



Diarrea crónica y sobrecrecimiento fúngico de intestino delgado

Ana C. Sandtner ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Médica Especialista en Gastroenterología

Sanatorio de Niños - Alvear 863, (2000) Rosario, Argentina; Sanatorio Parque - Bv. Oroño 860, (2000) Rosario, Argentina. **Correspondencia a:** ceciliasantdner@gmail.com.
Fecha de recepción: 16/7/2026 **Fecha de aceptación:** 10/9/2026 **Fecha de publicación:** 17/9/2026

Citación sugerida: Sandtner AC. Diarrea crónica y sobrecrecimiento fúngico de intestino delgado. Anuario (Fund. Dr. J. R. Villavicencio) 2027;34. Disponible en: <https://villavicencio.org.ar/anuario/34/diarrea-chronica-y.pdf>. ARK: xxx

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>), esto permite que Ud. lo comparta, lo copie y lo redistribuya, sin propósitos comerciales, siempre que se cite correctamente el trabajo original. Si crea un nuevo material con él, no podrá distribuir el material modificado.

Resumen

El sobrecrecimiento fúngico de intestino delgado en pacientes inmunocompetentes es tema de intenso debate en la comunidad científica. Es reconocido como una entidad biológicamente plausible en el espectro de disbiosis intestinal así como el sobrecrecimiento bacteriano de intestino delgado.

Es una causa poco estudiada y no existe consenso validado no invasivo para el diagnóstico.

La sospecha diagnóstica es fundamental ante factores predisponentes como alteración de la motilidad digestiva, uso repetido de inhibidores de bomba de protones y antibióticos de amplio espectro, deficiencia primaria de inmunoglobulina A y diabetes mal controlada. El tratamiento de elección es fluconazol o itraconazol vía oral 1-2 semanas. El pronóstico es excelente con tratamiento oportuno.

Se presenta el caso clínico de paciente femenina de 15 años de edad portadora de Síndrome de down, con antecedente de constipación pertinaz e hipotiroidismo no tratado, múltiples tratamientos con antibióticos e inhibidores de bomba de protones en infancia y diagnóstico de epilepsia de 3 años de evolución. Comenzó con diarrea prolongada alternando con constipación y repetidas crisis convulsivas con excitación psicomotriz. Medicada con *saccharomyces boulardii* y rifaximina vía oral sin alivio. Coprocultivo y parasitológico fueron negativos, cultivo micológico de materia fecal positivo, 5.000 UFC/ml, la serología para celiaquía fue negativa con inmunoglobulina A normal. Medicada con ciprofloxacina y metronidazol vía oral sin mejoría. Finalmente medicada con fluconazol vía oral durante 8 días alcanzó remisión completa.

Como conclusión, ante diarrea crónica en la cual se han descartado agentes infecciosos, inmunodeficiencias, celiaquía, sobrecrecimiento bacteriano de intestino delgado y frente a antecedentes como tratamientos con antibióticos-inhibidores de bomba de protones y alteración severa de la motilidad digestiva, se sugiere la sospecha de sobrecrecimiento fúngico de intestino delgado y tratamiento con antifúngicos como fluconazol o itraconazol vía oral.

Palabras clave

Diarrea crónica, sobrecrecimiento fúngico intestinal, sobrecrecimiento bacteriano intestinal.

Título en inglés

Chronic Diarrhea and Small Intestinal Fungal Overgrowth.

Abstract

Small intestinal fungal overgrowth in immunocompetent patients is a topic of considerable debate within the scientific community. It is considered a biologically plausible entity within the spectrum of intestinal dysbiosis, similar to small intestinal bacterial overgrowth. There is currently no consensus regarding the diagnosis of this rare condition.

Diagnostic suspicion is essential in the presence of risk factors such as impaired gastrointestinal motility, repeated use of proton pump inhibitors and broad-spectrum antibiotics, primary immunoglobulin A deficiency, and poorly controlled diabetes.

The treatment of choice is oral fluconazole or itraconazole for 1–2 weeks. The prognosis is excellent when therapy is initiated promptly. The case of a 15-year-old female patient with Down syndrome, a history of persistent constipation, untreated hypothyroidism, multiple courses of antibiotics and proton pump inhibitors during childhood, and a three-year history of epilepsy is presented. She developed prolonged diarrhea alternating with constipation, accompanied by recurrent seizures and psychomotor agitation.

