

Hospital Manuel Arriarán.
Cátedra Extraordinaria de Pediatría
Prof. Arturo Baeza Goñi.

MONILIASIS BRONCOPULMONAR CON COMPROMISO LARINGEO

Por los Dres. JULIO MENEGHELLO y CARMEN AGUILO

La presente comunicación tiene por objeto dar a conocer la observación clínica detallada de una enferma cuya afección demostró ser una moniliasis. La extraordinaria rareza de esta entidad mórbida de la patología infantil, como lo demuestran los datos bibliográficos, justifica que dediquemos alguna atención a la literatura pertinente.

Los agentes etiológicos de las moniliasis pertenecen al género *Candida*, cuya principal especie es la *Candida albicans*. Este microorganismo fué estudiado por Robin en 1853, como el causante del muguet y le llamó *Oidium albicans*. Posteriormente se le denominó *Monilia candida*. El género *Candida* fué creado por Berkhout en 1923 y le dió sus caracteres definidos: hongos levaduriformes anascosporados y con pseudofilamentos. Según la moderna clasificación del reino vegetal de Engler y Gilg, los hongos o Eumycetes ocupan la XI división que comprende 4 clases: Phycomycetes, Ascomycetes, Basidiomycetes y Fungi imperfecti. Estos últimos tienen formas micelianas y esporuladas. Los Hyphomycetes pertenecen a las formas esporuladas y contienen a la mayoría de los hongos patógenos para el hombre, incluso al género *Candida*, compuesto por varias especies.

Berkhout, al crear el género *Candida*, rechazó las denominaciones de *Oidium* y *Monilia*, pues con esos nombres se designan en Micología a otros géneros muy diferentes de hongos. Sin embargo, aunque impropia, en Medicina se

Llama Moniliasis a las afecciones producidas por las diversas especies del género *Candida*.

Las candidas son de distribución universal y capaces de producir en el hombre infecciones superficiales de la piel y mucosas y, en casos más raros, de los órganos internos. Las especies que con mayor frecuencia se aísla en los casos de moniliasis son la *Candida albicans* y, siguiéndole en orden de frecuencia, la *Candida tropicalis*.

Entre nosotros, Ferrada⁶ estudió 146 cepas aisladas de diversas afecciones de la patología humana y encontró la *Candida albicans* en un 82,19 % y la *Candida tropicalis* en un 7,53 %.

La infección mucosa más frecuente es el muguet o algorra bucal, que generalmente se presenta en niños mal nutridos y que casi siempre cede a las formas simples de tratamiento. Finkelstein⁷ le asigna escaso valor patógeno al germen, pero considera que en rarísimas ocasiones el hongo puede resultar peligroso por su propagación, ya que puede extenderse a la faringe, esófago y cuerdas vocales, lo que a veces semeja un crup. También le considera la posibilidad de lesionar el estómago, intestino, bronquios y pulmones. Degkwitz⁸ concuerda con el autor antes nombrado y considera tan benigna esta afección que sólo aconseja un tratamiento local por las dificultades que puede ocasionar en la succión. En su tratado menciona, además, el muguet cutáneo, que produce vesículas de contenido seropurulento o purulento. En cuanto a las lesiones del tracto intestinal, hemos encontrado descritos 2 casos¹². Uno de ellos presentaba la lesión en la parte alta del intestino delgado conjuntamente con lesiones orales y esofágicas; en cambio, en el otro, la afección comprometía sólo el ilion y semejaba una disentería aguda. En ambos, el diagnóstico se hizo por examen histológico. Mac Gregar y Henderson¹² citan un trabajo sobre el estudio de 20 casos de esofagitis por monilias, lo que indicaría que la propagación de la algorra bucal no es extraordinariamente rara.

Otra afección mucosa muy frecuente es la vaginitis. Bland y Rakoff⁴ creen que durante el embarazo se producen condiciones favorables en la vagina para el desarrollo de las monilias y que por eso las vaginitis por estos microorganismos son más numerosos en el embarazo. Aconsejan su tratamiento por la posibilidad de su extensión a la piel y la producción de algorra bucal en el niño. Anderson y col.¹ hacen un estudio de la frecuencia de la algorra bucal en el

recién nacido en relación con la moniliasis vaginal materna. Concluyen que la algorra bucal es más frecuente y de aparición más rápida en aquellos niños en cuyas madres existía la *Candida albicans* en la vagina, con o sin síntomas.

Walers y Cartwright²⁰, basados en un estudio hecho en una serie de 500 embarazadas, creen no encontrar relación entre la moniliasis vaginal, ya sea con o sin sintomatología, y la algorra bucal en el recién nacido.

