

Candida y SIDA, Candidiasis orales

Verónica LIPPERHEIDE
GUZMAN

Doctora en Biología

Desde la primera descripción del SIDA, llamó la atención la elevada frecuencia de manifestaciones orales que presentaban los afectados por esta enfermedad. Entre ellas destaca la candidiasis oral (1), ya que más del 80% de los pacientes infectados por el VIH la desarrollan en alguna etapa de su enfermedad. El primer paciente documentado con SIDA tenía candidiasis oral (2) y ésta ha sido una de las entidades infecciosas asociadas a la infección por VIH que más interés ha despertado. Su presencia tiene un gran valor predictivo, ya que los pacientes que la presentan pueden tender a una evolución más rápida hacia un SIDA establecido (3).

La candidosis es el nombre colectivo dado a un grupo de enfermedades infecciosas causadas por hongos del género *Candida*. Los miembros del género *Candida* son comensales (4) comunes de la boca y de los aparatos digestivo y genital del ser humano. Sin embargo, estos microorganismos también están asociados al desarrollo de infecciones cutáneas, mucosas e invasivas de diversa gravedad. Se han descrito diversos factores que contribuyen a que esta relación comensal se transforme en una infección, destacando la inmunosupresión relacionada con la infección por el VIH. Esta inmunosupresión afecta de forma importante a los linfocitos CD4+ que, en el caso de la interacción entre *Candida* y el ser humano, parecen ser los responsables de la resistencia a la invasión mucocutánea por este hongo (5). Las candidiasis en enfermos VIH seropositivos son principalmente orales, faríngeas, esofágicas y vaginales aunque se han descrito casos esporádicos de infecciones pulmonares, meníngeas y diseminadas, que suelen ser en general complicaciones

infrecuentes y tardías y posiblemente asociadas a la presencia de neutropenia (disminución del número de leucocitos) inducida por el VIH o por los antiviricos antirretrovirus empleados (6). Se ha estimado que entre el 70 y el 91% de los pacientes con infección por el VIH experimentan una colonización de sus mucosas orofaríngeas, que puede llegar a ser grave e incluso incapacitante, con extensión al esófago en un número importante de casos. Así, la candidiasis esofágica se ha observado en un 14-67% de los enfermos con SIDA mientras que antes de la aparición de esta enfermedad vírica, *Candida* producía esofagitis únicamente en el 1% de los pacientes inmunocomprometidos. En la mayor parte de todos los casos citados, es la especie *Candida albicans* la más frecuentemente aislada, aunque también se han aislado otras como *Candida krusei*, *Candida tropicalis* y *Candida glabrata*, que plantean mayores problemas en el tratamiento (7).

La candidiasis oral es a menudo la manifestación inicial de la infección sintomática por el VIH. Particularmente en hom-

bres jóvenes, el desarrollo de candidiasis oral sin una causa local o proceso facilitador, tal como xerostomía (sequedad de la cavidad oral por disminución de saliva), o terapia con antibióticos, corticoesteroides, u otras drogas inmunosupresoras, es altamente sugestivo de la infección por VIH (8).

Las candidiasis orales en individuos VIH seropositivos son más agresivas y severas que en el resto de los pacientes y pueden alterar con frecuencia su alimentación y suponen además, un problema clínico importante porque son recurrentes y de curso prolongado incluso con tratamiento antifúngico.

Se ha observado que la frecuencia de aislamiento de especies de *Candida* y los signos clínicos de la candidiasis oral aumentan con el avance de la infección por VIH (9,10). Se considera como un indicador de mal pronóstico, con un progreso rápido a SIDA (media de 25 meses) y muerte del enfermo. Las frecuencias observadas de la candidiasis oral en individuos infectados por el VIH varían según los trabajos publicados, posiblemente debido a diferencias en la selección de los

pacientes y a los criterios tanto clínicos como microbiológicos utilizados, aunque en general la incidencia es de uno de cada dos o uno de cada tres individuos infectados (10,11).

La clasificación de la O.M.S. distingue dos tipos clínicos principales de candidiasis oral en la infección por el VIH: la candidiasis oral pseudomembranosa o muguet y la atrófica o eritematosa. La candidiasis eritematosa afecta a uno de cada dos individuos VIH seropositivos con candidiasis oral. Un rasgo importante de la candidiasis oral en la infección por el VIH es que la enfermedad se localiza en diversas estructuras de la cavidad oral.

La candidiasis oral pseudomembranosa o muguet es la manifestación clásica de la candidiasis oral. En los pacientes infectados por el VIH, el diagnóstico de la candidiasis pseudomembranosa tiene implicaciones pronósticas en relación al desarrollo de SIDA (12). La incidencia de esta forma de presentación clínica se encuentra entre el 25 y el 40% de las candidiasis orales y es más frecuente entre los pacientes con mayor inmunosupresión (13).



El tratamiento temprano de la candidiasis oral es aconsejable, no sólo por las molestias que causan las lesiones, sino porque estos focos actúan como reservorios del microorganismo para una posible dispersión de la enfermedad

En pacientes infectados por el VIH en Vizcaya la candidiasis pseudomembranosa representaba el 36,8% del total de las candidiasis y era significativamente más frecuente entre los pacientes con menos de 200 linfocitos CD4/µl (14). El muquet se caracteriza por la presencia de grumos o placas blancas o blanco-marrillentas de consistencia blanda o gelatinosa que crecen de modo centrifugo. Se pueden eliminar fácilmente por raspado dejando una zona eritematosa, erosional o ulcerada, en ocasiones dolorosa. En los pacientes infectados por el VIH se observan formas clínicas crónicas difíciles de erradicar y confinadas a zonas posteriores de la cavidad oral como el paladar blando, pilar amigdalino y zonas retromolares (15).