Initial treatment with *saccharomyces boulardii* and rifaximin provided no relief. Stool culture and parasitological studies were negative; mycological culture of fecal matter revealed > 5.000 CFU/ml. Serology for celiac disease was negative, and immunoglobulin A levels were normal. Subsequent treatment with ciprofloxacin and metronidazole failed to improve symptoms.

The patient achieved complete remission after receiving fluconazole for 8 days.

In conclusion, in cases of chronic diarrhea where infectious agents, immunodeficiencies, celiac disease, and small intestinal bacterial overgrowth have been ruled out, and in the presence of risk factors such as multiple antibiotic treatments, proton pump inhibitors and severe motility disorders, suspicion of small intestinal fungal overgrowth should be considered.

Treatment with antifungal agents such as fluconazole or itraconazole is suggested.

Keywords

Chronic diarrhea; small intestinal fungal overgrowth; small Intestinal bacterial overgrowth.



Introducción

El sobrecrecimiento fúngico intestinal (SIFO) en pacientes inmunocompetentes es tema de intenso debate en la comunidad científica. Refleja un excesivo crecimiento de especies a predominio de *Cándida* (*Albicans*, *Tropicalis*, *Glabrata*) con tendencia a una conducta patogénica influenciada por el ambiente y factores relacionados al huésped.

Existen factores predisponentes: 1) Uso crónico de inhibidores de bomba de protones (IBP), 2) Uso repetido de antibióticos de amplio espectro, 3) Trastornos severos de la motilidad intestinal en diabetes mal controlada, esclerodermia, opioides, hipotiroidismo no tratado, 4) Déficit de inmunoglobulina A (Ig A).

El conocimiento actual en inmunocompetentes incluye:

1) Asociación con antibióticos.^{1,2}

2) Diarrea crónica refractaria con estudios negativos.^{1,3,4}

3) Existe falta de consenso en el diagnóstico, no existe un patrón de referencia no invasivo validado fuera del aspirado y cultivo de fluido del intestino delgado mediado por videoendoscopia digestiva alta. Se trata de un procedimiento invasivo no realizado habitualmente en la práctica clínica ambulatoria.^{5,6,7}

Desde la medicina basada en la evidencia, el cultivo micológico de materia fecal no es una herramienta válida ni útil para diagnosticar dicho sobrecrecimiento debido a que la *Cándida Albicans* y *Cándida Tropicalis* forman parte del microbioma normal del tracto gastrointestinal humano en hasta el 60-70 % de la población sana.

4) Dos factores de riesgo independientes estadísticamente significativos son uso repetido de inhibidores de bomba de protones y dismotilidad intestinal.⁶

5) Existe resistencia antibiótica cruzada en cuadros mixtos, sobrecrecimiento bacteriano y fúngico, debido a adhesión entre *Cándida Albicans*-*Escherichia Coli*-*Streptococos*, formando un *biofilm* que explica dicha resistencia. Por lo tanto la monoterapia estándar para SIBO puede fallar.^{1,8}

6) El antecedente de colectomía favorece especialmente el sobrecrecimiento bacteriano.⁹

Se recomienda sospechar y tratar el sobrecrecimiento fúngico debido a la malabsorción subyacente sin olvidar corregir trastornos metabólicos y digestivos.

Objetivos

1) Sospechar sobrecrecimiento fúngico en diarrea crónica refractaria a tratamientos convencionales con estudios normales.

2) Asociar factores predisponentes como uso crónico de inhibidores de bomba de protones y múltiples antibióticos de amplio espectro, constipación pertinaz, diabetes e hipotiroidismo, déficit de inmunoglobulina A y colectomía.

3) Evaluar si el tratamiento antifúngico empírico con fluconazol vía oral genera mejoría sintomática.

Presentación del caso

Paciente femenina de 15 años portadora de Síndrome de down, con antecedente de constipación pertinaz en los últimos 3 años a pesar de medicación laxante, hipotiroidismo no tratado, epilepsia refractaria de 3 años de evolución medicada con múltiples anticonvulsivantes, numerosos tratamientos con antibióticos de amplio espectro por adenoiditis durante infancia y uso crónico de inhibidores de bomba de protones por dispepsia (Figura 1).