Las lesiones cutáneas son menos frecuentes que las mucosas. Tienen carácter más bien seco y tienen marcada tendencia a la formación de costras y escamas. Existe poco prurito, salvo en los casos en que se comprometen los espacios interdigitales. Las partes más afectadas son generalmente las extremidades y en el tronco se presenta en forma de manchas aisladas. Al presentarse en las extremidades compromete, por lo general, las uñas y lecho ungueal¹⁸. La piel sometida a maceraciones y a la acción de la humedad es terreno propicio para esta afección. Produce intertrigos, por ejemplo, la erosión interdigital del tercer espacio que se presenta en las personas que se mojan mucho las manos y usan mucho jabón. La piel presenta color blanquecino y aspecto de maceración, luego cae la capa córnea y deja al descubierto la capa mucosa de Malpighi de color rojo vinoso, esta lesión puede extenderse a la palma y al dorso de las manos, a otros espacios interdigitales y presentarse también en los pies, en los pliegues del abdomen, inguinales, crurales, etc. La onixis y perionixis consiste primitivamente en una inflamación subaguda de la base de la región ungueal. La matriz de la uña es luego afectada, creciendo las uñas deformadas, ásperas y frágiles. Strickler¹⁹ describe un caso de algorra cutánea generalizada en un niño de 2 años, que presentaba lesiones en el cuero, cabello, frente, brazos, manos y dedos, con onixis y prionixis que casi no producía molestias. Fué tratado con alcohol al 50 %, pero como recayó, se curó con pomada yodada. Estas lesiones cutáneas y mucosas pueden ser de larga evolución y así, Yorke²¹ relata un caso de un joven militar de 25 años, que presentó algorra a los 4 meses y que no mejoró nunca, salvo en un corto período de 6 meses. Esta lesión se intensificó durante un tiempo, que presentó mal estado general. Esta vez la algorra bucal se acompañó de lesiones en los espacios interdigitales de un pie e ingle. Parodi, Belou y Blanco¹⁵ describen un caso de laringitis primitiva de 3 años de evolución en un adulto y que mejoró con tratamiento yodado. En

el comentario de dicho caso, los autores llaman la atención sobre la rareza de las laringitis causadas por monilias.

Como ya se ha dicho, las monilias son capaces de producir infecciones generalizadas con compromiso visceral. A este respecto, Schlutz¹⁷ refiere 5 casos en niños menores de 8 años y los clasifica en 2 tipos.

1. Forma séptica crónica con lesiones de la mucosa bucal y anginas con inclusión del tubo intestinal hasta el ano y extensión a los genitales femeninos. Esta forma se acompaña a menudo de mayor o menor compromiso pulmonar, hepático y renal.

2. Forma extremadamente crónica con lesiones cutáneas del tronco, extremidades y uñas. Todos los casos fueron resistentes al tratamiento y fallecieron.

En el adulto hemos encontrado relatados un caso de endocarditis por monilia en un morfinómano²⁴ y otro caso¹¹ también en morfinómano, con endocarditis crónica y generalización de la moniliasis. En ambos el hemocultivo fué positivo y en este último lo fué 11 veces, encontrándose una monilia cuya identificación posterior demostró ser *Monilia parakrusei*¹⁶. Estos enfermos fallecieron. El pasaje del germen a la sangre, sin la existencia de endocarditis, es extremadamente rara y Wessler y Browns²² se refieren a un enfermo que presentó un cuadro muy grave, semejante a una tráqueobronquitis aguda, que mejoró con sulfatiazol, pero los hemocultivos fueron positivos para las *Candidas albicans*, hasta que se hizo un tratamiento yodado.

Al parecer, este enfermo tenía, además, una moniliasis renal y un cuadro bronquial crónico atribuible también a estos hongos.

En cuanto a las infecciones broncopulmonares por monilias son también poco frecuentes y, en general, los diversos autores sólo refieren casos aislados, siendo infección primitiva o secundaria a otra afección. Bakst, Hazard y Foley³, en 1934, relatan 3 casos de infección pulmonar, 2 primitivas y 1 secundaria a infección tuberculosa. Los autores, al revisar la literatura, se refieren, en primer lugar, a la clasificación de las moniliasis broncopulmonar hecha por Castellani y que es la siguiente:

Primer grupo: Forma leve, caracterizada por tos y desgarramiento purulento. Examen pulmonar generalmente negativo y a veces escasos estertores. Curso clínico de varias semanas, remite espontáneamente o se agrava.

Segundo grupo: Forma moderada o intermedia con síntomas de catarro tráqueo-bronquial, tos, fiebre, disnea paroxística y desgarro con estrías de sangre. Semeja una bronquitis crónica y puede durar años o agravarse y pasar al tercer grupo.

Tercer grupo: Forma grave, semeja una infección tuberculosa, fiebre, pérdida de peso, transpiración nocturna, fatiga, dolor torácico, tos, hemoptisis, disnea y también anemia. Los signos clínicos son de engrosamiento pleural de consolidación. Generalmente fatales.

Fuera de estas formas, los autores citan otras, que semejan tráqueobronquitis, neumonía lobar, bronconeumonía y asma bronquial. Las moniliasis broncopulmonares se han descrito en todas partes del mundo, pero parece que son más frecuentes en los climas cálidos. Se presentan generalmente en adultos. Es frecuente hallar a las monilias como saprófitos, pero en condiciones favorables se hacen patógenas para el hombre o para los animales. La lesión primitiva se produce por inhalación o contacto. Según estudios de Marret¹³ sobre las formas de desarrollo de las colonias de las monilias, éstas actuarían en el árbol respiratorio por la formación de pus y por acción mecánica, produciendo, según ella, unas formas bronquiales y otras obstructivas de los pequeños bronquios con colapso e infección pulmonar consecuentes.

