo superior muestra placas blanquecinas, gruesas y adherentes en la mucosa esofágica, especialmente visibles en el tercio medio e inferior del esófago. Estas lesiones son características de una infección fúngica invasiva y sugieren una esofagitis infecciosa. No se observaron ulceraciones profundas ni perforación y las áreas afectadas muestran eritema difuso alrededor de las placas.



**Figura 2:** La tinción de Gram realizada en muestras obtenidas de las placas esofágicas revela la presencia de estructuras de levadura, identificadas como gemaciones típicas de especies de *Candida*. No se observan bacterias en la muestra, lo que refuerza el diagnóstico de una infección fúngica aislada y sugiere la ausencia de coinfección bacteriana.

de 101 lpm y frecuencia respiratoria de 23 rpm. La exploración general no reveló alteraciones significativas en el estado de conciencia ni en las mucosas. No había adenopatías ni anomalías en el examen cardiovascular o pulmonar. El abdomen mostraba ligera distensión con timpanismo aumentado, pero sin dolor a la palpación profunda ni visceromegalias. Se detectó una peristalsis conservada. La biometría hemática reveló leucocitosis moderada con predominio de neutrófilos y niveles elevados de proteína C reactiva (PCR), lo que sugiere un proceso inflamatorio activo. Un coprológico reportó inflamación sin identificación de patógenos específicos. La radiografía de abdomen mostró un íleo reflejo inespecífico, con abundante material fecal en el marco colónico y ampolla rectal, sin evidencia de obstrucción intestinal. Dada la progresión de la disfagia, se realizó una endoscopia (*Figura 1*) del tracto digestivo alto, que reveló la presencia de placas blanquecinas adheridas en el esófago. Se tomaron muestras para tinción de Gram (*Figura 2*) y cultivo (*Figuras 3 y 4*), con el objetivo de identificar el agente etiológico subyacente.

## PREGUNTAS SOBRE EL CASO

**Pregunta 1.** En un niño de dos años con síntomas de disfagia, dolor abdominal y la presencia de placas blanquecinas en el esófago visualizadas por endoscopia, se confirma la presencia de *Candida* mediante cultivo en agar Sabouraud. Con una historia de alergias múltiples y episodios recurrentes de gastroenteritis, ¿cuál de los siguientes diagnósticos diferenciales debe considerarse además de la candidiasis esofágica?

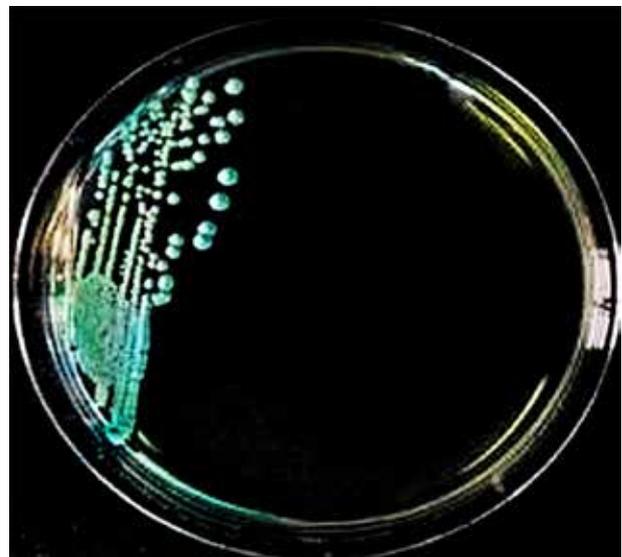
- Enfermedad de Crohn esofágica
- Esofagitis eosinofílica
- Síndrome de Stevens-Johnson
- A, B, y C son correctos

**Pregunta 2.** En la diferenciación de especies de *Candida* mediante cultivo en Chromagar, ¿qué características fenotípicas son clave para la identificación precisa de *Candida albicans*?

- Colonias de color verde metálico
- Colonias de color azul claro
- Colonias que cambian a color rosa
- Colonias crema sin cambio de color



**Figura 3:** El cultivo en agar Sabouraud de la muestra esofágica muestra crecimiento de colonias cremosas y blanquecinas al cabo de 48 horas de incubación, compatible con el crecimiento de *Candida spp.* Este hallazgo confirma la etiología fúngica de la infección y la identificación fenotípica realizada posteriormente indicó la presencia de *Candida albicans*.



**Figura 4:** El cultivo en Chromagar muestra colonias de color verde metálico, característica distintiva de *Candida albicans*, facilitando así su identificación específica. Este método proporciona una confirmación visual rápida y es útil para diferenciar *Candida albicans* de otras especies de *Candida* potencialmente resistentes.

**Pregunta 3.** Considerando las guías actuales sobre la gestión de la esofagitis candidiásica en niños, ¿cuál es la recomendación basada en evidencia para el manejo de casos refractarios que no responden al tratamiento inicial con fluconazol?

- Escalar a una dosis más alta de fluconazol
- Cambiar a voriconazol o posaconazol
- Administrar una combinación de fluconazol y anfotericina B
- Iniciar terapia con caspofungina

**Pregunta 4.** ¿Cuáles son las implicaciones de un resultado positivo en la tinción de Gram en placas esofágicas que muestran ausencia de bacterias, pero presencia de levaduras, en el contexto de un paciente con inmunodeficiencia sospechada?

- Confirmación de inmunodeficiencia primaria
- Indicativo de un manejo inmunosupresor inadecuado
- Necesidad de evaluación inmunológica detallada
- Sugerencia de inmunodeficiencia secundaria a malnutrición

**Pregunta 5.** ¿Qué estudios son recomendados para evaluar la causa subyacente de candidiasis esofágica recurrente en niños, particularmente en aquellos con historia de múltiples episodios de gastroenteritis?

- a) Estudios genéticos para evaluar defectos en la inmunidad innata
- b) Paneles de sensibilidad a antifúngicos para guiar la terapia prolongada

- c) Pruebas seriadas de función inmune, incluyendo subtipos de linfocitos T
- d) Evaluaciones gastrointestinales completas, incluyendo biopsia y endoscopia

*Correspondencia:*

**Dr. Miguel Ángel Minero Hibert**

E-mail: miguel.minero@issste.gob.mx

Ver respuesta al caso clínico: ¿Cuál es su diagnóstico?  
<https://dx.doi.org/10.35366/118320>