Sus padres consultaron por cuadro de 2 meses de evolución caracterizado por deposiciones blandas y acuosas sin moco ni sangre alternando con constipación, sin dolor abdominal ni registros febriles y con descompensación de su epilepsia con repetidas crisis convulsivas nocturnas (*status* epiléptico) y excitación psicomotriz. Recibió tratamiento con *saccharomyces boulardii* 500 mg/día por 6 días y rifaximina 1100 mg/día durante 10 días sin alivio (diagnóstico presuntivo: diarrea por antibióticos y SIBO). Se tomaron muestras de materia fecal y comenzó tratamiento empírico con ciprofloxacina 1 g/día por 5 días sin remisión. El coprocultivo, coproparasitológico y toxinas de *clostridium difficile* fueron negativos y cultivo micológico fue informado positivo (Tabla 1).

Se agregó metronidazol 1500 mg/día por 6 días (diagnóstico presuntivo: giardiasis intestinal) sin alcanzar remisión de la diarrea.

Análisis hemático solo mostró valores levemente alterados de tirotrófina y tiroxina (TSH-T4 libre) mientras que la serología para celiacía fue negativa (Tabla 2).

Dada la descompensación de su epilepsia con requerimiento adicional de diazepam, se indicó el tratamiento empírico con fluconazol de 150 mg/día vía oral durante 8 días, mostrando remisión completa de la diarrea como así también de crisis convulsivas.

Discusión

Este caso clínico mostró una asociación entre diarrea crónica refractaria a tratamientos convencionales y factores predisponentes. Los estudios realizados fueron negativos: anticuerpos para celiacía, coprocultivo y coproparasitológico, toxinas para *clostridium difficile*. Si bien un cultivo micológico de materia fecal fue positivo > 5.000 UFC/ml, ya no se utiliza como herramienta diagnóstica. En nuestro medio no se realiza habitualmente la aspiración y cultivo de fluido yeyunal por videoendoscopia alta ni existe prueba de aire aspirado para hongos. Debido a la descompensación de su epilepsia sin el antecedente de suspensión de medicación anticonvulsivante, la paciente recibió tratamiento empírico con fluconazol 150 mg/día por 8 días con completa remisión de diarrea y crisis convulsivas. Al año siguiente en un control ambulatorio apenas iniciando tratamiento con levotiroxina (50 mcg/día) y aun padeciendo de constipación con deposiciones semanales, repitió diarrea prolongada. Recibió nuevamente fluconazol 150 mg/día por 8 días con remisión completa de diarrea y actualmente con tránsito colónico normal.

La literatura médica que reporta el diagnóstico y tratamiento exitoso de la diarrea prolongada por *Cándida* mediante el uso de fluconazol vía oral es acotada. Un estudio clínico transversal, prospectivo y observacional de centro único en 2013, incluyó ciento cincuenta pacientes con diarrea prolongada, estudiados con cultivo por aspirado yeyunal y manometría gastrointestinal alta. Mostró asociación entre dismotilidad y uso crónico de inhibidores de bomba de protones y sobrecrecimiento bacteriano-fúngico. El 60 % presentó algún tipo de sobrecrecimiento.⁶ Los mismos autores publicaron un estudio similar en 2015.⁵

Tres revisiones exhaustivas sobre disbiosis intestinal, simbiosis entre bacterias y hongos fue publicada en 2023 y 2025, detallando la



fisiopatología de la inflamación intestinal y la resistencia a antibióticos y antifúngicos debido a *biofilms* polimicrobianos.^{1,4,8} Otra revisión acerca de simbiosis y disbiosis del microbioma humano publicada en 2021, define a la flora fúngica ocupando solo el 0,1 % del total de la diversidad de la misma, con un efecto protector sobre otras especies de hongos oportunistas y en otras ocasiones formando *biofilms* con bacterias generando resistencia antibiótica. Por lo cual los antifúngicos deben usarse con moderación.²

Conclusiones

El sobrecrecimiento fúngico (SIFO) tiene síntomas similares al sobrecrecimiento bacteriano de intestino delgado (SIBO) e intestino irritable. Ante una diarrea prolongada en la cual se han descartado agentes infecciosos como bacterias, parásitos, enfermedad celíaca, SIBO, frente a antecedente de múltiples antibióticos/inhibidores de bomba de protones, alteración severa de la motilidad digestiva, se sugiere la sospecha diagnóstica en lo posible mediante endoscopia digestiva alta. Ante evidencia de descompensación de enfermedad de base (epilepsia en este caso), pérdida de peso, indicios de malabsorción, es imperativo comenzar con el tratamiento a la brevedad con fluconazol/itraconazol por 1-2 semanas, especialmente tratándose de antifúngicos de excelente biodisponibilidad oral y perfil de seguridad en tratamientos cortos una vez al día.