En cuanto al diagnóstico, los autores antes nombrados dicen que debe pensarse en estas afecciones en los casos con sintomatología de tuberculosis y en que no se encuentre el bacilo de Koch. Dichos autores opinan que las formas agudas de moniliasis broncopulmonar son más frecuentes de lo que se cree.

Los hallazgos radiológicos, según Shanks y col.¹⁸, son escasos generalmente y consisten sólo en un aumento de las sombras hiliares y de la trama pulmonar en forma de abanicos y rayas borrosas que se dirigen hacia las bases. También puede producirse bronquiectasia. Waters²¹ dice que no existe un criterio de diagnóstico radiológico de la moniliasis broncopulmonar. Sin embargo, por las observaciones se demuestra que el proceso se inicia en la región hilar y se extiende por la trama broncovascular. Puede quedar localizado a un pulmón, pero generalmente se toman los dos. Rara vez se comprometen primitivamente los vértices. Las lesiones descritas consisten en opacidades de apariencia algodoadada. Bakst y col.⁹ describen engrosamientos peribronquiales, nó-

dulos, infiltraciones, engrosamiento y fibrosis pleurales, áreas de consolidación, etc. El diagnóstico diferencial debe hacerse con los procesos agudos, silicosis, carcinoma metastásico y tuberculosis miliar. También habría que distinguirlo de otras afecciones pulmonares o de compromiso pulmonar, tales como la histoplasmosis y la sarcoidosis, que da un moteado miliar en el comienzo, seguido a veces, de sombras lineales a lo largo de la trama broncopulmonar y cuyo diagnóstico de seguridad sólo puede hacerse por la biopsia de un órgano superficial comprometido. Otras afecciones de las que habría que distinguirla, serían las micosis producidas por otros hongos, como la coccidiomicosis, la actinomicosis, etc.

Para confirmar el diagnóstico, según varios autores, basta el hallazgo de las monilias en el desgarro en repetidas ocasiones. La determinación de su poder patógeno por la inoculación experimental no parece tener gran valor, por no existir una estrecha relación entre el poder patógeno, experimental, en los animales y en el hombre.

J. Márret¹⁴ encuentra la moniliasis pulmonar asociada a la tuberculosis en un alto porcentaje y sin pronunciarse sobre el papel patógeno de dichos hongos, concluye que al hacer el tratamiento adecuado a base de yoduro de potasio en estos casos, ha disminuido la mortalidad en la tuberculosis. Wiese y Bixby²³ relatan un caso de asociación de bronquiectasia y moniliasis; creen dichos autores que la moniliasis es más frecuente de lo supuesto.

Wylie y De Blas²⁵ refieren el caso de una moniliasis broncopulmonar, que al principio había sido diagnosticada como bronconeumonía. Hiatt y Martin⁶ también refieren otro caso; y, entre nosotros sólo hemos encontrado las observaciones de Honorato¹⁰, quien aisló la *Candida albicans* altamente virulenta en un caso de moniliasis pleuropulmonar y en otro, de broncomoniliasis. Ambos enfermos eran adultos.

En cuanto al tratamiento de la moniliasis broncopulmonar hay diversas opiniones. En primer lugar, como en otras micosis, se ha usado el yodo: yoduro de potasio por la vía oral y yoduro de sodio por la vía endovenosa. Con ello se ha obtenido beneficio especialmente en las formas leves y medianas. Algunos autores han usado otros medicamentos con efectos favorables: violeta de genciana, azul de metileno endovenoso, timol coloidal, radioterapia y vacunas. En la observación de Hiatt⁶ se obtuvo un franco éxito con el uso de suero preparado en conejos por vacunación. En el caso de

septicemia de Wessler y Browne²², no se obtuvo resultado sobre la positividad de los hemocultivos con el sulfatiazol y la cepa de *Candida albicans* aislada de este enfermo fué resistente a la penicilina in vitro.

OBSERVACION N° 46/12149. --- T. L. Z.

Niña de 6 años, que ingresa a la Posta de Primeros Auxilios del Hospital M. Arriarán el 16 de julio de 1946, por un cuadro respiratorio, acompañado de gran compromiso del estado general.

Antecedentes familiares. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sólo es de interés anotar un cierto retardo en el desarrollo estado-dinámico.

Antecedentes mórbidos. — Bronquitis aguda en julio de 1945; sarampión en octubre del mismo año; varicela en abril de 1946 y, unos días después, posible púrpura anafiláctico.

Enfermedad actual. — Se inicia bruscamente el 8 de julio de 1946 con fiebre coriza, tos y disnea poco acentuada. El día 11 se acentúa la disnea y se compromete progresivamente el estado general. Dos días después la madre le nota dificultad en la articulación de las palabras y afonía. Por indicación de médico particular se le inyecta penicilina en un total de 100,000 U. A pesar de que entonces experimenta una ligera mejoría, la niña es traída a la Posta Infantil, por persistir el estado de gravedad.

