

## ESOFAGITIS POR CÁNDIDA EN INMUNOCOMPETENTE LUEGO DE ANTIBIOTICOTERAPIA

*CANDIDA ESOPHAGITIS IN IMMUNOCOMPETENT PATIENTS AFTER ANTIBIOTIC THERAPY*

**Maricelis Mojena Roblejo<sup>1</sup>, Lázaro Israel Marty Loredo<sup>2</sup>**

### RESUMEN

Se presenta un caso clínico de un adulto joven de 27 años de edad, quien fue atendido en la consulta de Gastroenterología durante el mes de mayo del 2019 en un centro de tercer nivel en Nueva Esparta, Venezuela por presentar disfagia a los alimentos sólidos y odinofagia cuatro semanas después de un cuadro de infección respiratoria aguda para la cual llevó tratamiento con múltiples antibióticos. Al examen físico se observa paciente ansioso, con aftas bucales en la región vestibular, los exámenes de hematología y rayos x muestran resultados negativos; por lo que se decide realizar estudio endoscópico superior para corroborar impresión diagnóstica de esofagitis por Cándida ante la muestra de placas blanquecinas confluyentes, elevadas y lineales en la mucosa del esófago, acompañado de varias ulceraciones de bordes irregulares y limpios. Debido al tratamiento oportuno con ketoconazol el paciente tuvo una evolución favorable y egreso sin complicaciones.

**PALABRAS CLAVES:** Antibióticos, Cándida albicans, Esofagitis, Endoscopia, Ketoconazol

---

<sup>1</sup> Misión Médica Cubana en Venezuela. Caracas, Venezuela. Correo Electrónico: maricelismr@infomed.sld.cu, https://orcid.org/0000-0001-9973-7720

<sup>2</sup> Centro Médico de Alta Tecnología “Dr. David Guendsechadze”. Nueva Esparta, Venezuela. Correo Electrónico: limartyloredo@gmail.com, ORCID ID 0000-0002-0898-7327

Autor de Correspondencia: Maricelis Mojena Roblejo: maricelismr@infomed.sld.cu

R.C.C.S.H., ISSN 2958-6054 (impresa) ISSN 2958-6062 (en línea), vol.2 n°2, 1-10, jul-dic 2023.

**ABSTRACT**

It presented a clinical case of a 27-year-old patient who was assisted in a Gastroenterology consultation during the month of May 2019 at the High Technology Medical Center in New Esparta, Venezuela. This patient came to the consultation complaining of dysphagia to solid foods and pain when swallowing four weeks later after having an Acute Respiratory Infection for which had a treatment with different antibiotics. On physical examination, was found that the patient was anxious, oral thrush in the vestibular region and the results of blood tests and X-rays were negative. It was decided to make an endoscopic study to corroborate the likely diagnosis of esophagitis by Candida because of whitish plaques in the esophagus mucosa accompanied by several ulcerations with irregular and clean borders. Because of appropriate treatment with ketoconazole, this patient had a good recovery and discharge without complications.

**KEY WORDS:** Antibiotic, Candida albicans, Esophagitis, Endoscopy, Ketoconazole

■ *Recepción :29/12/2022*

*Aceptación :6/6/2023*

## INTRODUCCIÓN

La Esofagitis por Cándida albicans es una de las infecciones provocadas por la especie más patógena, resultante del sobrecrecimiento y penetración de este hongo con una mejor capacidad de adhesión a mucosas y superficies. Ha sido encontrada con mayor frecuencia en sujetos inmunodeprimidos que en inmunocompetentes, asociada además al uso prolongado de antibióticos como la clindamicina que pueden sobreañadir infecciones oportunistas o ser considerado como uno de los factores de riesgo más prevalentes según la declaración de varios autores (1, 2, 3, 4, 5). El objetivo es presentar un caso de Esofagitis por Cándida albicans, de aparición súbita en un paciente adulto joven que llevó tratamiento con múltiples antibióticos para una Infección Respiratoria Aguda sin ningún otro factor de riesgo asociado.

