

## Artritis por *Candida albicans* en un lactante

Sr. Editor:

Las artritis fúngicas son poco frecuentes, aunque su incidencia parece estar en aumento. Los lactantes menores de 6 meses representan el 85 % de los casos descritos en niños, siendo el patógeno causal más frecuente *Candida albicans*<sup>1,2</sup>.

La etiopatogenia descrita con mayor frecuencia corresponde a una complicación de la diseminación hematológica. Hasta en el 20 % de los casos la diseminación hematológica se complica con osteoartritis. Otras vías de entrada descritas son debidas a inoculación (tras traumatismo, intervención quirúrgica o inyección intraarticular). No se han descrito apenas casos en niños inmunocompetentes<sup>3</sup>. La mayoría de los casos encontrados ocurren durante el período neonatal, en el que se suman una serie de factores que predisponen a sufrir una candidiasis sistémica<sup>4</sup>. Se presenta el caso de un lactante sano e inmunocompetente.

Varón de 2 meses y 18 días que ingresa por pausas de apnea. Como antecedentes destacaba haber sido prematuro, de 29 semanas de edad gestacional, y que había presentado en el período neonatal enfermedad de membrana hialina que precisó intubación y surfactante, pausas de apnea y un cuadro de sepsis asociada a catéter (aislándose *Streptococcus epidermidis*) que fue tratado con teicoplanina (7 días), cefotaxima (6 días) y anfotericina B liposomal que se añadió en principio empíricamente y que luego se mantuvo 7 días por existencia de candidiasis cutánea. Preciso nutrición parenteral durante 11 días. Fue dado de alta con 58 días de edad.

El reingreso se produjo a los 22 días del alta, por pausas de apnea sin otros síntomas asociados. Al segundo día de ingreso, encontrándose afebril, comienza con impotencia funcional en el miembro inferior izquierdo e inflamación de la rodilla. Se realizó hemograma (15.100 leucocitos con 27 % segmentados), proteína C reactiva (PCR) (0,8 mg/dl); hemocultivo (estéril); radiografía, (aumento de partes blandas); ecografía (existencia de colección líquida) y artrocentesis (obteniéndose un líquido purulento, sin poderse estudiar sus características bioquímicas, y siendo su cultivo estéril). Con el diagnóstico de artritis de rodilla izquierda se inició tratamiento con cefotaxima (150 mg/kg/día) y cloxacilina (100 mg/kg/día). Tras 19 días de ingreso presentó un pico febril y la rodilla continuó mostrando signos inflamatorios. En ese momento el hemograma era normal, la PCR se había elevado a 6,87 mg/dl y la velocidad de sedimentación globular (VSG) era de 27 mm/h. Se sustituyó la cloxacilina por vancomicina ante la posibilidad de *Staphylococcus* sp. resistente. A los 26 días, ante la persistencia de inflamación, se realizó una nueva punción articular, que presentó 43.900 leucocitos (90 % polimorfonucleares); glucosa, 77 mg/dl; proteínas, 4,10 mg/dl, y en cuyo cultivo se aisló *C. albicans*. La punción y el cultivo se repitieron a los 5 días aislándose de nuevo *C. albicans*, por lo que se suspendieron los antibióticos y se comenzó a administrar anfotericina B liposomal (6 mg/kg/día). A los 6 días se añadió fluconazol por vía intravenosa (6 mg/kg/día). Se realiza estudio de extensión con fondo de

ojo, ecografía cerebral y abdominal siendo todo normal. A los 3 días de tratamiento se observó mejoría clínica en la articulación. Tras 2 semanas de tratamiento se suspendió la anfotericina B liposomal y se sustituyó el fluconazol intravenoso por oral en dosis de 10 mg/kg/día que se mantuvo durante 7 semanas. Al alta la rodilla no mostraba signos inflamatorios. En revisiones posteriores (hasta los 2 años de edad) no ha presentado complicaciones ni otras enfermedades. Se estudiaron niveles de inmunoglobulinas que fueron normales.

La artritis por *Candida* representa una patología cuya incidencia podría estar en aumento. Su localización más frecuente es la rodilla, aunque se ha descrito también en columna, muñeca, cadera, escápula y húmero<sup>1,2</sup>. En los casos de diseminación hematológica la especie aislada con mayor frecuencia es *C. albicans*, al contrario de las no asociadas a diseminación hematológica donde predominan las especies no *albicans*. *C. parapsilosis* es la segunda en frecuencia, siendo su patogenia más de tipo epidémico, con frecuencia asociada a catéter<sup>3,4</sup>.