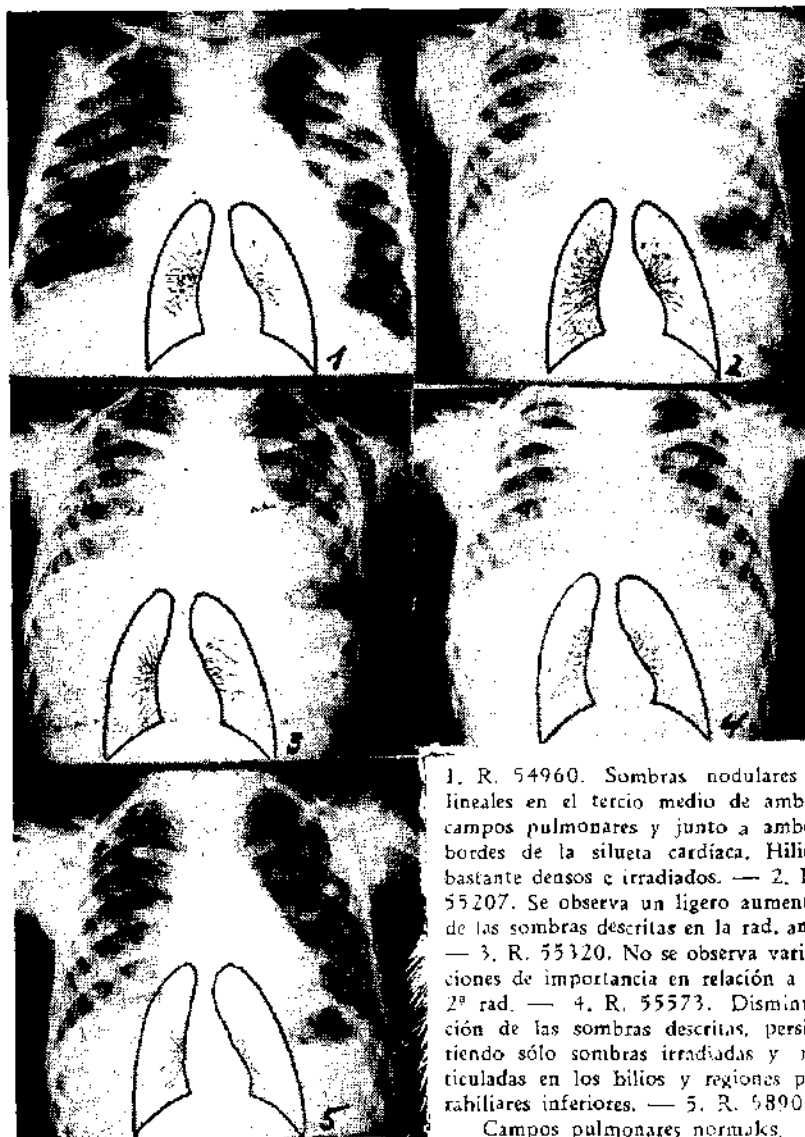
Examen físico. — En recepción se encuentra una niña muy grave, con el sensorio embotado y que se queja en forma intermitente. Regular estado nutritivo y talla algo reducida para su edad. Temperatura: 37° C. Pulso: muy taquicárdico y blando. Respiración: de una frecuencia de 72 por minutos. Piel: con turgor y elasticidad conservados. Cabeza: facies intoxicada de color pálido terroso; ojos: nada de especial; boca: dentadura en regular estado, lengua húmeda y saburral, faringe rosada. Cuello: nada de especial. Tórax: pulmones: a la auscultación se aprecia estertores bronquiales húmedos de pequeña y mediana burbuja en ambos campos pulmonares; corazón: tonos cardíacos taquicárdicos y algo apagados. Abdomen: depresible a la palpación; hígado a dos traveses y medio bajo el reborde costal; bazo de palpación dudosa.

Resto del examen físico nada de especial.

Por la historia clínica y el examen físico se hacen entonces los diagnósticos de bronconeumonía bilateral y posible tuberculosis pulmonar.

La terapéutica indicada es la siguiente: sulfatiazol (3 tabletas como dosis inicial y a continuación una tableta cada 4 horas), adrenalina lenta, vitamina C y suero glucosado al 15% en las dosis de 30 cc. cada 8 horas.

Se indica una reacción de Mantoux al 1 x 1,000, que resulta negativa, y una radioscopia de tórax que se practica al día siguiente y cuyo informe es "sombras irregulares en ambas regiones paravertebrales inferiores, especialmente al lado izquierdo".



1. R. 54960. Sombras nodulares y lineales en el tercio medio de ambos campos pulmonares y junto a ambos bordes de la silueta cardíaca. Hilios bastante densos e irradiados. — 2. R. 55207. Se observa un ligero aumento de las sombras descritas en la rad. ant. — 3. R. 55320. No se observa variaciones de importancia en relación a la 2ª rad. — 4. R. 55573. Disminución de las sombras descritas, persistiendo sólo sombras irradiadas y reticuladas en los hilos y regiones paravilares inferiores. — 5. R. 58909. Campos pulmonares normales.

Permanece en la Posta Infantil durante 4 días en estado de suma gravedad, el que es revelado por la siguiente sintomatología: psiquis embotada, aratos, intranquilidad, respiración estertorosa, cianosis facial, retracción epigástrica y tendencia a la posición en opistótono por dificultad respiratoria. A la auscultación pulmonar se evidencian estertores bronquiales húmedos y estertores finos en ambos campos. Además del tratamiento indicado en este cuadro, que transcurre prácticamente afebril, se agrega penicilina intramuscular y ceramina.

