

CASOS CLÍNICOS

Foliculitis por *Candida* posterior a una depilación

Resumen.—Presentamos el caso de una paciente de 50 años con foliculitis por *Candida* localizada única y exclusivamente en las piernas, siendo la paciente sana, y cuyos factores predisponentes eran la ingesta de antibióticos durante siete días previos a la aparición del cuadro clínico, y la realización de una depilación mediante afeitado en esa misma semana.

Queremos destacar la rareza del cuadro clínico, en cuanto a que se descartó cualquier posible relación con drogas por vía parenteral, así como posibles enfermedades que predispusiesen a la aparición de estas lesiones, como podría ser una diabetes, o algún tipo de inmunosupresión. Asimismo, destacar la excelente respuesta al tratamiento con itraconazol v.o., con resolución completa del cuadro en una semana.

Palabras clave: Foliculitis. *Candida albicans*.

LUIS BARCALA VÁZQUEZ*
JOSÉ ANTONIO PÁEZ SERRANO*
SANTIAGO VIDAL ASENSI*
MIGUEL ÁNGEL SÁEZ GARCÍA**
CRISTÓBAL ARJONA MANUEL*
JOSÉ ANTONIO HERAS TABERNERO*

* Servicio de Dermatología.

** Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Militar Central Universitario Gómez Ulla. Madrid.

Correspondencia:

LUIS BARCALA VÁZQUEZ. Servicio de Dermatología. Hospital Militar Central Universitario Gómez Ulla. Glorieta del Ejército, s/n. 28047 Madrid.

Aceptado el 1 de febrero de 1999.

INTRODUCCIÓN

La foliculitis por *Candida*, como su nombre indica, es una afectación del folículo pilo-sebáceo de carácter inflamatorio, originada por *Candida albicans*, y otras especies de *Candida*.

Candida albicans es un hongo que se encuentra frecuentemente en el tracto gastrointestinal como flora saprófita (1). Se dice que, incluso, el 10% de los sujetos son portadores. Sin embargo, a nivel de piel, ni *Candida albicans* ni otras especies de *Candida* se encuentran formando parte de la flora habitual, aunque pueden llegar a ser patógenas en muchas ocasiones, en diversas candidiasis cutáneo-mucosas.

La foliculitis candidiásica es una enfermedad poco frecuente (2), que se observa con preferencia en inmunodeprimidos o en adictos a drogas por vía parenteral (ADVP), habitualmente heroinómanos, y son interpretadas como una localización secundaria de una infección sistémica por *Candida* (3).

El diagnóstico de esta afectación por *Candida* se realiza ante cuadros de foliculitis crónicas que no responden a tratamiento con antibióticos, demostrando la presencia de *Candida* e identificando la especie mediante técnicas utilizadas actualmente en el laboratorio.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 50 años, normoconstituida, consciente y orientada, que acudió a la consulta de dermatología por presentar lesiones pápulo-pustulosas de carácter folicular, localizadas en ambas piernas, de unos 45 días de evolución (Fig. 1).

La paciente no presentaba antecedentes dermatológicos de interés, salvo un cuadro de dermatitis seborreica facial diagnosticado nueve años antes. Por otro lado, y debido al padecimiento de molestias gástricas de repetición en los últimos meses, fue valorada por el Servicio de Aparato Digestivo, donde, entre otros, se le practicó un estudio endoscópico, llegando al diagnóstico final de gastritis crónica superficial antral, con gastritis aguda corporal, clo-test® positivo para *Helicobacter pylori*, y trastorno motor esofágico, recibiendo tratamiento antibiótico con amoxicilina 2 g/ día, claritromicina 1 g/ día y omeprazol 40 mg/ día durante siete días.

Asimismo la paciente realizó, coincidiendo con este tratamiento reseñado una depilación mediante afeitado de ambas piernas.

Dos días después de esta depilación comenzaron a aparecer las lesiones foliculares pápulo-pustulosas, que se mantenían, hasta que unos 45 días más tarde fue



FIG. 1.—Pústulas foliculares en región pretibial.



FIG. 2.—Pseudohifas PAS positivas en el infundíbulo folicular.

valorada en nuestro servicio, siendo diagnosticada de foliculitis bacteriana, y tratada con fosfomicina 2 g/ día v.o. y alcohol iodado al 1% de forma tópica, al mismo tiempo que se solicita cultivo de las lesiones y estudio antibiograma.

Una vez finalizado el tratamiento, las lesiones no sólo no habían desaparecido, sino que incluso habían empeorado, recibándose el resultado del cultivo como *Candida albicans*.

Dada la rareza del proceso se procedió a la repetición del cultivo, que es informado unos días más tarde en iguales términos que el anterior.

