



Caso clínico

Candidiasis esofágica

Dra. Macarena Vidal
Residente de Enfermedades Infecciosas



- 43 años sexo masculino.
- VIH positivo diagnosticado en 2001, en etapa SIDA, actualmente 5 CD4 mm³ y 25.500 copias del virus.
- Irregular control, no cumple tratamiento antirretroviral ni profilaxis.
- Antecedente personales: infecciones oportunistas - micobacteriosis ganglionar en 2002 y tuberculosis pulmonar en el año 2009, realizó tratamiento completo.



- **Enfermedad actual:**

Comienza 1 mes previo a consultar con disfagia, odinofagia y anorexia, repecusión general, con adelgazamiento de 10 Kg en este período.

Relata sensación febril, no se constató temperatura.

Niega otros síntomas.

- **Antecedentes de enfermedad actual:**

Visto en policlínica, recibió tratamiento para candidiasis orofaríngea y probable compromiso esofágico con Fluconazol vía oral y luego intravenoso en 1 dosis diaria una semana previo a internación sin mejoría del cuadro clínico.



- Al examen del ingreso:

Regular estado general, adelgazado, en apirexia, normocoloreado bien hidratado perfundido.

a nivel bucofaringeo: lengua húmeda, lesiones blanquecinas a nivel de pared posterior de faringe y base de lengua, faltan piezas dentales.

Resto del examen sin altercaciones.





- En suma : - 43 años VIH/ SIDA
 - inmunodepresión severa
 - síndrome esofágico
 - muguet oral extenso
 - pobre respuesta a tratamiento antifúngico.
- Planteos: Candidiasis orofaríngea y esofágica
dosis de tratamiento subóptimo?
candidiasis resistente al fluconazol?
Infección concomitante perpetua la
sintomatología?



- Conducta:
 - se reinstaló tratamiento con Fluconazol a dosis de 200 mg cada 12 horas i/v, acompañado de tratamiento local con miconazol.
 - Se coordinó esófago- gastroscopía para confirmar diagnóstico clínico y descartar diferenciales.



Algunos conceptos:

- La candidiasis orofaríngea y esofágica es la infección oportunista más frecuente en pacientes con infección por el VIH, responsable del 50 a 79% de los síntomas esofágicos.
- Infecciones causadas por levaduras del genero *Candida sp.*
- formas clínicas de **candidiasis orofaríngea:**
 - Candidiasis pseudomembranosa aguda o “muguet”. (mas frecuente)
 - Candidiasis eritematosa.
 - Candidiasis atrófica crónica.
 - Queilitis angular
 - leucoplasia candidiásica:



- Solo la mitad de los pacientes con candidiasis esofágica presentan candidiasis oral concomitante.
- La disfagia asociada a candidiasis oral habilita comenzar tratamiento empírico.
- El fluconazol es el antifúngico de elección para el tratamiento de la candidiasis mucosa en pacientes infectados por el VIH.
- La principal causa de fracaso terapéutico en la candidiasis mucosa asociada al SIDA es la resistencia a los antifúngicos
- El fracaso del tratamiento se define como persistencia de sintomatología luego de 7-14 días de tratamiento
- La esofagitis por *Candida* resistente a fluconazol puede tratarse con caspofungina, anfotericina B o posaconazol **(AII)**



Enfermedad	Tratamiento	
	Primera elección	Alternativas
Candidiasis oral	Fluconazol 100 mg/día × 7-14 días	Itraconazol solución oral 100 mg/día × 7-14 días Clotrimazol, pastillas 10 mg 4-5 veces/día × 7-14 días Nistatina, suspensión 5 ml 4 veces/día × 7-14 días Ketoconazol 200 mg/día × 7-14 días Itraconazol cápsulas 100 mg/día × 7-14 días
Candidiasis esofágica	Fluconazol 100 mg/día × 10-14 días	Itraconazol solución 200 mg/día × 10-14 días Itraconazol cápsulas 200 mg/día × 14-21 días Ketoconazol 400 mg/día × 14-21 días
Candidiasis vulvovaginal	Azoles tópicos (clotrimazol, butoconazol, miconazol, ticonazol, terconazol) durante 3-7 días Nistatina tableta de 100.000 unidades/día durante 14 días Itraconazol oral 200 mg BID durante 1 día o 200 mg QD durante 3 días Fluconazol 150 mg al día en dosis única	
Candidiasis refractaria a azoles	Caspofungina 50 mg i.v. QD	Anfotericina B liposomal 3-5 mg/kg/día Anfotericina B desoxicolato 0,5-1 mg/kg/día Posaconazol 400 mg v.o. BID



- Evolución:
- Se realizó tratamiento con fluconazol 200mg i/v cada 12 horas por 5 días, teniendo en cuenta que el tratamiento anterior fue a dosis sub-terapéuticas y además que existen especies de *Candida* que presentan susceptibilidad dosis dependiente de FLZ
- No presentó mejoría de los síntomas



- Conducta
- Se inició Anfotericina B desoxicolato a 1mg k día por 7 días presentando una excelente respuesta, con desaparición de la sintomatología y el muguet.



- Comentarios

Es el caso de inmunodepresión muy severa es fundamental realizar tratamientos con dosis probadamente terapéuticas y acompañar el tratamiento de las infecciones oportunistas con terapia antirretroviral

En este caso el paciente no adhiere al tratamiento del VIH, lo que ha determinado la mala evolución