Presenta una ligerísima mejoría; pero, al ser trasladada al Servicio de Infecciosos, se constata siempre una enfermedad muy grave. La niña está semi-consciente, intranquila, delirante con alucinaciones visuales y gritos de tipo meníngeo. La facies es de color rojo cianótico; la faringe enrojecida y en la sintomatología pulmonar predominan los estertores bronquiales húmedos de todo tipo de burbuja. Los tonos cardiacos se auscultan regularmente timbrados y el pulso es taquicárdico y de mediana tensión. El abdomen es globuloso y se palpa la hepatomegalia ya descrita. Los reflejos abdominales, rotulianos y plantares están abolidos, y no se aprecian signos meníngeos.

Sin precisar el diagnóstico, se continúa con la misma terapia y se piden algunos exámenes: el hemograma revela una anemia hipocroma de mediana intensidad y una leucocitosis de 18.000 con acentuada desviación nuclear. La sedimentación es de 5 mm. y el examen de otorrino es negativo.

Debido a la marcada alteración psíquica que presenta y aun cuando no se encuentran signos meníngeos, se hace una punción lumbar que da salida a líquido claro a presión aumentada y cuyo examen citoquímico da resultados normales.

Con el mismo fin de descartar una afección neurológica se practica un examen de fondo de ojo que el especialista informa como negativo.

La etiología del cuadro pulmonar se atribuye a una tuberculosis y para su investigación se practica, en primer lugar, una radiografía al día siguiente a su ingreso al Servicio de Infecciosos, o sea, al 6º día de hospitalización.

Radiografía pulmonar 54960 (6º día) 20-VIII-46. — Sombras nodulares y lineales en el tercio medio de ambos campos pulmonares y junto a ambos bordes de la silueta cardíaca. Hilios bastante densos e irradiados.

Radiológicamente no se llega a una conclusión diagnóstica. Sin embargo, pensando siempre en una probable tuberculosis, se continúa su estudio. La reacción de Mantoux, que había sido negativa al 1 x 1.000, se repite al 1 x 100, con igual resultado. Tampoco se encuentra el bacilo de Koch en el examen de desgarro. A pesar de la negatividad de estos exámenes, se mantiene la suposición diagnóstica ya dicha y se suspende la penicilina después de enterar 150.000 U.; pero se continúa con sulfatiazol.

La evolución que sigue la niña en el Servicio de Infecciosos en los primeros días es semejante a la presentada en la Posta Infantil, es decir, continúa grave, tanto desde el punto de vista respiratorio como psíquico, lo que obliga

en tres ocasiones a recurrir al Servicio de Guardia y a la administración de sedantes y oxígeno.

Al noveno día de hospitalización se aprecia una ligera mejoría psíquica y los signos bronquiales comienzan a decrecer. Pero el pulso, que había sido blando y regular hasta entonces, se hace casi imperceptible y la presión arterial máxima es de dudosa apreciación, pareciendo auscultarse en 70 mm. y la mínima no puede determinarse. Los tonos cardíacos están apagados. Junto a esta sintomatología cardiovascular se aprecia edema de las extremidades, especialmente notorio en los pies y manos, y en la región dorso lumbar más acentuado desde la base del tórax hasta el nivel de las espinas de los omoplatos. El edema se intensifica en el curso de 3 días y el pulso se hace irregular en frecuencia y amplitud. Además, el abdomen se hace más globuloso, con ombligo erético y en dos ocasiones se percute macidez sospechosa de ascitis. Esta sintomatología se atribuye a una alteración miocárdica y al tónico periférico que se está usando desde el ingreso (adrenalina lenta), se agrega estrofantina (1/8 mgr. durante 6 días). Desde entonces el pulso se hace más tenso y regular; el edema desaparece completamente al 17º día, es decir, tiene una evolución de 8 días, y el abdomen se hace menos globuloso y más depresible. La hepatomegalia descrita al ingreso, no experimenta variación apreciable en el transcurso de esta nueva sintomatología.

Como ya se ha dicho anteriormente, al noveno día se nota una mejoría del estado psíquico, sin embargo, al duodécimo día no controla los esfínteres y aunque está consciente, se queja durante el examen y habla en forma ininteligible y con voz ronca y sospechosa de bitonal. La ronquera que había aparecido al comienzo de la enfermedad no se apreció claramente hasta ese momento, debido al estado de inconciencia y excitación psíquica que presentaba en los primeros días de hospitalización.

Esta alteración de la voz, junto al cuadro broncopulmonar, cuya evolución no coincide con la observada generalmente en una infección aguda y cuya etiología tuberculosa no puede afirmarse ni por la radiografía ni por los exámenes practicados (sedimentación, Mantoux, baciloscopia), hace pensar en la posibilidad de una infección por monilias. Con el fin de fundamentar esta nueva suposición diagnóstica y en vista de que la enferma había experimentado mejoría del estado general, es llevada en consulta al Servicio de Otorrinolaringología para que se le practique una laringoscopia indirecta. Tal como se esperaba, las lesiones laríngeas tienen el carácter de la algorra y el especialista Dr. Parada, da el siguiente informe del examen: "Mejillas, cara posterior de la úvula, epiglotis y aun en las mismas cuerdas vocales se puede apreciar una lesión semejante a una leucoplasia. Esta lesión semeja haber salpicado con pintura blanca los órganos afectados y no puede eliminarse aún raspando con algodón". Se toma muestra de dicho exudado y se envía, para la investigación de hongos, al Laboratorio de la Cátedra de Bacteriología e Inmunología del Prof. Hugo Vaccaro. El primer examen bacterio y micológico da el siguiente

resultado: El examen directo: se encuentran abundantes elementos levaduriformes y al cultivo aparecen abundantes colonias de gérmenes levaduriformes. Posteriormente, la identificación de dicho hongo reveló ser una *Candida albicans*.

Las lesiones de algorra bucofaringeas, que en la fecha del examen practicado por el especialista son muy discretas, evolucionan en unos 12 días y antes de desaparecer sufren una reagudización, pero curan completamente sin tratamiento. La ronquera desaparece al 16º día. No se hace control de la laringoscopia, pero al 48º día se efectúa una tráqueobroncoscopia, que no revela más lesiones que un enrojecimiento de los bronquios y al parecer, edema apenas apreciable.

Conjuntamente mejora la sintomatología general y respiratoria, ya que no se aprecian signos auscultatorios bronquiales a partir del 15º día, aunque unos días después reaparecen en forma pasajera en la base pulmonar izquierda. Sin embargo, esta mejoría clínica no coincide con la radiológica, pues la radiografía Nº 55207 del 6-VIII-46 (23º día de hospitalización) es informada así: Se observa un ligero aumento de las sombras descritas en la radiografía anterior.

Debido a este hecho se inicia entonces una terapéutica con yoduro de potasio oral en la dosis de 0.75 gr. diarios y con un total de 17.75 grs. en la primera cura. En la radiografía Nº 55320 del 12-VIII-46 (23º día), o sea, 6 días después de iniciado el tratamiento, no se observan variaciones de importancia, pero en la radiografía Nº 55573 del 27-VII-46, practicada al 44º día de hospitalización, se observa disminución de las sombras descritas, persistiendo sólo algunas sombras irradiadas y reticuladas en los hilios y regiones parahiliares inferiores.

La cura yódica se suspende a los 25 días de iniciada por acentuación de la taquicardia, que oscila alrededor de 120 durante la mayor parte del tratamiento, sin existir fiebre en ningún momento. Posteriormente se hace una segunda cura de 8.50 grs. en 20 días, siendo las dosis diarias inferiores a las usadas antes, porque también aparece taquicardia, que se cree en relación con la terapéutica yodada.

En la última radiografía hecha durante la hospitalización (Nº 55843) no se observan cambios de importancia.

Pasada la sintomatología broncopulmonar aguda aparecen en varias ocasiones tos, sibilancias y estertores bronquiales húmedos en uno o en otro campo pulmonar o en ambos a la vez. La duración de estos episodios no es mayor de 5 días y sólo en una oportunidad se acompañó de fiebre.

Este cuadro respiratorio es tratado también con transfusiones como medicación general, ya que no presenta anemia que precise de dicha indicación. La primera de dichas transfusiones se hace al 14º día y después se repiten cada 2 ó 4 días. La cantidad total de sangre trasfundida es de 1.000 cc. en 10 transfusiones.

Pasado el periodo de embotamiento psíquico, al comienzo de la tercera semana de hospitalización, la niña está quejumbrosa y llora por dolor en las extremidades inferiores. Conjuntamente se aprecia la piel seca y áspera a nivel de las superficies de extensión de los 4 miembros. Al fin de esta semana presenta edemas del pie y pierna izquierdos que sólo dura 3 días. Se indica cloruro de tiamina (9 mgrs. diarios). Coincidiendo con la iniciación de este tratamiento se aprecia disminución del dolor. Cuatro días después se practica un examen neurológico. La especialista Dra. Lucila Capdeville encuentra dolor en la trayectoria del ciático, especialmente al lado izquierdo y marcha dolorosa. Esto, unido a la irritabilidad e hipersensibilidad psíquica y a las lesiones de squamul y descamación de la piel, es interpretado por dicha especialista como signos de carencia del complejo B e indica complejo B. Se inicia inmediatamente la administración de complejo B Abbot (siendo la dosis diaria de vitamina B1 3.9 mgrs.). Continúa la mejoría ya iniciada, y a la semana siguiente la niña está animada y se levanta sin molestias para deambular.

Para complementar el estudio de la enfermita se hacen algunos exámenes. Con el fin de descartar, en lo posible, una infección tuberculosa, se llega a usar la reacción de Mantoux hasta el 1 x 10. Antes del alta se repite nuevamente la reacción en todas las diluciones con resultados negativos. Se hace también un examen de lavado gástrico y no se encuentran bacilos de Koch.

Los hemogramas hechos al 20º y 37º día revelan sólo una leucocitosis de 8.200 y 10.800, respectivamente, y en el primero de ellos una anemia leve.

Las determinaciones de la velocidad de sedimentación dieron resultados, en su mayoría, normales y la cifra más alta fué 38 mm. al 20º día.

La niña es dada de alta en buenas condiciones generales a los 96 días de hospitalización y el último control clínico y radiológico del 15 de marzo de 1947, o sea, 5 meses después de la fecha de alta, revela un excelente estado general y normalización de la radiografía pulmonar.

Comentario.

De entre los hechos que tienen interés en este caso, lo constituye, en primer lugar, la edad de la enferma, ya que en la revisión de la literatura no hemos encontrado ningún caso de moniliasis broncopulmonar como cuadro único en niños, pero sí lo hemos hallado formando parte de la infección sistematizada¹⁷.

Otro hecho interesante fué el comienzo brusco, ya que en la gran mayoría de los casos, la enfermedad se inicia en forma lenta e insidiosa. También es de importancia notar la gravedad del comienzo. Ambos hechos se presentaron en el caso de Wessler²², en que el cuadro tuvo un comienzo agudo, estableciéndose rápidamente un estado de suma gravedad.

con gran disnea, edema de las cuerdas vocales y compromiso psíquico manifestado por intranquilidad y desorientación.

La evolución de nuestra enferma, como en el caso antes mencionado fué, sin embargo, favorable, ya que el cuadro respiratorio y psíquico comenzó a decrecer después de una semana de evolución, persistiendo sólo la sintomatología radiológica, cuya evolución fué más prolongada.

En esta enferma el compromiso laríngeo manifestado en un comienzo por la afonía y signos de obstrucción de las vías respiratorias altas (tendencia a la posición en epistótonos, retracción epigástrica y respiración ruidosa), guió la suposición diagnóstica hacia una moniliasis del árbol respiratorio por su coexistencia con síntomas y signos clínicos y radiológicos de una infección broncopulmonar. Este diagnóstico se vió comprobado por la laringoscopia, que demostró lesiones de algorra en las cuerdas vocales y por la presencia en el exudado de *Cándida albicans*. Naturalmente que con ello no se obtenía el diagnóstico definitivo, puesto que estos hechos sólo indicaban la causa de la afección laríngea. Sin embargo, al coincidir con el síndrome broncopulmonar, cuya evolución distaba mucho de ser la frecuentemente observada en las infecciones agudas por los gérmenes corrientes y en la que se descartó la etiología tuberculosa (reacciones de Mantoux repetidamente negativas, ausencia del bacilo de Koch), permitió afirmar el diagnóstico de moniliasis. Además, para corroborarlo tenemos las alteraciones radiológicas semejantes a las descritas en estas micosis, como ser las sombras nodulares y lineales de peribronquitis de predominio hilar y cuya evolución se vió favorecida por la yodoterapia. Este tratamiento, que se inició tardíamente respecto a la iniciación de la enfermedad, benefició notablemente las alteraciones radiológicas, cuya intensidad había aumentado al comenzarla. Las dosis usadas de yoduro fueron relativamente bajas, 26,25 grs. entre las 2 curas. No se aumentaron las dosis debido a la taquicardia, que atribuimos a esta terapéutica, y a la acción favorable que a pesar de ello se obtuvo.

Las alteraciones cutáneas consistentes en descamación y sequedad de las caras externas de las extremidades, que fueron interpretadas por el neurólogo como signos de carencia del complejo B, podrían ser atribuidas a manifestaciones alérgicas, que producen las candidas o monilias en los casos de algorra.

Las alteraciones psíquicas y signos de neuritis, también atribuido a la misma carencia, las creemos de difícil interpre-

tación, ya que, al parecer, esta carencia no tenía un origen primitivo, por no existir el antecedente de una alimentación cuanti o cualitativamente alterada. Para considerarla de origen secundario a la infección, creemos que la brusquedad de su aparición, la intensidad del cuadro psíquico y la relativa rapidez de su curación y la de la neuritis sin un tratamiento vitamínico adecuado, estarían en contra de dicha suposición. Como ya hemos dicho, las manifestaciones psíquicas estaban en franca regresión y las dosis de vitamina B) usada las creemos insuficientes.

Más difícil aún nos parece la interpretación del cuadro edematoso de probable origen cardíaco, por acompañarse de alteraciones cardiovasculares y que, por lo tanto, tratamos con estrofantina. En la revisión de la literatura hemos encontrado un caso descrito por autores portorriqueños⁸, en que en el curso de una broncomoniliasis se desarrolló edema generalizado, acompañado de apagamiento de los tonos cardíacos y pulso imperceptible. Esta sintomatología cedió a la terapéutica con tónicos cardíacos. Los autores no se pronuncian respecto a la etiología de estos síntomas.

La posibilidad de que el síndrome presentado por nuestra enferma se debiera a una alteración cardíaca producida por la monilia, se puede sugerir, basados en el caso citado anteriormente y en la opinión de Balog y Grossi², al referirse al valor de la vacuna como único tratamiento capaz de reparar el miocardio injuriado en la moniliasis.

Resumen.

1) Se revisa la literatura referente a las infecciones producidas por los hongos del género monilia.