La candidiasis eritematosa o atrófica es muy común y se presenta clínicamente como una área roja en la mucosa oral (16). Las localizaciones más comunes suelen ser el dorso de la lengua, en su zona central y el paladar duro, dando una imagen clásica en espejo (17). Esta forma de candidiasis es común en los pacientes infectados por el VIH. En el estudio de Alapont y cols. (14), la candidiasis eritematosa era el tipo más frecuente de candidiasis (70,6%) y era más común entre los pacientes con más de 200 CD4/µl. En la actualidad se considera que este tipo de candidiasis precede en el tiempo a la candidiasis pseudomembranosa en los sujetos infectados por el VIH (15). También es un elemento predictivo en el desarrollo de SIDA, de tal modo que más del 60% de los pacientes infectados por el VIH con candidiasis oral, candidiasis eritematosa o candidiasis pseudomembranosa, desarrollarán SIDA en un año (18).

A pesar de que la queilitis angular ha sido también eliminada de la clasificación de la O.M.S., en nuestro entorno sí sigue siendo una lesión frecuente para la detección precoz de la infección. Se caracteriza por un enfriamiento intenso de las comisuras labiales, con aparición de grietas o fisuras y suele aparecer de forma bilateral. En los pacientes infectados por el VIH, suele ser crónica y recidivante y puede o no ser coincidente con una candidiasis intraoral (19). La queilitis angular repetida rebeldía debe despertar sospechas de la posible existencia de una inmunodeficiencia cuando se presenta en portadores de prótesis. En un estudio realizado en nuestro medio, la queilitis angular fue una lesión muy frecuente entre los pacientes infectados por el VIH (14,8% de los pacientes es-

(1) Odds FC. *Candida infections in AIDS patients*. Int J STD & AIDS 1992; 3:157-160.

(2) Samarayana LP. *Oral mycoses in HIV infection*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1992; 73:171-180.

(3) Ceballos A. *Manifestaciones orales asociadas a la infección por VIH*. Madrid: Jarpyo Eds. 1992.

(4) Comensalismo: asociación parasitaria en la que el elemento dependiente se beneficia de la otra parte sin perjudicarla ni beneficiarla.

(5) Mathews y cols. *Candida and AIDS: evidence for protective antibody*. Lancet 1988; 2:263-266.

(6) Odds FC y cols. *Epidemiology of Candida infections in AIDS patients*. J Oral Pathol Med 1989; 18:554-564.

NOTAS:

A la hora de tratar las alteraciones orales se debe de tener en cuenta que el tratamiento general de la infección puede mejorar e incluso hacer desaparecer alguna de ellas, que los medicamentos utilizados con ese destino pueden interactuar con los que suministran para las lesiones orales y viceversa y que en el caso de algunas alteraciones orales la corrección de los factores locales o generales favorecedores va a ser tan importante como la medicación en sí. El tratamiento temprano de la candidiasis oral es aconsejable, no sólo por las molestias que causan las lesiones, sino porque estos focos actúan como reservorios del microorganismo para una posible dispersión de la enfermedad. El tratamiento tópico con trimazol es eficaz inicialmente, pero los fallos son comunes y suelen deberse principalmente a la inmunodeficiencia de base. El tratamiento sistémico por vía oral es preferido por muchos clínicos debido al riesgo de una infección esofágica. Se suelen emplear el ketoconazol, itraconazol y fluconazol, teniendo en cuenta que los tres medicamentos utilizados como antifúngicos interaccionan con la rifampicina, febobarbitol y fenitoína.

(1) Pontón J y Quintés G. *Las micosis en la década de 1990*. Enf Inf Microbiol Clin 1992;10:385-388.

(2) Scully C y cols. *Oral manifestations of HIV infection and their management II. More common lesions*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1991;71:167-171.

(3) Engelman J y cols. *Oral manifestations of HIV infection in a cohort of homosexual and bisexual men*. 4 Int Conf AIDS 1988. Esto-columbo.

(4) Ribacoba L y cols. *Identificación y caracterización de Candida en pacientes VIH(+) en Vizcaya*. II Congreso Europeo de Medicina Oral 1994, Granada.

(5) Holmstrup P y Samarayana LP. *Acute and AIDS-related oral candidosis*. En: Samarayana LP y MacFarlane TW, Eds. *Oral Candidosis*. Londres: Wright, 1990;133-155.

(6) Silverman S. *Atlas en color de las manifestaciones orales del SIDA*. Barcelona: Salvat, 1990.

(7) Barone R y cols. *Prevalence of oral lesions among HIV-infected intravenous drug abusers and other risk groups*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1990; 69:167-173.

(8) Alapont M y cols. *Alteraciones orales en pacientes infectados por VIH en Vizcaya*. II Congreso Europeo de Medicina Oral 1994, Granada.

(9) Pindborg JJ. *Classification of oral lesions associated with HIV infection*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1989; 67:292-295.

(10) Holmstrup P y Axell T. *Classification and clinical manifestations of oral yeasts infections*. Acta Odontol Scand 1990; 48:57-59.

(11) Samarayana LP y Holmstrup P. *Oral candidiasis and human immunodeficiency virus infection*. J Oral Pathol Med 1989; 18:554-564.

(12) Challacombe SJ. *Oral reservoirs of HIV infection*. Br Dent J 1991; 71:146-148.

(13) Aguirre JM y cols. *Queilitis angular en pacientes infectados por VIH: lesión oral frecuentemente asociada*. II Congreso Europeo de Medicina Oral 1994, Granada.