

NACERLATINOAMERICANO www.nacerlatinoamericano.org

Dr. Daniel Ortiz dr_ortiz_cespedes@hotmail.com

Pregunta: Manejo de la moniliasis oral en el recién nacido

Dr. Haroldo Capurro

Actualización: Agosto 2009

MONILIASIS ORAL en el RECIEN NACIDO

INTRODUCCION

La moniliasis o candidiasis oral conocidas como aftas, son causadas frecuentemente por hongos tales como la candida albicans. Afecta las mucosas de la cavidad oral sobretodo en la superficie de la lengua, paladar, mejillas y labios (1).

En la mayoría de los casos suceden en neonatos o en niños menores de 2 meses y a veces no tienen sintomatología y se resuelven sin tratamiento pero en otras oportunidades hay disconfort durante la lactancia y necesitan ser tratadas.

VIAS de CONTAMINACION

El niño puede contaminarse en el canal de parto a partir de levaduras presentes en la vagina o adquirirla en período neonatal en caso de tratamiento con antibióticos e incluso infectarse durante la lactancia si existiesen levaduras en los pezones. Las levaduras presentes pueden producir un desbalance en la flora natural o bacterias del organismo y producir aftas orales.

PREVENCION de las AFTAS ORALES (2)

Las medidas a tomar son:

- Brindar al niño agua esterilizada después de la lactancia, para que no queden residuos lácteos en su boca.
- Asegurar la limpieza y esterilización de mamaderas y chupetes y dejar secar.
- Dejar los pezones al aire seco entre las lactadas.

TRATAMIENTO de la AFTAS ORALES (2)

El principal tratamiento contra las aftas orales producidas frecuentemente por la candida albicans es la suspensión de nistatina. Si la madre alimenta a seno a su hijo que tiene aftas, es adecuado el tratamiento con suspensión de nistatina para el niño (4 veces por día)

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

y nistatina crema para la madre. Para las lesiones más importantes y resistentes la aplicación de nistatina directamente en las aftas con hisopo de algodón puede ser necesaria. En general las aftas desaparecen después de 2 semanas de tratamiento antifúngico.

PROFILAXIS de la INFECCION FUNGICA SISTEMICA

Ella puede ser severa en neonatos de pretérmino y de muy bajo peso. El diagnóstico puede ser dificultoso por lo que el tratamiento se demora. Un estudio de Clerihew (3) tuvo como objetivo estimar el efecto de la infección sistémica por hongos sobre la morbilidad y mortalidad en neonatos inmaduros.

Se realizó una revisión sistemática que incluyó 7 estudios clínicos randomizados controlados con 638 participantes.

Con 4 de estos estudios se realizó un meta-análisis comparando el fluconazol con placebo y se encontró una reducción del riesgo de infección micótica invasiva (RR = 0,23 IC95% 0,11-0,46) con un número necesario a tratar (NNT) de 9 95% IC 6,17.

No hubo diferencias en el riesgo de muerte (RR = 0,61 IC95% 0,37-1,03). Un solo estudio analiza el neurodesarrollo a largo plazo y no encuentra diferencias entre el grupo intervenido con el placebo.

Los autores concluyen que la terapia antimicótica reduce la invasión fúngica en recién nacidos de muy bajo peso. Si bien el meta-análisis no mostró efecto sobre la mortalidad, pero ese resultado muestra un amplio intervalo de confianza. Sería necesario nuevos estudios randomizados para valorar el efecto de la intervención.

Posteriormente una publicación del año 2009 de Ganesan en Inglaterra (4) tuvo como objetivo determinar si la política aplicada desde el año 2000 (nistatina oral como profiláctica) redujo la incidencia de infección micótica generalizada en neonatos nacidos con menos de 33 semanas. Estudiaron todos los neonatos nacidos entre el 1998 y 2000 (previo a la intervención) y comparados con los nacidos desde noviembre del 2000 a diciembre del 2003 (período en que se implementó la intervención). Los resultados del estudio que incluyeron 1459 neonatos, 724 integraron el grupo previo a la intervención (controles) y 735 durante la intervención. Se encontró una reducción de la colonización de 35,5% en el grupo control y de 18% en el grupo intervenido (RR = 0,51 IC95% 0,42-0,61). La incidencia de invasión fúngica, disminuyó de 4,1% en el grupo control y 1,8% en el intervenido (RR = 0,43 IC95% 0,22-0,81). También hubo una reducción de la mortalidad de 17,8% a 11,8% (RR = 0,67 IC95% 0,52-0,86). Se concluye que administración de nistatina en nacidos con menos de 33 semanas se asocia con significativa disminución de la colonización y de invasión fúngica.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Arkell S, Shinnick A. Update on oral candidosis. [Nurs Times](#). . 2003 Dec 2-8;99(48):52-53.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14705552?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
- 2) Women's Healthcare Topics. Preventing and treatment of Oral Thrush in newborn baby.
<http://www.womenshealthcaretopics.com/thrush.htm>
- 3)Cleryhew L, Austin N, McGuire W. Prophylactic systemic antifungal agents to prevent mortality and morbidity in very low birth weight infants. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Oct 17;;4:CD003850. Update of Cochrane Database Syst Rev. 2004;(1):CD003850.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17943803?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
- 4)Ganesan K, Harigopal S, Neal T, Yoxall CW. Prophylactic oral nystatin for preterm babies under 33 weeks gestation decreases fungal colonization and invasive fungaemia. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2009 Jul;94(4):F275-8. Epub 2008 Nov 26.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17943803?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum