

MUGUET POR MONILIASIS (*)

La moniliasis producida por distintas especies del género *Cándida*, comúnmente por el *Candida albicans*, es una infección aguda o subaguda, en la cual el hongo puede provocar lesiones en la boca, la vagina, la piel, las uñas, los bronquios y los pulmones, y ocasionalmente una septicemia, endocarditis y meningitis. Su primera descripción fué hecha por Castellani en Ceilán en el año 1905.

El hongo causante de las diversas formas de moniliasis puede ser aislado frecuentemente en las heces, vagina, piel y de la cavidad bucal, que es lo que a nosotros nos interesa. Esto de que los hongos productores de esta enfermedad se encuentren frecuentemente en la boca de los individuos normales hace muy difícil el diagnóstico certero de moniliasis broncopulmonar, más todavía si el microorganismo puede ser aislado en esputos de pacientes tuberculosos, con absceso pulmonar u otros procesos pulmonares. Tomaszewski indica que el tratamiento con los nuevos antibióticos puede preparar el crecimiento por invasión secundaria micótica.

Este problema ha sido también tratado con atención por Ormerod y Friedmann al examinar un caso de moniliasis orofaríngea, que se extendió a los bronquios y que se desarrolló en el curso de un intenso tratamiento por antibióticos (penicilina, estreptomina y aureomicina) en una sinusitis maxilar. En este caso, el cuadro clínico y el descubrimiento del *Candida albicans* sugiere que fué producido exclusivamente por estos antibióticos.

Harris estudió 91 mujeres y 44 hombres tratados con aureomicina y cloromicetina por brucelosis crónica. Estos antibióticos, que fueron efectivos para la brucelosis, produjeron, sobre todo en las mujeres, efectos anormales, náuseas, vómitos, epigastralgia, disnea, lesiones de las membranas de la boca, faringitis y vaginitis, aislándose el *Candida albicans* de los exudados de las mucosas afectadas. Wood y colaboradores observaron también 25 casos de moniliasis desmenuzados como resultado de la administración de penicilina, aureomicina y cloranfenicol, pero sin manifestaciones pulmonares. En el Council on Pharmacy and Chemistry se fija que el cloranfenicol, la

aureomicina y la terramicina, altamente bacteriostáticos, pueden causar supresión de bacterias susceptibles y reemplazarse por monilias y otros organismos levaduriformes. Lipmk cree que por experiencias *in vitro* se puede pensar que el crecimiento del *Candida albicans*, por el material obtenido de las cápsulas de aureomicina, era debido al fosfato inerte contenido en tales cápsulas.

De la moniliasis broncopulmonar se creía que esta enfermedad era más rara. Y aunque no es muy frecuente, se encuentran cada día más en la literatura nuevos casos. Blanco estudia la bronconeumopatía micótica, por el *Candida albicans*, en los trabajadores de la industria textil y la significación que ésta puede tener en la medicina ocupacional.

Distribución geográfica

Casos de moniliasis se han observado en todas las partes del mundo y cómo el hongo se presenta con tanta frecuencia en individuos sanos o con tal variedad de formas clínicas que es imposible obtener datos valorizables sobre la distribución geográfica de la enfermedad. Uylle y De Blase insisten en que estos hongos están principalmente distribuidos en climas tropicales y templados, siendo la incidencia más alta al sur de los Estados Unidos.

Fuentes y modos de infección

El hongo puede persistir largo tiempo en ambiente seco y polvoriento. Además se han encontrado monilias saprófitas en la boca humana y otras resecciones del cuerpo y pueden, bajo ciertas condiciones, llegar a ser virulentas para el tejido pulmonar, pudiendo una bronquitis, una neumonía, una gripe, favorecer su implantación.

La moniliasis se presenta en cualquier edad, en todas las razas y en ambos sexos.

Diagnóstico

La mera demostración de monilias en el esputo no confirma el diagnóstico.

Castellani ofrece a la presencia de monilias tres posibilidades: 1. Que sean patógenas y no virulentas. 2. Que sean invasión secundaria. 3. Que sean virulentas y causen la enfermedad.

Micrología

Entre todos los hongos aislados de fuentes humanas, el grupo de los del tipo levadura ha sido el que ha presentado las mayores

dificultades para su estudio. Se han descrito hasta 172 sinónimos para la sola especie de *Candida albicans*. El nombre precedente familiar, antes empleado de monilia, ha sido sustituido ahora por el nombre de Cándida.

Serología

En el suero de pacientes de moniliasis ha podido demostrarse la presencia de aglutinas y se han observado títulos tan elevados como 1 : 2.400. Un porcentaje muy elevado de individuos aparentemente normales dan reacciones cutáneas positivas a la inyección intradérmica con vacunas o extractos de *Candida albicans*. Estos hallazgos no pueden sorprender, en vista del hecho indudable de que este hongo puede ser aislado de la piel, la boca y las heces de los individuos normales.

Tratamiento

La moniliasis broncopulmonar responde bien, por lo general, al tratamiento con el yoduro potásico. Antes de administrarlos debe practicársele al enfermo una prueba cutáneo con vacuna muerta por el calor de *Candida albicans* para determinar el grado de sensibilidad frente al hongo. Los pacientes hipersensibles deben ser desensibilizados antes de administrarles los yoduros.

Wylle y De Blase aconsejan dar yoduro potásico, 15 gramos, tres veces al día, aumentando lentamente hasta 75 a 100 gramos diarios. Mackee asegura haber tratado algún caso grave con inhalaciones de ioduro de etilo. Stowall y Greeley han recomendado la violeta de genciana endovenosa en el tratamiento de la moniliasis pulmonar; la dosis de violeta de genciana es de 5 mg. por kilogramo de peso del cuerpo, repitiendo la inyección cada dos días o cada día durante siete a diez días seguidos. Marret ha usado la vacuna autógena de monilias con algún resultado. Harve y Schmid dan buenos resultados con dosis pequeñas de radioterapia. Vanbree comunica resultados positivos con la sulfopiridina. Zahawi y Semali emplean la estreptomina con éxito grande en el caso por ellos estudiado de moniliasis broncopulmonar.

El peligro de la miosis por la terapéutica con antibióticos ()*

Se lee cada vez más frecuentemente que la terapéutica con antibióticos ha provocado moniliasis con elevada morbi-mortalidad.

Ello es consecuencia de la alteración del balance normal de la flora bacteriana del organismo. Y no ocurre ya como hecho aislado en un sujeto dado sino que la terapéutica con antibióticos ha creado, por un lado, una forma de resistencia de cepas enteras de microorganismos, y por otro, al incrementar la proliferación de agentes saprofíticos ha dado lugar a una patología que ha llevado la atención hacia estos hechos.

El mejor ejemplo lo da el crecimiento de las levaduras y la aparición de cuadros infecciosos en el aparato digestivo y respiratorio por *Candida (monilia) albicans* como lo señalaron Woods y col. (JAMA., 1951, 145, 207).

Lo importante del hecho no es la existencia de la moniliasis sobre todo respiratoria ya que es esta una enfermedad propia aunque rara, sino su ocurrencia *sobreimpuesta* a otro proceso a gérmenes bacterianos infecciosos como consecuencia del tratamiento antibiótico dirigido contra ellos. Esto lo señaló claramente el Council on Pharmacy and Chemistry (JAMA., 1951, 145, 1267). Tenemos además a la vista las observaciones casuísticas de Woods (Lancet 1952, 1, 1236) y de Taylor, Rundle (Lancet 1951, 1, 1236) y de Browne (Lancet 1954, 1, 393). Estos autores, pero sobre todo el primero, aconsejan por tanto que el tratamiento con antibióticos para enfermos del aparato respiratorio para evitar la monialisis, debe hacerse a cortos cursos alternando con períodos de reposo terapéutico para así restablecer el balance normal de la flora.

Recientemente Sharp (Lancet 1954, 1, 390) ha estudiado el crecimiento de la *Candida albicans* durante la terapéutica con antibióticos, estudio que confirma y unifica todas las precedentes observaciones. El crecimiento ocurre después de la institución de todos los antibióticos y de los sulfamidados.

Premio Dr. h. c. René Jaccard

Por iniciativa del Arpa Española y a propuesta del Prof. Gómez Jara el Arpa Internacional ha creado un Premio que sirva de estímulo a todos cuantos contribuyen al logro de los fines de la asociación.

Este premio, recompensará cada dos años con una medalla de bronce y un diploma, el mejor o los dos mejores trabajos publicados en el intervalo de dos congresos del Arpa. Además, cualquier autor puede enviar sus trabajos al Presidente del Arpa Internacional para optar al premio; lo que hará en cinco ejemplares, cinco meses antes del congreso. La cuantía del premio será designada por el A. I.

Con tan acertado proposición, el Arpa Española esperamos que su contribución científica sea digna de su categoría.

(*) Entscdo. de "Sem. Méd. B. A.", 1955.