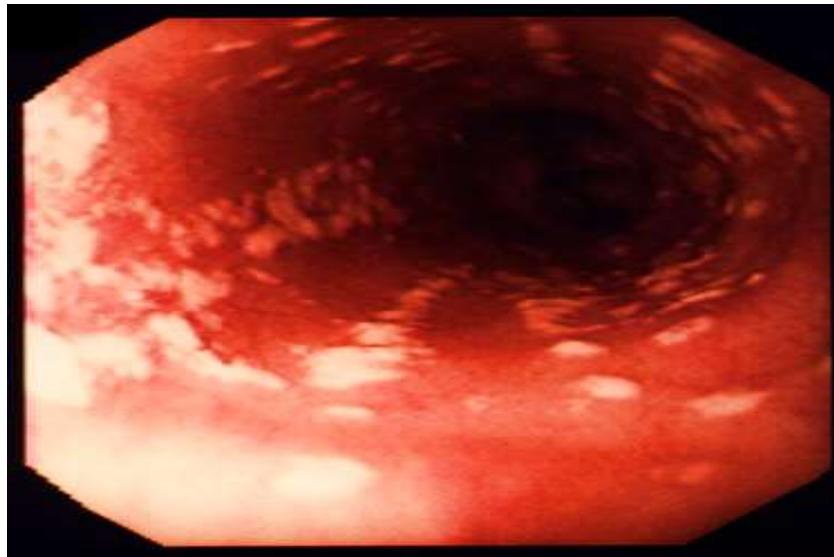
## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 27 años de edad, masculino sin antecedentes heredofamiliares de interés, que acude al servicio de gastroenterología en un centro médico de tercer nivel en Nueva Esparta, Venezuela, durante el mes de mayo del 2019. Refiere haber presentado un cuadro respiratorio agudo hace un mes atrás, para el cual se automedicó varios antibióticos en el orden que aparecen a continuación, amoxicilina (500mg) 1 cápsula cada 8 horas por 10 días, oxacilina (250mg) 2 cápsulas cada 8 horas por 7 días y cefalexina (500mg) 1 cápsula cada 6 horas por 7 días. A la cuarta semana de haber iniciado el tratamiento comenzó con ligera disfagia a los alimentos sólidos y odinofagia. Al examen físico se observa paciente ansioso, aftas bucales en la región vestibular, sin nada más a señalar. Los exámenes de hematología y rayos x con resultados negativos; por lo que se decide realizar estudio endoscópico superior para corroborar la impresión diagnóstica.

El informe endoscópico evidenció en el esófago mucosa de color rosado nacarado sobre la cual asientan placas blanquecinas confluyentes, elevadas y lineales (figura 1 y 2). La mucosa sobre la que se elevan y la que circunda se muestra edematosa con hiperemia marcada. Se observan varias ulceraciones de bordes irregulares y limpios (figura 3 y 4), así como pliegues tortuosos. (Clasificación de Kodsi grado III para Candidiasis esofágica) (3), más acentuado en el tercio medio y distal. El estómago en sus tres porciones y el duodeno sin alteraciones patológicas. No se tomó biopsia en dicho estudio. Para descartar inmunosupresión se indican pruebas de laboratorio que incluyen Velocidad de Sedimentación Globular (VSG), inmunoglobulinas séricas, cuantificación de células T y B, Prueba de Elisa para HIV y BAAR. Todos los resultados se reportan con

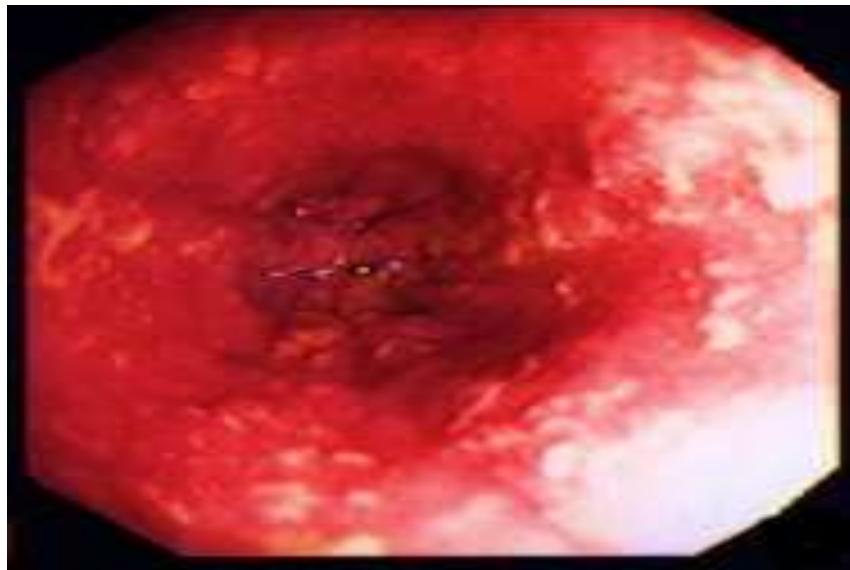
parámetros acordes a la edad y tanto la Prueba de Elisa para VIH como el BAAR son negativos. Se impone tratamiento a base de ketoconazol 400 mg/día vía oral, en dosis única durante una semana para el cual tuvo una evolución favorable.

