

# Foliculitis de la barba candidomicética

*Folliculitis barbae candidomycetica*

**G. Pitarch Bort, JMª Sánchez Motilla, A. Pitarch Archelós**

Servicio de Dermatología. Hospital General de Castelló. Castelló de la Plana. España.

**Correspondencia:**

Gerard Pitarch Bort  
Servicio de Dermatología  
Hospital General de Castelló  
Av. Benicàssim s/n  
12004 Castelló de la Plana. España  
Tel.: 964726598  
e-mail: gerardpitarch@hotmail.com

**Resumen**

La foliculitis de la barba candidomicética es una infección muy poco frecuente. Aunque se han citado diferentes factores predisponentes, la mayoría de los casos ocurren en personas sanas. Presentamos un caso de foliculitis de la barba candidomicética en un individuo sano de 41 años, tratado satisfactoriamente con itraconazol durante 4 semanas. Sugerimos que en este paciente pudiera tratarse de una infección de transmisión sexual por contacto orogenital.

(G. Pitarch Bort, J.Mª Sánchez Motilla, A. Pitarch Archelós. Foliculitis de la barba candidomicética. *Med Cutan Iber Lat Am* 2009;37(6):248-250)

**Palabras clave:** *candida albicans*, foliculitis de la barba, psicosis de la barba.

**Summary**

*Folliculitis barbae candidomycetica is a very rare infection. Although many predisposing factors have been cited, most cases occur in healthy individuals. We present a case of folliculitis barbae candidomycetica in a 41-year-old healthy man, successfully treated with itraconazole during 4 weeks. We suggest in this patient it could be a sexually transmitted infection due to orogenital contact.*

**Key words:** *candida albicans*, *folliculitis barbae*, *psycosis barbae*.

La causa más frecuente de foliculitis en hombres, especialmente en la zona de la barba, es la bacteriana, y sólo algunas veces se sospecha que pueda estar causada por dermatofitos. La infección por levaduras ocurre raramente y difícilmente se sospecha.

Nuestro objetivo es presentar un caso típico de foliculitis de la barba candidomicética, conocer sus factores predisponentes y su tratamiento.

## Caso clínico

Varón de 41 años, alérgico a la penicilina, sin otros antecedentes de interés, que consultó por presentar pápulo-pústulas en área de la barba de una semana de evolución. Acudió a nuestro hospital por no observar mejoría tras tres días de tratamiento con levofloxacino oral y ácido fusídico tópico.

El paciente presentaba desde hacía una semana pápulo-pústulas y nódulos intensamente inflamatorios predominantemente en labio superior, muchos de ellos cubiertos por una gruesa costra pardusca, con lesiones más escasas y discretas en labio inferior, asociadas con intenso dolor local (Figura 1). A la presión se obtenía material purulento que surgía de los orificios foliculares. No se palpaban adenopatías regionales. En la exploración de la mucosa oral no se observaron signos de infección candidásica. La anamnesis reveló que el paciente no había tomado antibióticos, corticosteroides u otros fármacos inmunosupresores recientemente.

El estudio analítico de sangre con hemograma, función hepática, función renal, glucemia y poblaciones linfocitarias fue normal. La serología para VIH fue negativa. Se remitió una muestra de exudado purulento para estudio



**Figura 1.** Pápulas, pústulas y nódulos inflamatorios en el área de la barba.

microbiológico. El cultivo de una de las pústulas para bacterias resultó negativo. En el cultivo micológico se aisló *Candida albicans*.

Tras la toma de la primera muestra de cultivo, y antes de conocer su resultado, se añadió clindamicina oral. Ante la falta de mejoría tras una semana de tratamiento se realizó un examen microscópico del frotis del exudado, que mostró pseudohifas y esporas ovales. Se repitió el cultivo bacteriológico y micológico de una pústula, en que se aisló nuevamente *Candida albicans*. Se inició tratamiento con itraconazol a dosis de 200 mg al día durante 4 semanas, con mejoría progresiva de las lesiones hasta la curación completa sin cicatrices ni alopecia.

## Comentario

La foliculitis de la barba candidomicética es una entidad poco frecuente. Debido a su semejanza con la foliculitis de la barba bacteriana y con la tiña de la barba raramente se diagnostica directamente.

