

Respuestas al caso clínico «Enigma diagnóstico en patología gastrointestinal pediátrica: de alergia a infección oculta, reporte de caso»¹

Answers to the clinical case «Diagnostic enigma in pediatric gastrointestinal pathology: from allergy to occult infection, case report»

¹ Sección a cargo del Dr. Giancarlo Hernán Cristerna Tarrasa. Servicio de Infectología Pediátrica.

Respuestas que se sugieren al cuestionario

- Pregunta 1. d
- Pregunta 2. a
- Pregunta 3. b
- Pregunta 4. c
- Pregunta 5. c

DISCUSIÓN

La presentación clínica de este caso ilustra los desafíos en el diagnóstico diferencial de patologías gastrointestinales en niños con antecedentes de alergias múltiples. La coexistencia de dolor abdominal, disfagia progresiva y diarrea recurrente en un paciente pediátrico con alergias alimentarias llevó inicialmente a considerar una exacerbación alérgica como el principal diagnóstico. Sin embargo, el deterioro progresivo y la presencia de placas blanquecinas en la mucosa esofágica observadas durante la endoscopia plantearon la posibilidad de una etiología infecciosa, lo cual se confirmó con el aislamiento de *Candida albicans*. La candidiasis esofágica es poco común en pacientes pediátricos sin inmunosupresión, pero ciertos factores como la historia de gastroenteritis recurrente y el tratamiento prolongado, pueden predisponer a infecciones oportunistas. Los hallazgos endoscópicos y el cultivo en

agar Sabouraud, complementados con el cultivo en Chromagar, facilitaron la confirmación del diagnóstico de candidiasis esofágica. La tinción de Gram también fue crucial para identificar la presencia de levaduras y descartar infecciones bacterianas concurrentes, lo cual ayudó a guiar el manejo clínico adecuado. Este caso subraya la importancia de una evaluación exhaustiva en pacientes con manifestaciones digestivas recurrentes y antecedentes de alergias múltiples, en quienes una causa infecciosa puede pasar inadvertida si se asume que los síntomas se deben a exacerbaciones alérgicas. Además, enfatiza la relevancia de la endoscopia digestiva alta como herramienta diagnóstica en estos pacientes, permitiendo una visualización directa y la toma de muestras para estudios microbiológicos que aclaran el diagnóstico y guían el tratamiento. En el manejo de candidiasis esofágica pediátrica, el tratamiento de primera línea suele incluir fluconazol, pero en casos refractarios o con resistencia, opciones como el voriconazol, posaconazol o caspofungina deben considerarse. En este caso, la respuesta al tratamiento fue favorable con fluconazol, destacando su eficacia en infecciones no complicadas y la importancia de una intervención temprana. No obstante, la recurrencia de esta infección debería motivar una evaluación inmunológica detallada para descartar inmunodeficiencias primarias u otras alte-

<https://dx.doi.org/10.35366/118320>

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



raciones inmunológicas subyacentes que podrían predisponer al paciente a infecciones fúngicas recurrentes. Este caso resalta la importancia de un enfoque multidisciplinario que incluya a pediatras, gastroenterólogos e infectólogos para asegurar un diagnóstico y tratamiento oportuno. La colaboración entre estos especialistas permite no sólo una rápida identificación y manejo de infecciones ocultas en contextos alérgicos complejos, sino también el diseño de planes de seguimiento para prevenir recurrencias y mejorar la calidad de vida de los pacientes pediátricos.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

La candidiasis esofágica es una infección fúngica común en pacientes inmunodeprimidos, pero también puede presentarse en pacientes inmunocompetentes, como aquellos con inmunodeficiencia celular específica de células NK. Los síntomas principales incluyen disfagia, odinofagia y dolor retroesternal, con una progresión que puede llevar a la incapacidad para deglutir incluso líquidos. En pacientes inmunocomprometidos, como los portadores de VIH o aquellos bajo terapia inmunosupresora, estos síntomas son frecuentemente severos, lo que subraya la importancia de un diagnóstico oportuno y preciso para prevenir complicaciones mayores.^{1,2} Para una identificación precisa de *Candida albicans*, el uso de cultivos en medios como CHROMagar resulta fundamental. Las colonias de *C. albicans* desarrollan un color verde característico tras 48 horas de incubación a 37 °C, lo que facilita su diferenciación de otras especies de *Candida*, como *C. tropicalis* y *C. krusei*.^{3,4} CHROMagar es un medio diferencial de gran utilidad, ya que ofrece una sensibilidad y especificidad superiores a 99% para la identificación presuntiva de *C. albicans*.⁵ Además, el crecimiento en este medio no afecta los resultados de las pruebas de sensibilidad antifúngica ni la identificación por métodos como Vitek.⁶ En casos de candidiasis esofágica refractaria, especialmente en niños que no responden al tratamiento con fluconazol, las guías de la *Infectious Diseases Society of America* (IDSA) sugieren el uso de alternativas como itraconazol en solución oral o voriconazol.⁷ Estos agentes antifúngicos han demostrado ser eficaces en alrededor de 80% de los casos refractarios a fluconazol.⁸ Las equinocandinas, como caspofungina y micafungina, también son opciones para estos casos, aunque pueden asociarse con tasas de recaída más

elevadas.⁹ El ajuste del tratamiento debe basarse en la respuesta clínica, la tolerancia del paciente y posibles interacciones medicamentosas.¹⁰