Hasta el 17 % de las artritis en prematuros están causadas por *Candida* spp. Estos niños reúnen mayor número de factores de riesgo para padecer una candidiasis sistémica que puede complicarse con un cuadro de artritis. Revisando los casos neonatales descritos en la literatura médica, la duración media entre la candidemia y la artritis es de 18 días. En nuestro caso es probable que el paciente sufriese una candidemia durante el período neonatal, y no sólo una candidiasis cutánea, pudiendo en ese momento acantonarse en la rodilla o bien en otra localización diseminándose posteriormente a la rodilla, siendo el intervalo hasta la aparición de signos de artritis de 2 meses<sup>3</sup>.

Respecto al diagnóstico etiológico de artritis candidiásica se realizó mediante aspiración y cultivo del líquido articular. El recuento de leucocitos suele encontrarse entre 7.500-15.1000/μl, con predominio de polimorfonucleares. No es bien conocida la sensibilidad del cultivo del líquido articular, pudiendo ser negativo<sup>4,6</sup>.

El tratamiento de la artritis por *Candida* sp. sigue siendo debatido. El tratamiento estándar continúa siendo la anfotericina B intravenosa, que logra la curación en más del 90 % de los casos. Su penetración articular parece buena. La dosis es de 0,5 a 1 mg/kg/día, administrándose de 2 a 10 semanas<sup>7,8</sup>. La combinación de anfotericina con flucitosina ha logrado también buenos resultados<sup>9</sup>. Otra opción, cada vez más aceptada, es la combinación de anfotericina y fluconazol, manteniendo la anfotericina durante 2-3 semanas, y el fluconazol durante 6-12 semanas, a dosis de 6-10 mg/kg/día, siendo ésta la pauta que usamos en nuestro caso. Su penetración articular es también muy buena<sup>8</sup>. Una opción descrita para los casos de mala evolución es la administración intraarticular de anfotericina (0,1 mg/día hasta 12,5 mg). La intervención quirúrgica es obligada cuando la artritis se localiza en cadera y hombro<sup>7,8</sup>.

Respecto al pronóstico, con tratamiento adecuado precoz es bueno con tendencia a la curación sin secuelas<sup>3,5</sup>.

Es importante considerar siempre *Candida* sp. entre los patógenos posibles asociados a osteoartritis neonatal y del lactante, sobre todo en el niño con factores de riesgo, y a pesar de la negatividad del cultivo articular.

**S. Fernández de Miguel, J.A. Salinas Sanz,  
J. Clemente Pollán, J.M. Sánchez Granados,  
J. Ruiz Contreras y J. Tomás Ramos Amador**  
Unidad de Inmunodeficiencias. Departamento  
de Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre.  
Madrid. España.

*Correspondencia:* Dr. J.A. Salinas Sanz.  
Avda. Plaza de Toros, 15, 4.º D. 28025 Madrid. España.  
Correo electrónico: joseantonios@latinmail.com

## BIBLIOGRAFÍA

1. Luhmann J, Scott J. Etiology of septic arthritis in children: An update for the 1990s. *Pediatr Emerg Care* 1999;15:40-2.
2. Butler M, Baker C. *Candida*: An increasing important pathogen in the nursery. *Pediatr Clin North Am* 1988;35:543-61.
3. Swansson H, Hughes PA, Messer SA, Lepow ML, Pfaller MA. *Candida albicans* arthritis one year after successful treatment of fungemia in a healthy infant. *J Pediatr* 1996;129:688-94.
4. Ramos Amador JT, López Laso E, Romero Blanco I, Alba Romero C, Curto de la Mano A, González de Orbe G, et al. Osteoartritis séptica en niños. *An Esp Pediatr* 1998;49:481-6.
5. Hacimustafaoglu M, Cil E, Sarisozen B, Zincirci M, Ildirim I. Bilateral septic arthritis of the knee joint in three children caused by unusual infectious agents. *Pediatr Int* 2001;43:697-700.
6. Wall E. Childhood osteomyelitis and septic arthritis. *Curr Opin Pediatr* 1998;10:73-6.
7. Rex J, Walsh TJ, Sobel JD, Filler SG, Pappas PG. Practice Guidelines for the treatment of candidiasis. *Clin Infect Dis* 2000;30:662-78.
8. Janknegt R, Van Etten E, De Marie S. Lipid formulations of amphotericin B. *Curr Opin Infect Dis* 1996;9:403-6.
9. Ward RM, Sattlen FR, Dalton AS Jr. Assessment of antifungal therapy in an 800-gram infant with candidal arthritis and osteomyelitis. *Pediatrics* 1983;72:234-8.