**Figura 1:** Placas blanquecinas y elevadas, lineales y confluientes. Grado I



**Fuente:** Imagen del estudio endoscópico

**Figura 2:** Eritema y edema de la mucosa esofágica. Grado II



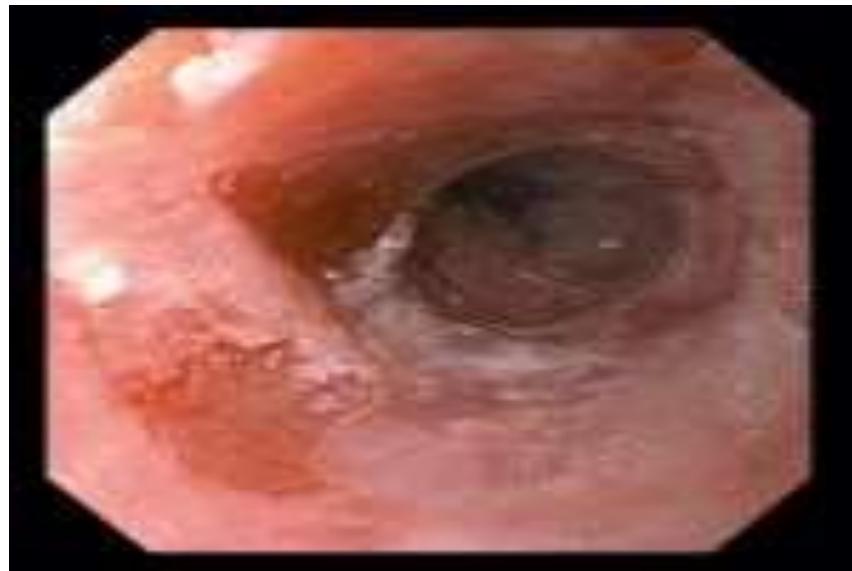
**Fuente:** Imagen del estudio endoscópico

**Figura 3:** Eritema e hiperemia de la mucosa con placas y escaras ulceradas. Grado III



**Fuente:** Imagen del estudio endoscópico

**Figura 4:** Mucosa deslustrada con úlceras de fondo limpio y borde irregular. Grado IV



**Fuente:** Imagen del estudio endoscópico

## DISCUSIÓN

La Esofagitis candidásica es una de las formas invasivas de candidiasis. Su prevalencia diagnosticada mediante endoscopia digestiva alta oscila entre 0,77-2,4% (4). Siendo la Cándida albicans su principal causa. Este germen oportunista afecta con mayor frecuencia a sujetos inmunodeprimidos, aunque también puede aparecer en sujetos sanos (1,2, 3, 4, 5). La Cándida albicans es la más patógena, ya que tiene mayor y mejor capacidad de adhesión a mucosas y superficies como las superficies acrílicas de las prótesis dentales extraíbles (6). Aparece en la mucosa oral del 40-65% de los niños sanos, 30-45% de los adultos sanos, 50-65% de sujetos portadores de prótesis dentales extraíbles, 90% de pacientes con leucemia en tratamiento quimioterapéutico, o en el 95% de pacientes con VIH (4).

En general, los factores de riesgo para la Esofagitis por Cándida descritos en la literatura son principalmente dos: Diabetes Mellitus y uso de bloqueadores de secreción gástrica; otros factores asociados son: esteroides inhalados o por vía oral, trastornos de motilidad esofágica, neoplasias, antibióticos e inmunodeficiencias. La presente investigación está en correspondencia con publicaciones similares de varios autores que también plantean otros factores asociados como el uso indiscriminado de antibióticos (7,8).

En las advertencias especiales y precauciones para el uso de antibióticos como es el caso de la amoxicilina se plantea que su uso a largo plazo puede causar infecciones múltiples por pseudomonas y cándidas (9).