La presencia de levaduras en una tinción Gram positiva de placas esofágicas, sin bacterias, sugiere una infección por *Candida spp.*^{11,12} Este hallazgo es especialmente relevante en pacientes inmunocomprometidos o con sospecha de inmunodeficiencia celular, donde es común la esofagitis por *Candida spp.*⁸ El tratamiento inicial, por lo general, incluye fluconazol, y en casos refractarios, itraconazol o voriconazol pueden ser considerados.^{9,10} La evaluación endoscópica se recomienda para confirmar el diagnóstico y guiar el tratamiento.⁶ En pacientes pediátricos con candidiasis esofágica recurrente y antecedentes de múltiples episodios de gastroenteritis, se recomienda una evaluación exhaustiva que incluya endoscopia con biopsia esofágica para confirmar el diagnóstico.¹² Esta evaluación es fundamental para descartar otras causas, como la esofagitis eosinofílica.¹³ Además, es importante evaluar el estado inmunológico del paciente, ya que las inmunodeficiencias específicas pueden predisponer al desarrollo de esta infección.^{7,11} También debe considerarse el uso previo de antibióticos de amplio espectro o corticosteroides inhalados, que son factores de riesgo.¹⁰ Por último, es crucial investigar trastornos de motilidad esofágica o alteraciones en la homeostasis que puedan estar contribuyendo a la candidiasis.⁹

REFERENCIAS

1. Levy AD, Carucci LR, Bartel TB, Cash BD, Chang KJ, Feig BW et al. ACR Appropriateness Criteria® Dysphagia. J Am Coll Radiol. 2019; 16 (5S): S104-S115. doi: 10.1016/j.jacr.2019.02.007.
2. Hissong E, Schechter S, Mowers J, Yantiss RK, Slavik T, Cheng J et al. The diagnosis of clinically significant oesophageal candida infections: a reappraisal of clinicopathological findings. Histopathology. 2020; 76 (5): 748-754. doi: 10.1111/his.14063.
3. Fotedar R, al-Hedaithy SS. Identification of chlamydospore-negative *Candida albicans* using CHROMagar Candida Medium. Mycoses. 2003; 46 (3-4): 96-103. doi: 10.1046/j.1439-0507.2003.00867.x.
4. San-Millán R, Ribacoba L, Pontón J, Quindós G. Evaluation of a commercial medium for identification of *Candida* species. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 1996; 15 (2): 153-158. doi: 10.1007/BF01591489.
5. Pfaller MA, Houston A, Coffmann S. Application of CHROMagar *Candida* for rapid screening of clinical specimens for *Candida albicans*, *Candida tropicalis*, *Candida krusei*, and *Candida (Torulopsis) glabrata*. J Clin Microbiol. 1996; 34 (1): 58-61. doi: 10.1128/jcm.34.1.58-61.1996.

6. Pappas PG, Kauffman CA, Andes DR, Clancy CJ, Marr KA, Ostrosky-Zeichner L et al. Clinical practice guideline for the management of candidiasis: 2016 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2016; 62 (4): e1-e50. doi: 10.1093/cid/civ933.
7. O'Donnell JEM, Krishnan U. Infectious esophagitis in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2022; 75 (5): 556-563. doi: 10.1097/MPG.0000000000003523.
8. Miller JM, Binnicker MJ, Campbell S, et al. A guide to utilization of the microbiology laboratory for diagnosis of infectious diseases: 2018 update by the Infectious Diseases Society of America and the American Society for Microbiology. *Clin Infect Dis*. 2018; 67 (6): e1-e94. doi: 10.1093/cid/ciy381.
9. Werneck-Silva AL, Pagliari C, Patzina RA, Takakura CFH, Duarte MI. Esophageal mucosa in HIV Infection: a "deeper" look at this little spoken organ. *J Gastroenterol Hepatol*. 2017; 32 (11): 1832-1838. doi: 10.1111/jgh.13800.
10. Miceli MH, Díaz JA, Lee SA. Emerging opportunistic yeast infections. *Lancet Infect Dis*. 2011; 11 (2): 142-151. doi: 10.1016/S1473-3099(10)70218-8.
11. Bordea MA, Pîrvan A, Gheban D, et al. Infectious esophagitis in Romanian children: from etiology and risk factors to clinical characteristics and endoscopic features. *J Clin Med*. 2020; 9 (4): 939. doi: 10.3390/jcm9040939.
12. Correia AA, Weber MA, Krishnan U. Prevalence, predictive factors, and clinical manifestations of fungal esophagitis in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2023; 77 (5): 610-617. doi: 10.1097/MPG.0000000000003927.
13. Rosen R, Vandenplas Y, Singendonk M, et al. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2018; 66 (3): 516-554. doi: 10.1097/MPG.0000000000001889.

Financiamiento: declaramos no tener ningún tipo de financiamiento al realizar esta publicación.

Conflicto de intereses: declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Correspondencia:

Dr. Miguel Ángel Minero Hibert

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

Ver caso clínico y preguntas
<https://dx.doi.org/10.35366/118317>