

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE
LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CANDIDIASIS OROFARÍNGEA EN ADULTOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-794-16

Avenida Paseo de la Reforma 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, México D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social**, “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Diagnóstico y Tratamiento de Candidiasis Orofaringea en Adultos en el Primer Nivel de Atención**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **“Evidencias y Recomendaciones”** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en:

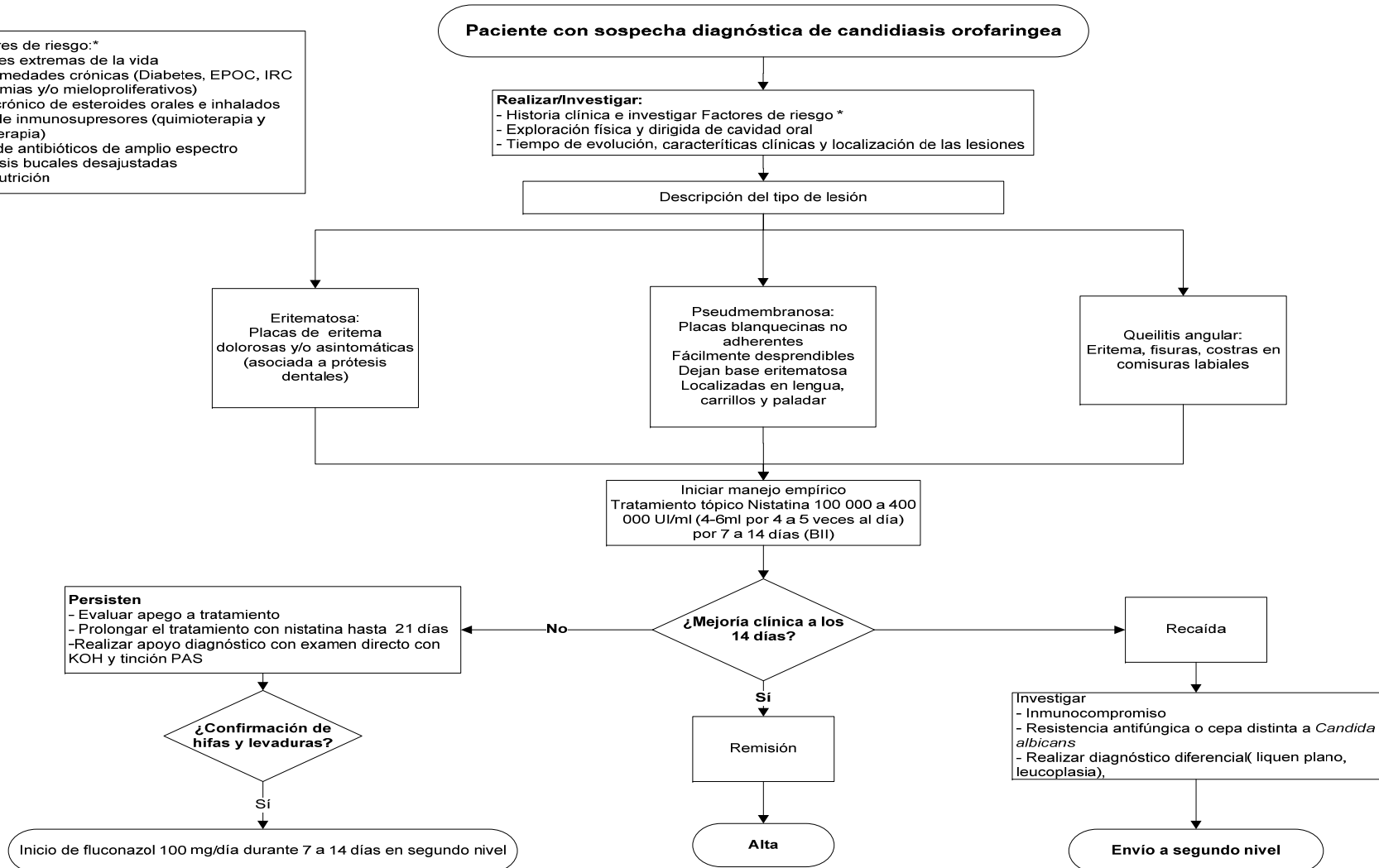
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

ISBN en trámite

1. DIAGRAMAS DE FLUJO

Diagnóstico y tratamiento de la candidiasis orofaríngea

- Factores de riesgo:***
- Edades extremas de la vida
 - Enfermedades crónicas (Diabetes, EPOC, IRC Leucemias y/o mieloproliferativos)
 - Uso crónico de esteroides orales e inhalados
 - Uso de inmunosupresores (quimioterapia y radioterapia)
 - uso de antibióticos de amplio espectro
 - Prótesis bucales desajustadas
 - Desnutrición



2. CANDIDIASIS OROFARÍNGEA

DIAGNÓSTICO

Recomendación Clave	GR*
A los pacientes con prótesis dentales se les debe sugerir remover y limpiar las prótesis todas las noches antes de acostarse, mediante cepillado y sumergiéndolas en una solución de desinfectante	D
Ante el paciente con sospecha clínica de candidiasis oral, se requiere investigar los factores predisponentes y de riesgo: xerostomía, tabaquismo, desnutrición, pérdida de la integridad de la mucosa oral mediante traumatismo, maceración y oclusión (prótesis dental), antecedente de quimioterapia, radioterapia, neoplasia, infecciones crónicas, así como enfermedades endocrinas y estados de inmunosupresión.	D
El diagnóstico de la candidiasis orofaríngea es generalmente clínico. El médico de primer contacto debe reconocer e investigar las lesiones clínicas características, los factores predisponentes (locales y sistémicos), así como el tipo, la gravedad y la cronicidad de las lesiones.	D
Para la identificación y el diagnóstico de las lesiones de la mucosa oral, se requiere de una historia clínica y exploración física completa de la cavidad oral. El conocimiento de las características clínicas, como el tamaño, la ubicación, la morfología de la superficie, el color, la presencia o no de dolor y la duración de las lesiones, son útiles para establecer el diagnóstico.	D
Para el diagnóstico de la candidiasis orofaríngea, es importante identificar la localización y el tiempo de evolución de las lesiones, así como investigar la presencia de comorbilidad y el uso de fármacos, particularmente antimicrobianos y antineoplásicos.	D
El patrón clínico reconocido con mayor facilidad es la candidiasis pseudomembranosa (aftas), el cual se presenta como placas blancas amarillentas que comprometen toda la mucosa bucal, principalmente en la cara interna de las mejillas, la superficie de la lengua paladar, encías y piso de la boca y que generalmente pueden desprenderse mediante raspado con una gasa o abatelenguas, dejando expuesta una base eritematosa, habitualmente no dolorosa.	D
En el diagnóstico diferencial de la forma pseudomembranosa, se sugiere considerar lesiones blancas como quemaduras, leucoplasia, liquen, desechos alimentarios, infecciones bacterianas o alteraciones congénitas tipo nevo blanco esponjoso. En el caso de una quemadura, la historia clínica será definitiva, y en el liquen plano o leucoplasia no se desprenderán las lesiones ni responderán al tratamiento.	D
Se sugiere considerar la posibilidad de candidiasis eritematosa ante la presencia de manchas rojas localizadas frecuentemente en el paladar duro y el dorso de la lengua, en pacientes con antecedente de uso de corticoesteroides o antimicrobianos de amplio espectro.	D

Ante el paciente con lesiones características de candidiasis eritematosa se sugiere investigar la presencia de depapilación de la mucosa lingual, acompañada de la imposibilidad de ingerir alimentos ácidos, picantes y calientes; disfagia y pérdida del espesor de la lengua.	D
Se sugiere considerar la sospecha clínica de candidiasis hiperplásica crónica ante la identificación de placas blancas que no pueden removerse con una gasa o abatelenguas y que habitualmente se localizan en la mucosa bucal, el paladar y la lengua. El paciente puede estar asintomático o bien referir ardor, escozor y/o alteración del gusto.	D
Ante el paciente con candidiasis hiperplásica crónica se sugiere vigilancia y toma de biopsia para confirmar el diagnóstico y excluir displasia.	D
En el diagnóstico diferencial de las formas hiperplásicas, se sugiere considerar: queratosis congénitas y leucoplasias, en estos casos los hallazgos de anatomía patológica y la respuesta al tratamiento, son elementos de apoyo para el diagnóstico.	D
Durante la exploración física del paciente con queilitis angular se observa fisuras, eritema y/o lesiones costrosas, en las comisuras labiales. Habitualmente asintomática o bien asociado con ardor, escozor o irritación.	D
Se sugiere considerar la sospecha diagnóstica de glositis romboidal media, ante la presencia de una zona central eritematosa de atrofia papilar de la lengua, que generalmente se observa en los fumadores o personas que usan corticoesteroides inhalados.	D
En la mayoría de los casos, el diagnóstico de la candidiasis orofaríngea se basa en la identificación de signos y síntomas clínicos. Cuando el diagnóstico clínico no es claro o el paciente no responde al tratamiento antifúngico empírico, se pueden considerar pruebas adicionales, tales como: citología exfoliativa, biopsia de tejido o cultivo y pruebas de sensibilidad.	D
Se puede sospechar el diagnóstico de candidiasis esofágica cuando el paciente con candidiasis bucal refiere disfagia.	D
La confirmación de la sospecha clínica de candidiasis se puede obtener por citología exfoliativa. El material obtenido se debe extender sobre un portaobjetos de vidrio. La aplicación de unas gotas de hidróxido de potasio al 10% (KOH) al frotis citológico fresco puede permitir el examen microscópico inmediato de la preparación.	D
El médico o el estomatólogo generalmente pueden diagnosticar la candidiasis bucal observando la boca y la lengua, si el diagnóstico no es claro, se pueden llevar a cabo los siguientes exámenes: cultivo de lesiones bucales y examen microscópico de raspados bucales.	D
Para mejorar la sensibilidad, del frotis citológico puede dejarse secar, fijar con etanol y teñir con ácido periódico de Schiff.	D