Por otro lado, al revisar la ficha técnica de la cefazolina esta se relaciona con el desarrollo de Candidiasis oral ante tratamientos prolongados destacándose que debe vigilarse atentamente en los pacientes posibles sobreinfecciones (10). Sin embargo, son varios los autores que relacionan la aparición de Esofagitis por cándida luego del uso prolongado de antibióticos como la tetraciclina, la clindamicina tópica y la doxiciclina. Afectando a pacientes sin antecedentes patológicos y de cualquier edad, por ello es de vital importancia ante cualquier síntoma no automedicarse y consultar a su médico para evitar afecciones como estas. Su aparición guarda relación con factores asociados a la presencia de una superficie adherente (cuando es gelatinosa), la ingesta en decúbito con poca cantidad de líquido, así como alteraciones de la motilidad esofágica. De ellos se les atribuye mayor importancia a los comprimidos de mayor tamaño, menos pesados y de material gelatinosos los que mayor riesgo tienen para provocar este tipo de lesión. Lo planteado por estos

autores está en correspondencia con las características de los antibióticos que consumió este paciente (11).

En este caso el tratamiento con los tres fármacos se puede relacionar con la superficie gelatinosa de las cápsulas que favorece un mayor contacto con la mucosa esofágica y con sus propiedades ácidas.

El síntoma más frecuente de la Esofagitis por este hongo es la pirosis. Además incluye otros como: dolor retro esternal, disfagia, náuseas, vómitos, pérdida de peso, anorexia y excepcionalmente fiebre. Menos de la mitad de los pacientes presentan lesiones orales por monilias concomitantes (12, 13, 14, 15, 16).

Por ello, aun sin lesiones bucales, y ante un cuadro clínico sugestivo, se deberá realizar el estudio endoscópico (17).

La clasificación usada en la actualidad es la de Kodsi: (3) Grado I: Algunas placas blanquecinas hasta 2 mm de grosor con hiperemia, sin edema ni ulceraciones. Grado II: Placas blanquecinas múltiples, de más de 2 mm de grosor, con hiperemia con edema sin ulceraciones. Grado III: Placas modulares y lineales con fuentes, hiperemia y francas aéreas ulceradas. Grado IV: Grado III + friabilidad de la mucosa y estrechamiento de la luz esofágica. El paciente de este estudio se corresponde a un grado III en esta clasificación.

Los autores consideran que, aunque el ketoconazol no es precisamente el medicamento de elección se decidió usar porque los test de inmunosupresión resultaron negativos, así como el funcionamiento hepático, siendo el más económico y el que está disponible en el servicio de gastroenterología en las farmacias de esta región.

## **CONCLUSIÓN**

La Esofagitis por Cándida albicans en un paciente inmunocompetente se le atribuye principalmente al uso prolongado de antibióticos con alteración de la microflora. Obteniéndose buena respuesta al tratamiento con Ketoconazol, debido a la remisión de los síntomas a las 72h. Su eficacia depende en gran parte del paciente, de su genética y de la dieta, con un mejor funcionamiento durante la utilización en una infección localizada limitada a una sola área del cuerpo, como se reporta en este caso.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos al personal de enfermería que contribuyó a la realización de la endoscopia, al departamento de laboratorio clínico y rayos X por el informe oportuno de los complementarios indicados, al departamento de farmacia en la coordinación del estado por proporcionarnos el tratamiento para este paciente, así como a la dirección del Centro Médico de Alta Tecnología por mantener los recursos y el confort en la consulta de gastroenterología. Además, al paciente por su colaboración a través de su consentimiento para la utilización de su caso en esta investigación.

