

Foliculitis candidiásica facial tras sexo oral

Francisco Urbina González y Emilio Sudy Moya

Unidad de Dermatología Occidente. Universidad de Chile. Hospital de San Juan de Dios. Santiago de Chile.

Resumen.—Describimos un caso de erupción pustulosa folicular localizada sobre el labio superior en un varón joven y sano en quien las lesiones aparecieron tras practicar sexo oral con su mujer (cunilinguo), la que por otra parte estaba sana y no presentaba lesiones genitales. El cultivo de las pústulas mostró abundante *Candida albicans* y los exámenes de rutina fueron normales. Las lesiones remitieron completamente tras tratamiento con itraconazol oral y ciclopirox tópico. La práctica del sexo oral debería ser investigada en varones en los que no se detecten factores predisponentes de foliculitis candidiásica.

Palabras clave: foliculitis, *Candida albicans*, sexo oral, cunilinguo.

Urbina González F, Sudy Moya E. Foliculitis candidiásica facial tras sexo oral. *Actas Dermosifiliogr* 2002;93(5):335-6.

FACIAL CANDIDA FOLLICULITIS AFTER ORAL SEX

Abstract.—We report a case of follicular pustular eruption located on the upper lip of a young healthy man in whom the lesions appeared after practicing oral sex with his wife (cunnilingus) who was otherwise in good health and had no genital lesions. Culture examination from pustules revealed abundant *Candida albicans*, and routine laboratory investigations were normal. The lesions improved completely after treatment with oral itraconazole and topical ciclopirox. Practice of oral sex should be ruled out in men in whom no predisposing factors for *Candida* folliculitis are detected.

Key words: folliculitis, *Candida albicans*, oral sex, cunnilingus.

INTRODUCCIÓN

El sexo oral ha sido implicado como una forma de transmisión de diversos patógenos orales, respiratorios y genitales, así como también de infecciones de transmisión sexual de origen viral, incluyendo VIH entre otros^{1,2}.

La candidiasis no es habitualmente una enfermedad de transmisión sexual pese a que en algunos artículos se ha sugerido que el cunilinguo puede predisponer a infección vulvovaginal recurrente¹. Ésta podría relacionarse con la cantidad de saliva colonizada con *Candida* que entra en contacto con los genitales o con el efecto antimicrobiano de la saliva que disminuiría la flora residente y permitiría el sobrecrecimiento de la *Candida*. Ignoramos la existencia de la situación inversa, es decir, que el varón que practica el cunilinguo se infecte con *Candida*.

Presentamos un caso de foliculitis candidiásica facial en un varón tras practicar sexo oral.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 34 años de edad, sano, que consultó por una erupción pustulosa de 2 días de evolución loca-

lizada en la piel del labio superior. Las lesiones habían aparecido coincidiendo con la práctica de sexo oral con su mujer, la que gozaba de buena salud y no presentaba lesiones genitales, aunque no fue examinada.

La exploración inicial del paciente reveló pústulas foliculares superficiales en la zona del bigote. Se le indicó entonces cloxacilina oral y gentamicina tópica. En los días siguientes mostró un empeoramiento de su cuadro, consultando 5 días después con dolor e inflamación en la zona afectada, la que aparecía eritematosa, edematosa y con abundantes pústulas y costras (fig. 1). No presentaba fiebre y no se detectaron adenopatías. Tampoco presentaba lesiones orales y el resto del examen físico fue normal.



Fig. 1.—Eritema, edema y pústulas sobre el labio superior.

Correspondencia: Francisco Urbina González. Algeciras, 583. Las Condes. Santiago de Chile.

Aceptado el 19 de enero de 2002.

El examen microbiológico de las pústulas reveló *Candida albicans* abundante. Los exámenes de laboratorio, incluyendo hemograma, velocidad de sedimentación, glicemia y VIH fueron normales o negativos.

El paciente fue tratado con itraconazol oral 200 mg/día durante 15 días junto acilopirox tópico, con lo que sus lesiones remitieron completamente.

DISCUSIÓN

Candida albicans raramente produce folliculitis. Los factores predisponentes a su aparición incluyen seborrea, diabetes mellitus, malignidades, síndromes de inmunodeficiencia, tuberculosis, enfermedades virales, tratamientos inmunosupresores, tratamientos prolongados con antibióticos o corticosteroides locales o sistémicos, candidiasis oral o enteral y uso de rasuradoras infectadas^{3,4}. Exceptuando las infecciones septicémicas por *Candida* en heroinómanos⁵, la folliculitis candidiásica ha sido escasamente referida. La mayoría de los casos descritos incluyen individuos sanos sin factores predisponentes⁴. En un caso la erupción se asoció a un hipotiroidismo, en el que la menor producción de sebo pudo ocasionar una flora cutánea pobre en microorganismos lipofílicos y su sustitución por *Candida albicans*⁶. En otros casos el trastorno se relacionó con alimentación endovenosa prolongada⁷ o apareció tras tratamientos con antibióticos sistémicos y/ o corticosteroides tópicos^{8,9} o tras depilación de las piernas mediante afeitado¹⁰. Clínicamente la erupción ha consistido principalmente en pápulas y pústulas foliculares sin evidencias de un estado septicémico previo. Ocasionalmente se ha descrito la presencia de inflamación marcada con pústulas y nódulos similares a los que el acné *conglobata*¹¹ o lesiones que remediaban a la *Tinea barbae*³.

Hasta donde sabemos, la folliculitis de la cara por *Candida albicans* no ha sido descrita en relación con

cunilinguo. Si bien es cierto que es difícil o imposible demostrar fehacientemente el origen de la infección tras la práctica de sexo oral en nuestro caso, creemos que tal como el cunilinguo puede predisponer a infección vulvovaginal, también puede hacerlo en el varón a partir de candidas presentes en la flora vaginal normal.

Debería investigarse el antecedente de práctica de sexo oral en varones en los que no se detecten factores predisponentes para padecer de folliculitis candidiásica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Edwards S, Carne C. Oral sex and the transmission of non-viral STIs. *Sex Transm Inf* 1998;74:95-100.
2. Edwards S, Carne C. Oral sex and the transmission of viral STIs. *Sex Transm Inf* 1998;74:6-10.
3. Kapdagli H, Öztürk G, Dereli T, Inci R, Hilmioglu Z, Kazandi AC. *Candida* folliculitis mimicking *Tinea barbae*. *Int J Dermatol* 1997;36:295-7.
4. SüB K, Vennwald I, Seebacher C. Case report. Folliculitis barbae caused by *Candida albicans*. *Mycoses* 1999; 42:683-5.
5. Ribera M, Ferrándiz C, Podzamczar D, Trías I, Henkes J, Peyrí J. Candidiasis sistémica en heroinómanos. Aspectos dermatológicos. *Actas Dermosifiliogr* 1985;76:431-8.
6. Dekio S, Imaoka C, Jidoi J. *Candida* folliculitis associated with hypothyroidism. *Br J Dermatol* 1987;117:663-72.
7. Schleppner OLA, Shelly WB, Ruberg RL, Dudrick SJ. Acute papulopustular acne associated with prolonged intravenous hyperalimentation. *JAMA* 1972;219:877.
8. Ross V, Baxter DL Jr. Widespread *Candida* folliculitis in a nontoxic patient. *Cutis* 1992;49:241-3.
9. Urbina F, Sandoval R. Lesiones papulopustulosas en cara y cuero cabelludo tras corticoterapia. *Piel* 1997;12:212-4.
10. Barcala L, Páez JA, Vidal S, Sáez MA, Arjona C, Heras JA. Folliculitis por *Candida* posterior a una depilación. *Actas Dermosifiliogr* 1999;90:241-4.
11. Brandrup F, Wantzin L, Thomsen K. Perioral pustular eruption caused by *Candida albicans*. *Br J Dermatol* 1981; 105:327-9.