Se sugiere utilizar la inmunofluorescencia para detectar anticuerpos anticandida, la cual tiene especial importancia en las candidiasis crónicas y en estudios clínicos, ya que en estas formas el frotis y el cultivo son menos concluyentes.	D
En ocasiones es necesario realizar un raspado de la lesión o zona afectada, para obtener una muestra y enviarla a laboratorio para la identificación de hifas e incluso realizar cultivo, para confirmar la especie y sensibilidad.	D

TRATAMIENTO

Recomendación Clave	GR*
El primer paso en el manejo del paciente con candidiasis orofaríngea, requiere de una evaluación integral de la cavidad oral y del dolor, recomendar una correcta higiene oral y dental, control de los factores de riesgo de infección locales (colocación de una prótesis correcta o disminución de la xerostomía) y sistémicos (control de diabetes o la ferropenia) así como del empleo de fármacos antifúngicos adecuados.	D
Ante el paciente con estomatitis protésica, se sugiere realizar una correcta higiene de la prótesis, dejar de usar la prótesis por la noche y mantener una adecuada colocación y ajuste de la misma.	D
Al paciente con prótesis dental, se le sugiere sumergir la prótesis en una solución diluida de hipoclorito de sodio (5-10%) durante la noche, después de haberlas cepillado enérgicamente con jabón.	D
Ante el paciente con candidiasis oral sin complicaciones, se sugiere higiene y empleo de antimicótico oral tópico.	D
Para la enfermedad leve, se recomienda el uso de nistatina en suspensión a una concentración de 100.000 U / ml, en dosis de 4 - 6 ml cuatro veces al día durante 7-14 días.	B-II
Debido a que la nistatina se absorbe poco por vía digestiva, se sugiere mantener contacto directo con la mucosa oral, durante al menos dos minutos, antes de deglutirlo.	D
Es importante considerar que la nistatina tiene poca absorción sistémica y alto contenido de azúcar como un vehículo, por lo que se sugiere utilizar con precaución en pacientes diabéticos.	D
Para casos de enfermedad moderada a grave, se recomienda el uso de fluconazol vía oral en dosis de 200 mg (3 mg / kg) el primer día y 100 mg/día durante 7-14 días.	A-I

*Grado de Recomendación

En los pacientes con candidiasis orofaríngea refractaria a fluconazol, es posible emplear itraconazol en dosis de 200 mg dos veces al día con alimentos durante 7 a 14 días.	A-II
Cuando el tratamiento con otros antifúngicos ha fallado, se puede emplear voriconazol en una dosis de 200 mg dos veces al día, durante 7 a 14 días.	B-II
La terapia sistémica con azoles debe ser reservada para los casos donde la terapia tópica no haya dado resultados, en pacientes inmunodeprimidos o para los casos graves de candidiasis oral que incluyan también al esófago.	D
En pacientes con enfermedad refractaria se puede emplear anfotericina B en dosis de 0.3 mg/kg.	B-II
Para candidiasis relacionada con prótesis dentales, se recomienda, además de la terapia antifúngica, la desinfección de la prótesis.	B-II
La anfotericina B, no se puede utilizar en mujeres embarazadas ni en niños, por lo tanto, es un medicamento de segunda línea.	D
La higiene oral requiere de la limpieza y cepillado diario de los dientes, la mucosa oral, lengua y encías. Las dentaduras deben limpiarse y desinfectarse diariamente y se dejan fuera durante la noche o por lo menos durante seis horas al día. Las dentaduras postizas deben ser sumergidos en una solución de limpieza como clorhexidina .	D
Aunado al tratamiento médico se recomienda mantener una adecuada higiene de la cavidad oral, controlar la xerostomía, y mantener el óptimo funcionamiento y limpieza de la prótesis dental para prevenir o reducir al mínimo la incidencia de candidiasis orofaríngea.	D

CRITERIOS DE REFERENCIA

Recomendación Clave	GR*
Se sugiere referir a estomatologo a aquellos pacientes con lesiones sugestivas de candidiasis orofaríngea que no remiten en un lapso de dos semanas.	PUNTO DE BUENA PRACTICA
Se sugiere referir al segundo nivel de atención a aquellos pacientes con candidiasis orofaríngea que no responden al tratamiento de primera línea.	PUNTO DE BUENA PRACTICA
Se sugiere referir a segundo nivel de atención a aquellos pacientes con episodios recurrentes de infección por cándida oral, en aquellos con sospecha de que existe inmunosupresión o bien candidiasis bucal extensa o grave.	PUNTO DE BUENA PRACTICA

*Grado de Recomendación

Se sugiere referir a la toma de biopsia a aquellas pacientes con candidosis bucal crónica en placas que no responde al tratamiento.

**PUNTO
DE BUENA
PRACTICA**

3. CUADROS O FIGURAS

Cuadro 1. Especies de *Candida* y factores predisponentes para la infección

Especie	
<i>C. albicans</i>	Unidades de cuidados intensivos, catéteres intravasculares centrales, tratamiento antimicrobiano o corticoideo, cirugía
<i>C. parapsilosis</i>	Prematuridad, catéteres intravasculares, nutrición parentera
<i>C. tropicalis</i>	Inmunodepresión, enfermedades neoplásicas
<i>C. glabrata</i>	Tratamiento previo con fluconazol, inmunodepresión grave
<i>C. krusei</i>	Tratamiento previo con fluconazol, inmunodepresión, enfermedades neoplásicas

Fuente: Tomado de Figueras C, Díaz de Heredia C, García JJ, Navarro M, Ruiz-Contreras J, Rossich R, Rumbao J, et al. The Spanish Society of Paediatric Infectious Diseases (SEIP) recommendations on the diagnosis and management of invasive candidiasis. *An Pediatr* 2011;74(5):337.e1-337.e17.

Cuadro 2. Factores de riesgo para el desarrollo de infección por *Candida spp.*

Factor	
Edad	neonatos y lactantes, dado que la microflora y la inmunidad local que limitan su crecimiento están insuficientemente desarrollados
Cambios fisiológicos	embarazo, alteraciones endocrinas o administración de esteroides
Antimicrobianos	alteración de la microflora bacteriana habitual
Desnutrición o alteración de la inmunidad	hipovitaminosis, neoplasias y enfermedades o tratamientos que alteren la inmunidad celular
Alteración física de las barreras naturales del organismo	uso de dispositivos externos como catéteres vasculares y peritoneales, prótesis valvulares o cualquier material que se coloque en el músculo, piel, torrente sanguíneo o sistema nervioso central
Otros	Nutrición parenteral, cirugía abdominal previa, ventilación mecánica, colonización por <i>Candida</i> en más de una localización

Fuente: Tomado de Figueras C, Díaz de Heredia C, García JJ, Navarro M, Ruiz-Contreras J, Rossich R, Rumbao J, et al. The Spanish Society of Paediatric Infectious Diseases (SEIP) recommendations on the diagnosis and management of invasive candidiasis. *An Pediatr* 2011;74(5):337.e1-337.e17.

Cuadro 3. Factores predisponentes de estomatitis protésica

Prótesis removible antigua-desajustada
Mala higiene bucal
Mala higiene protésica
Utilización nocturna de las prótesis
Infección por Candida
Xerostomía
Déficit de hierro, vitamina B12
Enfermedades sistémicas descontroladas
Inmunosupresión

Fuente: Aguirre Urizar JM. Oral candidiasis. Rev Iberoam Micol 2002;(1):17-21.

Cuadro 4. Tipo de Candidiasis orofaríngea

Localizada a cavidad oral	Condiciones asociadas a Cándida
Candidiasis pseudomembranosa	Queilitis angular
Candidiasis eritematosa (atrofica)	Atrofia papilar central (glositis romboidea media)
Candidiasis hiperplásica crónica	

Fuente: Stoopler ET, Sollecito TP. Oral mucosal diseases: evaluation and management. Med Clin North Am 2014;98(6):1323-1352

Cuadro 5. Alternativas terapéuticas para Candidiasis Ororfaríngea

1. Control de factores predisponentes.
2. Colutorios.
3. Antimicóticos específicos tópicos y/o sistémicos en uso tópico: <ul style="list-style-type: none"> • Derivados poliénicos: Nistatina, Amfotericina B. • Derivados imidazólicos: Miconazol, Ketoconazol, Clotrimazol, Econazol. • Derivados triazólicos: Fluconazol, Itraconazol.
4. Tratamiento sistémico: se utilizan los derivados imidazólicos y triazólicos, así como en casos excepcionales Amfotericina B.

Fuente: Rodríguez Ortega Judy, Miranda Tarragó Josefa, Morejón Lugones Haydée, Santana Garay Julio C. Candidiasis de la mucosa bucal: Revisión bibliográfica. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2002 Ago [citado 2015 Nov 13]; 39(2): 187-233. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072002000200007&lng=es.