

Candidiasis oral e infección por VIH

Oral candidiasis and HIV infection

Loja-Oropeza David¹, Vilca-Vásquez Maricela²



La candidiasis oral es una infección oportunista de la cavidad oral constituyendo la infección micótica más común en los humanos. Es causada por especies de *Cándida* como *C. albicans*, *C. glabrata* y *C. tropicalis* en el 80% de los casos; otras especies incluyen *C. guilliermondii*, *C. krusei*, *C. lusitanae*, *C. parapsilosis* y *C. stellatoidea*.

Entre los factores de riesgo para adquirirla se encuentran la prótesis dental, hiposecreción salival, inhalación de esteroides, tabaquismo, diabetes mellitus, extremos de la vida, síndrome de Cushing, neoplasias, inmunosupresión, desnutrición y antibióticos de amplio espectro.

Entre las formas clínicas más frecuentes en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se

describen la candidiasis eritematosa, la pseudomembranosa y la queilitis angular. La forma pseudomembranosa, sea aguda o crónica, es la forma más característica y se da con recuentos inferiores a 200 linfocitos CD4/uL y cargas virales mayores a 10 mil copias. Se caracteriza por la presencia de placas blancas o blanco-amarillas, de consistencia blanda, centrífugas, dejando un área eritematosa al raspado. Se localizan en mucosa yugal, paladar, orofaringe y márgenes linguales. La candidiasis eritematosa es la forma más común entre individuos VIH + con recuentos superiores a 200 linfocitos CD4/uL, y se caracteriza por áreas eritematosas en el dorso de la lengua y del paladar duro. La queilitis angular muestra un enrojecimiento de las comisuras con aparición de grietas o fisuras y formación de costras. El diagnóstico es clínico confirmándose con el crecimiento significativo de unidades formadoras de colonias. El tratamiento comprende el uso de antimicóticos como nistatina, ketoconazol, itraconazol, fluconazol o anfotericina.

Presentamos el caso de una paciente infectada por VIH quien desarrolló queilitis angular y la forma pseudomembranosa. El examen directo mostró hifas de *Cándida*. Su recuento de linfocitos CD4 fue de 100/uL.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wiwanikit V. Prevalence of dermatological disorders in Thai HIV-infected patients correlated with different CD4 lymphocyte count statuses: a note on 120 cases. *Int J Dermatol* 2004;43:265-268.
2. Shobhana A, Guha SA, Neogi DK. Mucocutaneous manifestations of HIV infection. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2004;70(2):82-86.
3. Dunic I, Vesic S, Jectovic DJ. Oral candidiasis and seborrheic dermatitis in HIV infected patients on highly active antiretroviral therapy. *HIV Medicine* 2004; 5: 50-54.
4. Samaranayake LP, Cheung LK, Samaranayake YH. Candidiasis and other fungal diseases of the mouth. *Dermatol Therapy* 2002;15:251-269.
5. Akpan A, Morgan R. Oral candidiasis. *Postgrad Med J*. 2002;78:455-459.
6. Aguirre-Urizar JM, Echebarria-Goicuria MA. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida: manifestaciones en la cavidad bucal. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004;9 (Supl):S148-S157.

(1) Médico internista. Departamento de Medicina. Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

(2) Médica internista. Clínica Essalud de Chosica.