También se practicó un estudio biópsico de las lesiones, apreciándose hiperqueratosis focal con pequeñas cantidades de organismos micóticos PAS positivos incluidos en el estrato córneo, que constaban de pseudohifas, con tabiques y ramificaciones con angulaciones de 90°, dispuestos perpendicularmente a la superficie, junto a esporas ovoides, algunas en estado de gemación. Podían verse elementos micóticos formando un tapón

en el orificio folicular (Fig. 2) e invadiendo la totalidad del pelo, hasta el bulbo piloso. En dermis, moderado infiltrado inflamatorio perivascular e intersticial, compuesto de linfocitos, polinucleares y células plasmáticas, con edema en dermis papilar.

La analítica de sangre, el estudio de poblaciones linfocitarias, y los niveles de inmunoglobulinas y de complemento en suero fueron normales, mientras que un estudio ginecológico informó de ausencia de levaduras a nivel vaginal.

Tras obtener los resultados confirmativos de colonización por *Candida*, se instauró tratamiento médico con itraconazol v.o. a dosis de 200 mg/ día durante nueve días, con completa resolución del cuadro clínico.

DISCUSIÓN

La foliculitis por *Candida* es un proceso raro (2), del que hemos encontrado muy pocas descripciones en la literatura consultada.

El cuadro cursa con la aparición de papulo-pústulas foliculares que habitualmente son interpretadas como procesos bacterianos, ya que las bacterias son el agente etiológico causal en la mayoría de las ocasiones. Se suele iniciar tratamiento antibiótico de forma empírica, resultando nula la respuesta (4), e incluso empeoramiento del proceso tras su administración, debido al daño que provocan los antibióticos sobre los tejidos del paciente y a la depresión de la actividad leucocitaria de los polinucleares neutrófilos.

Ante la no respuesta a la terapia antibiótica, se deben realizar una serie de estudios diagnósticos, demostrando la presencia de pseudohifas y su caracterización mediante cultivo del material purulento (5), para filiar definitivamente el germen causal (6).

Una vez identificado a un hongo como agente etiológico, es necesario investigar el origen de dicha contaminación, ya que ni *Candida albicans*, ni ninguna otra especie de *Candida* forman parte de la flora cutánea normal (1). Ello nos conduce al estudio de los factores predisponentes que hacen que exista una mayor susceptibilidad a padecer estas infecciones, como es el caso de los diabéticos, obesos, pacientes hipotiroideos, personas tratadas con antibióticos, esteroides o contraceptivos orales (6), existencia de lesiones hísticas locales, niveles bajos de hierro y depresión de la inmunidad (1), entre otros.

En nuestra paciente una vez descartada la diabetes, así como cualquier antecedente familiar de la misma, y comprobado que su sistema inmunitario era totalmente competente, nos inclinamos a pensar que el origen de su cuadro fue la coexistencia de varios factores: Primero, el existir una puerta de entrada, una solución de continuidad en el estrato córneo que aparece tras la realización de la paciente de su depilación; segundo, la ingesta de antibióticos durante siete días que pudo provocar un desplazamiento de la actividad patógena, con la eliminación de microorganismos competitivos, bacterias, que ocasiona un incremento de levaduras (1); y tercero, el calor, la maceración y la sudoración (7), que se generaba a nivel de las piernas, al acudir la paciente diariamente durante una hora a un gimnasio, y utilizar prendas deportivas largas para realizar esta actividad, manteniendo dicha ropa puesta hasta llegar a su domicilio.

Queremos resaltar, en el caso que estamos describiendo, la localización de las lesiones a nivel de las piernas, ya que habitualmente esta foliculitis se ha descrito localizada en la barba en los varones, o bien con un carácter generalizado cuando hablamos de la candidiasis cutánea congénita.

La candidiasis cutánea congénita aparece al nacimiento o en las primeras horas de vida, y es debida a una infec-

ción ascendente a partir de la vagina a través de microdesgarros de las membranas amnióticas. Suele ser un proceso benigno y autolimitado, aunque en alguna ocasión puede diseminarse y llevar incluso a la muerte (8).

La localización a nivel de la barba de los varones se describió, sobre todo, en pacientes ADVP, heroínómanos, junto con la afectación del cuero cabelludo y que, además, desarrollaban una grave afectación del estado general, con lesiones óseas y oculares, que les dejaban graves secuelas y podían, incluso, acabar en la muerte (9). Estas comunicaciones se realizaron fundamentalmente en la primera parte de los años ochenta, y al parecer se debían a que la mayoría de los heroínómanos que padecieron el cuadro consumían la denominada «heroína marrón», de procedencia iraní, que, o estaba contaminada de origen, o bien, dada su mala calidad, necesitaba cítricos o vinagre para disolverse, constituyendo estos un excelente caldo de cultivo para el crecimiento de *Candidas* (10). También se habló de la posibilidad de contaminación del material utilizado, con pocas condiciones de asepsia, o bien del hábito de los drogadictos de lamer las agujas antes de su inoculación, con la posibilidad de contaminación a partir de la saliva (7).

Nos parece importante el resaltar la excelente respuesta de este cuadro clínico a la terapia sistémica con itraconazol, y la menor cantidad de efectos secundarios que presenta, frente a los anteriores tratamientos descritos que combinaban antifúngicos por vía sistémica, generalmente el ketoconazol (5) o la anfotericina B (4), con productos tópicos de la familia de los econazoles, que necesitaban más tiempo de tratamiento, además de asociarse a un mayor número y más graves de efectos adversos.

Otra posibilidad sería el uso de fluconazol, que muestra una excelente efectividad, y debe considerarse como una primera línea terapéutica (11), dejando el itraconazol como fármaco alternativo de elección ante procesos resistentes, pero destacando de este último que la resolución del cuadro clínico se produjo tan solo en una semana, frente a las cinco que señala Kapdagli que se necesitaron con el primero.

Finalmente, y a modo de resumen, queremos destacar la presencia de una serie de factores predisponentes (puerta de entrada, antecedente de ingesta antibiótica, humedad, calor), la localización no habitual de las lesiones que presenta la paciente, la necesidad de descartar una infección micótica ante toda foliculitis que no mejore con el uso de antibióticos, y la importancia de suprimir los factores predisponentes y la administración de antifúngicos por vía sistémica como pauta terapéutica más eficaz.

Abstract.—We report the case of a 50-year-old white female, with *Candida* folliculitis affecting exclusively her legs. She was in good health. Previously, she had received antibiotic treatment for seven days, and legs epilation by shaving some days before. Cultures and pathology confirmed the diagnostic.

We remark this uncommon clinic case, taking into consideration the absence of any triggering factor like parental drug abuse, diabetes, or immunosupresion. We wish also to emphasize the excellent response to Itraconazol, with complete clearing of the lesions in seven days.

Barcala Vázquez L, Páez Serrano JA, Vidal Asensi S, Sáez García MA, Arjona Manuel C, Heras Tabernero JA. Post-epilation *Candida* folliculitis. *Actas Dermosifiliogr* 1999;90:241-244.

Key words: Folliculitis. *Candida albicans*.

BIBLIOGRAFÍA

1. Roberts SOB, McKencie DWR. Candidiasis. En: Rooks A, Wilkinson DS, Ebling FJG, eds. Tratado de Dermatología. 4.ª ed. Ediciones Doyma: Barcelona 1988:1037-42.
2. Braun-Falco O, Plewig G, Wolf HH, Winkelmann RK. Dermatología. Barcelona. Springer-Verlag Ibérica S.A. 1995:238-44.
3. Leclech C, Cimon B, Chennebault JM, Verret JL. Pustulose candidosique des heroinomanes. *Ann Dermatol Venerol* 1997;124:157-8.
4. Yu-Ning L, Jian-Qiang S, Wen-Ming H. Folliculitis caused by *Candida parapsilosis*. *Int J Dermatol* 1988;27:522-3.
5. Cristóbal Rodríguez P, Vázquez López F, Requena Caballero L, Sánchez Yús E. Folliculitis candidiásica en heroinómanos. Estudio histológico. *Med Cutan Ibero Lat Am* 1987;15: 411-7.
6. Cohen HJ, Minkin W, Frank SB. *Candida* Folliculitis. *Cutis* 1973;11:476-7.
7. Ross EV, Baxter DL Jr. Widespread *Candida* folliculitis in a nontoxic patient. *Cutis* 1992;49:241-3.
8. Jorizzo JL. The spectrum of mucosal and cutaneous candidosis. *Dermatologic clinics* 1984;2:19-27.
9. Roca Miralles M, Hoyo E, Cambazard F, Castells Rodellas A. Candidiasis cutánea congénita: a propósito de un caso y revisión de la literatura. *Actas Dermosifiliogr* 1992;83: 9-12.
10. Zubiri L, Coscojuela C, Piñol J, Carapeto FJ. Candidiasis diseminada en heroinómanos. Estudio de ocho casos. *Actas Dermosifiliogr* 1987;78:345-9.
11. Bielsa I, Herrero C, Lecha V, Castro J, Viñeta L, Mascaró JM. Pustulosis por *Candida albicans* en pacientes heroinómanos. *Actas Dermosifiliogr* 1986;77:599-601.
12. Kapdagli H, Öztürk G, Dereli T y cols. *Candida* folliculitis mimicking tinea barbae. *Int J Dermatol* 1997;36:295-7.