## **CONFLICTO DE INTERESES**

Los autores de la presente investigación declararon no tener conflictos de intereses entre ellos ni en los resultados que se muestran. La autora principal Maricelis Mojena Roblejo participó en la concepción de la idea, el diseño, análisis y procesamiento de la investigación. Lázaro Isael Marty Loredo realizó el diagnóstico, aplicó el tratamiento y seguimiento del caso además de contribuir a la redacción del informe final del artículo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bassetti M, Vena A, Merlo M, Cardozo C, Cuervo G, Giacobbe DR, Salavert M, Merino P, Gioia F, Fernández-Ruiz M, López-Cortés LE, Almirante B, Escolà-Vergé L, Montejo M, Aguilar-Guisado M, Puerta-Alcalde P, Tasias M, Ruiz-Gaitán A, González F, Puig-Asensio M, Marco F, Pemán J, Fortún J, Aguado JM, Soriano A, Carratalá J, García-Vidal C, Valerio M, Sartor A, Bouza E, Muñoz P. Factors associated with the development of septic shock in patients with candidemia: a post hoc analysis from two prospective cohorts. Crit Care. 2020 Mar 26; 24(1):117. [PMC free article] [PubMed]
2. Bertolini M, Dongari-Bagtzoglou A. The Relationship of Candida albicans with the Oral Bacterial Microbiome in Health and Disease. Adv Exp Med Biol. 2019; 1197:69-78. [PubMed]
3. Casaubon Garcin PR, Sada Díaz E. Esofagitis por cándida secundaria a uso de clindamicina tópica. Informe de un caso [citado 2012 de Jun 29]. Anales médicos. [Internet]. 2014. [consultado 2018 de ago 14]; vol. 57 (3): [252-255]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/analesmedicos>.
4. Palacios Martínez D, Díaz Alonso M, Gutiérrez López FJ, Gordillo López E, Arianz Martínez A. Esofagitis candidásica en una paciente inmunocompetente. A propósito de un caso. Notas clínicas [Internet]. 2013. [consultado 2023 de marzo 20]; vol. 36 (3): [551-556]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es.pdf>
5. Lazo V, Hernández G, Méndez R. Candidiasis sistémica en pacientes críticos, factores predictores de riesgo. Horiz Med [Internet]. 2018. [consultado 2023 de marzo 20]; vol. 18 (1): [75-85]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe>
6. Lee SP, Sung IK, Kim JH, Lee SY, Park HS, Shim CS. The clinical course of asymptomatic esophageal candidiasis incidentally diagnosed in general health inspection. Scand J Gastroenterol. 2015; 50(12):1444-50. [Consulta: 24/03/2018], [Internet] disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26083902>
7. 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 Jan; 62(4):1-50. [Consulta: 24/03/2018] [Internet], disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4725385/pdf/cid933.pdf>

8. Montejo Fernández T M, Pilar Salag Rubio L. Candidiasis esofágica en paciente inmunocompetente. Méd electrón Portales médicos [Internet]. 2017. [Citado 2017 de Dic 04]; 57(3): [11-16]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/candidiasis-esofagica-inmunocompetente/>
9. Amoxicilina y sulfactam 500. Cedmed. [Citado 2021 de jul 7]. [Internet] Disponible en: <https://www.cedmed.cu.pdf>
10. Ficha técnica cefazolina. CIMA. [Citado 2021 de nov]. [Internet] Disponible en: <https://cima.aemps.es.pdf>
11. Moreira VF, Garrido E. Esofagitis por fármacos. Española Enfermedades digestivas [Internet]. 2015 [Citado 2015 de Dic 04]; vol. 107 (5): [322]. [Internet] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v107n5/paciente.pdf>
12. Dubey AK, Singla RK. Current Trends in Anti-Candida Drug Development. Curr Top Med Chem. 2019; 19(28):2525-2526. [PubMed]
13. Pinheiro P. Candidiasis- Síntomas, tipos y causas MD. Saúde [Internet]. 2018 [citado 2018 de Ene 20]. Disponible en: <https://www.mdsaudade.com/es/2015/11/candidiasis-sintomas.html>
14. Fang J, Huang B, Ding Z. Efficacy of antifungal drugs in the treatment of oral candidiasis: A Bayesian network meta-analysis. J Prosthet Dent. 2021 Feb; 125(2):257-265. [PubMed]
15. Teramoto Matsubara O, Galvis García E, Abdo Francias J, Sobrino Cossío S, Orozco Gamiz A, Morales Arambula M, Carrasco Rojas A, Mesa Caballero M. Acute dysphagia presentation and its Association with asophagitis dissecans and concomitant diseases. A diagnostic challenge. Cir Cir. 2019; 87(5):572-579. [PubMed]
16. Kauffman CA. Treatment of oropharyngeal and esophageal candidiasis. This topic last updated: Jan 24, 2018. In: UpToDate, Kieren A Marr (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2018.
17. Funez Madrid V, et al. Candidiasis esofágica. Análisis descriptivo de un centro de referencia endoscópica. Endoscopia [Online]. 2020; vol. 32 (2): 415 [citado 2022 de Jun 13]. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx>