

TRATAMIENTO DE LA MONILIASIS BUCAL EN PREMATUROS

Dr. RODRIGO LORIA

Sección de Pediatría. Hospital "San Juan de Dios". San José. Costa Rica.

Existe confusión en la nomenclatura y clasificación de los hongos denominados *Oidium*, *Monilia* y *Candida*, usándose los tres términos en forma indiferente para significar los mismos organismos¹.

Los hongos del género *Candida* se encuentran normalmente en las evacuaciones, en las mucosas genital y faringea y en la piel. La especie más importante, desde el punto de vista patológico, es la *Candida albicans*², aunque también producen padecimientos otras cinco, denominadas *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. parakrusei*, *C. stellatoidea*, *C. guilliermondi*.

Las seis especies de hongos producen alteraciones importantes en las mucosas, piel, aparato respiratorio y a veces se propagan por la sangre ocasionando cuadros septicémicos, endocarditis o meningitis.

La Moniliasis de las mucosas tiene su mejor representación en la cavidad bucal, manifestándose por manchas blancas de color cremoso que están adheridas a una base húmeda y enrojecida, la lengua puede estar también invadida y en las comisuras bucales haber grietas y fisuras (*Perleche*). Se considera que la alimentación inadecuada favorece el desarrollo del hongo albergado saprofiticamente en la boca.

Ultimamente han aparecido gran cantidad de relatos poniendo de manifiesto cómo los antibióticos, al disminuir la flora bacteriana, permiten el desarrollo fácil y con carácter patógeno de los hongos³⁺⁵⁺⁶⁺⁷.

En nuestro país se ha podido observar como el Muguet tiene predominio entre los lactantes pequeños y los prematuros, pareciendo facilitarse su implantación en niños mal nutridos y con diarreas crónicas.

El cuadro ha merecido atención en prematuros pues en muchos casos interrumpe el progreso de peso, debido a que dificulta la succión.

Se han visto casos de Muguet tanto en niños en tratamiento con antibióticos como en otros que no recibían éstos siendo de fácil propagación en la Sala de Prematuros, posiblemente por deficiencias en la técnica de aislamiento.

Creemos que el Muguet debe merecer para quien atiende prematuros y lactantes la consideración de una entidad nosológica de importancia, dejándola de considerar como simple "molestia", pues es un cuadro que puede directamente conducir el niño hacia la muerte.

Existen también numerosos relatos⁸⁻⁹⁻¹⁰ de cuadros de Moniliasis extendida a otros aparatos y sistemas que producen en forma directa la muerte.

MATERIAL DE ESTUDIO

Desde el 18 de Junio hasta el 24 de Agosto de 1955 se han observado en medio hospitalario 23 prematuros con Muguet, 21 casos fueron de la Sección de Pediatría del Hospital San Juan de Dios, un caso de la Clínica Bíblica y un caso del Hospital Central del Seguro Social. No se han incluido casos externos, ya que la observación diaria de los mismos hubiera sido deficiente.

Se encontró una incidencia similar entre niños y niñas y el peso de ellos varió de 1.000 a 2.300 gramos. 19 de los niños habían recibido o estaban recibiendo antibióticos tales como penicilina, estreptomina o cloromicetina.

El Muguet varió en intensidad, pero fué más marcado en aquellos niños con menos de 1.500 gramos de peso, encontrán-

dose formas violentas que se implantaban de un día para otro, con verdaderas membranas que cubrían lengua, paladar y regiones laterales de la boca. En cambio, en niños con pesos mayores, sólo llegaban a constituir un moteado característico.

En cuatro casos se hizo investigación de laboratorio encontrándose bacilos y pseudomicelios de *Candida*; el diagnóstico en el resto de los casos se hizo clínicamente, siendo el cuadro tan característico que no admitía discusión.

Con anterioridad era nuestra costumbre tratar el Muguet con violeta de geniana al 1% en forma de aplicaciones sobre las mucosas. Garrahan¹¹ recomienda el bicarbonato de sodio y borato de sodio en glicerina.

La impresión que nos dan esos tratamientos, aun cuando no tenemos estadísticas al respecto, es que el Muguet mejoraba después de varios días, cuando ya muchos prematuros habían perdido peso y se encontraban muy desnutridos.

TRATAMIENTO CON NISTATINA

La Nistatina^{*12} es un producto derivado de los cultivos de *Streptomyces Noursie* indicado como eficaz en el tratamiento de la Moniliasis intestinal; es sustancia de color amarillo pálido casi incolora y en estado seco es relativamente estable, pero se descompone rápidamente en presencia de agua. La absorción por vía oral es insignificante y no tiene toxicidad.

Se tritura un comprimido de 500.000 unidades y disuelve en 10 cc. de agua hervida aplicándose por medio de una gasa o de un aplicador especial; se indican 4 aplicaciones en 24 horas, continuando hasta dos días después de la desaparición total de los signos.

En los 23 casos se obtuvieron resultados excelentes y, así, ya a las 24 horas de iniciado el tratamiento, las membranas o las motas desaparecían, el niño volvía a succionar con facilidad y el progreso de peso seguía sin interrupción.

* Nisratina Squibb, Micostatin.

RESUMEN

Se revisa la acción patógena de los hongos del género *Candida* sobre la mucosa bucal y otros tejidos. Se llama la atención al hecho de que el Muguet disminuye la succión normal del lactante y conduce a estados de compromiso nutritivo.

23 niños prematuros con Muguet se tratan con una solución acuosa de Nistatina (*Streptomyces Noursie*). En todos ellos se obtuvo excelente resultado.

SUMMARY

TREATMENT OF MONILIASIS BUCCAL IN PREMATURE INFANTS.

A review is made on the pathogenic action of fungus belonging to the genus *candida* on the mucous membrane of the mouth and other tissues. Attention is called to the fact that Thrush decreases the normal sucking in infants and it leads into nutritional disturbances.

23 premature infants with Thrush were treated with an aqueous solution of Nistatine (*Streptomyces Noursie*). In all of the cases an excellent result was obtained.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—PROBISHER, M. — *Fundamentals of Bacteriology*. Saunders, Philadelphia & London, 1949.
- 2.—COSTERO, I. — *Tratado de Anatomía Patológica*. Atlante, University Society, México, 1946.
- 3.—CANNON, P. R. — The Changing Pathologic Picture of Infections since the Introduction of Chemotherapy and Antibiotics. *Bull. New York Acad. of Med.* 31: 87, 1955.
- 4.—SMITH, D. T. — The Disturbance of the Normal Bacterial Ecology by the Administration of Antibiotics with the Development of New Clinical Syndromes. *Ann. Int. Med.* 37:1135, 1952.
- 5.—KLEGMAN, A. M. — Are Fungus Infections Increasing as a Result of Antibiotic Therapy? *J.A.M.A.* 149:979, 1952.
- 6.—WOODS, J. W.; MANNING, I. H. y PATTERSON, C. N. — Monilial Infections Complicating the Therapeutic Use of Antibiotics. *J.A.M.A.* 145:207, 1951.
- 7.—HARRIS, H. J. — Aureomycin and Chloramphenicol in Brucellosis. *J.A.M.A.* 142:161, 1950.
- 8.—SCHABERG, A.; HUIJES, J. A. y WILT, J. C. — Disseminated Candidiasis. *Arch. Int. Med.* 95:112, 1955.
- 9.—LEVY, E. S. y COHEN, D. B. — Systemic Moniliasis and Aspergillosis Complicating Corticosteroid Therapy. *Arch. Int. Med.* 95:118, 1955.
- 10.—BROWN, C.; PROPP, S.; CUEST, C. M.; BEEBE, R. T. y EARLY, L. — Fatal Fungus Infections Complicating Antibiotic Therapy. *J.A.M.A.* 152:206, 1953.
- 11.—GARRAHAN, J. — *Medicina Infantil*, El Ateneo. Buenos Aires, 1951.
- 12.—Laboratorio Squibb. — Para la Prevención y Tratamiento de la Moniliasis Intestinal, Micostatin (Nistatina Squibb).