Existe coexistencia de sobrecrecimiento bacteriano y fúngico por lo que ante diagnóstico de SIBO sin respuesta a antibióticos, se recomienda tratamiento empírico con fluconazol vía oral para SIFO.

Es imperativo corregir trastornos metabólicos como diabetes, hipotiroidismo, constipación y discontinuar inhibidores de bomba de protones en lo posible.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Uso de Inteligencia Artificial

Se ha usado IA para la generación y la redacción del trabajo de investigación

Agradecimientos

Agradecimientos a Dr. Pablo Candarle, Gastroenterólogo infantil; Dra. María Taboada, Neuróloga especialista en epilepsia; Dra. Rateni Mónica, Psiquiatra infantil; Médicos pediatras del Sanatorio de Niños, quienes asistieron a la paciente en internación.

Tablas

Tabla 1: Análisis ambulatorios de materia fecal

Materia fecal	Valores
Coprocultivo (salmonella, shigella, Escherichia Coli enteropatógena, campylobacter)	negativo
Parasitológico seriado	negativo
Toxinas A y B <i>clostridium difficile</i>	negativo
Cultivo micológico	positivo 5.000 UFC/g

Tabla 2: Analítica hemática ambulatoria, serología de celiaquía

Analítica	Valores
Leucocitos	4740 cel/mm
Hematocrito	42.9 %
Plaquetas	300.000/mm
Glicemia	84 mg/dl
Uremia	33 mg/dl
VES	9 mm
PCR	0,3 mg/dl
TSH	4,30 uUI/ml (0,27-4,20)
T4 libre	0,59 uU/ml (0,92-1,68)
IgA total	269 mg/dl
IgA antitransglutaminasa	menor 2 U/ml
IgA anti gliadina deaminada	3 U/ml



IgA antiendomiso	negativo
GOT	16 U/L
GPT	8 U/L
Ionograma sérico	K 4,3 / Na 136

VES: velocidad de eritrosedimentación, PCR: proteína C reactiva, TSH: tirotropina, T4 libre: tiroxina, IgA: inmunoglobulina A, GOT: aspartato aminotransferasa, GPT: alanino aminotransferasa.

Figuras

Figura 1: Radiografía directa de abdomen decúbito dorsal



Repleción completa del marco colónico.

Bibliografía

1. Soliman N, Kruithoff C, San Valentin EM, et al. Small Intestinal Bacterial and Fungal Overgrowth: Health Implications and Management Perspectives. *Nutrients*. 2025;17:1365.
2. Mishra K, ukavina L, Ghannoum M. Symbiosis and dysbiosis of the human mycobiome. *Front Microbiol*. 2021;12:636131.
3. Im. J, Lee K, Lee SH, et al. Clinical significance of intestinal fungal overgrowth: integrating the gut mycobiome into modern gastroenterology. *Microorganisms*. 2026;14:1365.
4. Banaszak M, Górna I, Woźniak D, et al. Association between gut dysbiosis and the occurrence of SIBO, LIBO, SIFO and IMO. *Microorganisms*. 2023;11:573.
5. Erdogan A, Rao SS. Small intestinal fungal overgrowth. *Curr Gastroenterol Rep*. 2015;17:16.
6. Jacobs C, Coss Adame E, Attaluri A, et al. Dysmotility and proton pump inhibitor use are independent risk factors for small intestinal bacterial and/or fungal overgrowth. *Aliment Pharmacol Ther*. 2013;37:1103-1111.
7. Uy PP, Fidel K, Sun J, et al. Clinical utility and diagnostic yield of duodenal versus jejunal aspirates for small intestinal bacterial or fungal overgrowth. *Dig Dis Sci*. 2026;10:s 10620-026-10119-0.
8. Wawrzeńczyk A, Czarnowska M, Darwish S, et al. Methane, bacteria, fungi and fermentation: pathophysiology, diagnosis and treatment strategies for small intestinal bacterial overgrowth, intestinal methanogen overgrowth and small intestinal fungal overgrowth. *Curr Issues Mol Biol*. 2025;47:713.
9. Rao SCC, Tan G, Abdulla H, et al. Does colectomy predispose to small intestinal bacterial (SIBO) and fungal overgrowth (SIFO)? *Clin Transl Gastroenterol*. 2018;9:146.