Se han descrito tres formas clínicas según su morfología: semejante a foliculitis (la más común, con pequeñas pústulas foliculares), semejante a tiña de la barba (con pequeños nódulos cubiertos por costras) y semejante a impétigo (con costras melicéricas)[1]. Algunos autores han descrito otras presentaciones de foliculitis por *Candida albicans* en forma de dermatitis perioral[2] y de pápulas y pústulas a modo de acné conglobata[3]. Aunque puede afectarse cualquier

zona de la barba, se ha descrito en otros trabajos la afectación predominante del labio superior, como en el caso que presentamos[4, 5]. La inflamación puede ser notable, con un dolor intensísimo e incluso fiebre.

La mayoría de autores consideran como factores predisponentes las siguientes enfermedades: neoplasias malignas, agranulocitosis, leucemia, síndromes de inmunodeficiencia, anemia, tuberculosis, enfermedades víricas, queilitis granulomatosa o diabetes mellitus[6]. El tratamiento local o sistémico con antibióticos o corticosteroides, la candidiasis oral propia o de la pareja y la contaminación de la cuchilla de afeitado también se han considerado como predisponentes a la foliculitis candidomicética. Sin embargo, la mayoría de casos publicados se refieren a individuos sanos. También es remarcable que se observen tan pocos casos de foliculitis de la barba candidásica, a pesar de la alta frecuencia de algunos de estos factores.

Nuestro paciente sugirió que su infección pudiera estar relacionada con el sexo oral que practicó con una mujer pocos días antes del inicio de la foliculitis. No se pudo examinar a esta mujer para confirmar la presencia de *Candida albicans* en el área genital, pero resulta interesante la posibilidad que la foliculitis de la barba candidomicética pudiera tratarse, al menos en algunos pacientes, de una infección de transmisión sexual.

El diagnóstico diferencial de la foliculitis de la barba candidomicética debe realizarse con la foliculitis bacteriana, forúnculo, tiña de la barba, pseudofoliculitis y dermatitis perioral. El análisis microscópico del exudado puede mostrar pseudohifas y levaduras. Sin embargo, el cultivo es la prueba diagnóstica fundamental. Permite la identificación de *Candida albicans*, excluye la tiña de la barba, causada por dermatofitos, y finalmente excluye una infección mixta de levaduras con bacterias y/o dermatofitos.

El tratamiento con ketoconazol[7] e itraconazol[8] ha sido eficaz. El fluconazol es el antifúngico más usado recientemente, a dosis de 100 mg/día durante 2-4 semanas, de modo que podría considerarse como el tratamiento de primera línea[4, 5, 9, 10].

## Conclusiones

La foliculitis de la barba causada por *Candida albicans* es una entidad muy poco frecuente. La padecen individuos en su mayoría sanos, y la fuente de contagio es desconocida. Sugerimos que en algunos pacientes podría ser una infección de transmisión sexual por contacto directo orogenital. El estudio micológico es esencial para realizar el diagnóstico y establecer el tratamiento con antifúngicos orales.

## Bibliografía

1. Meinhof W, Haneke E. Unterschiedliche morphologische Varianten der folliculitis barbae candidomycetica. *Hautarzt* 1978; 29: 74-6.
2. Bradford LG, Montes LF. Perioral dermatitis and *Candida albicans*. *Arch Dermatol* 1972; 105: 892-4.
3. Brandrup F, Wantzin GL, Thomsen K. Perioral pustular eruption caused by *Candida albicans*. *Br J Dermatol* 1981; 105: 327-9.
4. Süss K, Vennewald I, Seebacher C. Case report. Folliculitis barbae caused by *Candida albicans*. *Mycoses* 1999; 42: 683-5.
5. Hattori A, Iida T, Yamaguchi Zi, Nishiyama C. [A case of folliculitis barbae candidomycetica] *Nippon Ishinkin Gakkai Zasshi* 2001; 42: 87-90.
6. Meinhof W, Balda BR, Vogel H, Braun-Falco O. Zum Krankheitsbild der folliculitis barbae candidomycetica. *Hautarzt* 1970; 7: 312-8.
7. Yu-ning L, Jian-qiang S, Wen-ming H. Folliculitis caused by *Candida parapsilosis*. *Int J Dermatol* 1988; 27: 522-3.
8. Kurita M, Kishimoto S, Kibe Y, Takenaka H, Yasuno H. *Candida folliculitis* mimicking tinea barbae. *Acta Derm Venereol* 2000; 80: 153-4.
9. Kick G, Korting HC. Debilitating folliculitis barbae candidomycetica in a trumpeter: successful treatment with fluconazole. *Mycoses* 1998; 41: 339-42.
10. Kapdagli H, Öztürk G, Dereli T, Inci R, Hilmioglu Z, Kazandi AC et al. *Candida folliculitis* mimicking tinea barbae. *Int J Dermatol* 1997; 36: 276-301.