2) Se presenta el caso de una niña de 6 años, en que se hace el diagnóstico de broncomoniliasis, cuya sintomatología radiológica cede a la terapéutica yodada y en que la sintomatología clínica había regresado casi totalmente al iniciar dicha terapéutica.

Summary.

A case of severe upper respiratory infection produce by a mold fungus designated "Candida Albicans" is reported.

Laryngoscopic studies revealed thrush invasion in the larynx and from culture "Candida Albicans" was isolated.

Differential diagnosis with bronchopneumonia and tuberculosis is discussed. Penicillin and sulfa drugs gave no results. With potassium iodide better results was obtained. Recovery after 15 days revealed radiographic signs that disappear after few weeks later.

A brief review of the literature is presented.

Bibliografía.

- 1.—ANDERSON, N. A.; SAGE, D. N. y SPAULDING, E. H. — Oral Moniliasis in New Born Infants. *Am. J. Dis. Child.* 67: 382, 1944.
- 2.—BALOG, P. y GROSSI, G. — Clinical and Experimental Studies on Castellani's Pulmonary Moniliasis. *J. Trop. Med.* 32: 253, 1929. Citado por Wiese y Bixby (23).
- 3.—BAKST, H.; HAZARD, J. B. y FOLEY, J. — Pulmonary Moniliasis. *J. A. M. A.* 102: 1208, 1934.
- 4.—BLAND, P. B. y RAKOFF, A. E. — Leukorrea. Clinical and Therapeutic Aspects. *J. A. M. A.* 115: 1013, 1940.
- 5.—DEGKWITZ y col. — Tratado de Pediatría. Labor, S. A. 1936.
- 6.—FERRADA, L. — Contribución al estudio del género *Candida*. Tesis de prueba. 1946.
- 7.—FINKELSTEIN, H. — Tratado de las enfermedades del niño de pecho. Labor S. A. 1929.
- 8.—HERNANDEZ, F.; RODRIGUEZ, R. y DIAZ, R. — Bronchomoniliasis in Puerto Rico. *Bol. Asoc. Méd. de Puerto Rico.* 33: 448, 1941.
- 9.—HIATT, J. y MARTIN, D. S. — Recovery from Pulmonary Moniliasis following Serum Therapy. *J. A. M. A.* 130: 205, 1946.
- 10.—HONORATO, A. — Blastomicosis humana. *Bol. Hosp. Viña del Mar.* 1: 71, 1945.
- 11.—JOACHIM, H. y POLAYES, S. H. — Subacute Endocarditis and Systemic Mycosis. *J. A. M. A.* 115: 205, 1940.
- 12.—MAC GREGOR, A. R. y HENDERSON, J. L. — Intestinal Thrush. *Arch. Dis. Childhood.* 18: 186, 1943.
- 13.—MARETT, J. — A Note on Monilic Infection of the Respiratory Tract. *Brit. Med. Jour.* 1: 917, 1933.
- 14.—MARETT, J. — Differential Diagnosis of Sputum in Chronic Lung Infections. *Brit. Med. Jour.* 1: 808, 1929.
- 15.—PARODI, S.; BELOU, A. y BLANCO, M. — Un caso insólito de blastomicosis laríngea primitiva causada por *Candida albicans*. *Rev. Asoc. Méd. Arg.* 58: 276, 1944.
- 16.—POLAYES, S. H. y EMMONS, C. W. — Final Report on the Identification of the Organism of the Previously Reported Case of Subacute

- Endocarditis and Systemic Mycosis (Monilia). *J. A. M. A.* 117: 1533, [1941].
- 17.—SCHLUIZ, F. W. — Systemic Thrush in Childhood. *J. A. M. A.* 105: 650, 1935.
- 18.—SHANKS, S. C.; KERLEY, F. y TWINING, E. W. — A Test Book of X-Ray Diagnosis. H. K. Lewis y Co. Ltd. London, 1939.
- 19.—STRICKLER, A. — Generalized Cutaneous Monilial Infection. *Am. J. Dis. Child.* 68: 382, 1944.
- 20.—WALERS, E. G. y CARTWRIGHT, E. W. — The Significance of Vulvovaginitis in Pregnancy. *J. A. M. A.* 113: 30, 1939.
- 21.—WATERS, CH. A. y KAPLAN, I. I. — The 1945 Year Book of Radiology. The Year Book Publishers Inc. Chicago.
- 22.—WESSLER, S. y BROWNE, H. — *Candida albicans* Infection with Blood Stream Invasion. *Ann. Int. M.* 22: 886, 1945.
- 23.—WIESE, E. P. y BIXBY, E. W. — Bronchiectasis, Associated with Monilia Simulating Pulmonary Tuberculosis. *J. Lab. & Clin. Med.* 26: 624, 1941.
- 24.—WIKLER, A.; WILLIAMS, E. G.; DOUGLAS, E. D. y EMMONS, C. W. — Mycotic Endocarditis. *J. A. M. A.* 119: 333, 1942.
- 25.—WYLJE, P. E. y DE BLASE, J. A. — Bronchopulmonary Moniliasis. *J. A. M. A.* 125: 463, 1944.
- 26.—YORKE, G. — Chronic Buccal Moniliasis. *Proc. of the R. S. of Medicine.* 37: 642, 1944.