

SIMPOSIO Onicomycosis

**FORMAS CLÍNICAS,
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**
Dr. Zuño Burstein (Perú)



La onicomycosis es la alteración producida por el parasitismo o la invasión de hongos patógenos o saprofitos, a la estructura ungueal de manos o pies. Representa alrededor del 18 al 25% y hasta un 50% de los trastornos ungueales.

En su génesis y sus manifestaciones clínicas interviene el estado inmunoreactivo del huésped. Es necesario fijar conceptos y determinar los factores etiológicos para poder escoger al agente terapéutico según el caso .

Las Onicomycosis pueden ser clasificadas en primer lugar, de acuerdo a factores etiológicos:

- Onicomycosis por hongos filamentosos (dermatofitos, epidermophyton, tricophyton y otros).
- Onicomycosis por levaduras (candidiasis).
- Onicomycosis por hongos saprofitos (oportunistas).

Seguidamente teniendo en cuenta los criterios morfológicos de Nardo Zaias, que los enumera así:

- Onicomycosis subungueales distales.
- Onicomycosis subungueales proximales.
- Onicomycosis subungueales blancas o de lámina externa.
- Onicomycosis periungueales candidiásicas.

Finalmente de acuerdo a los criterios etiopatogénicos (de Simmon's).

- Onicomycosis primaria verdadera. El hongo es el primario y verdadero agente causai.
- Onicomycotización: el hongo invade secundariamente una uña enferma.
- Pseudocomicotización. Hongos no patógenos son agregados secundariamente en uña enferma.

En un estudio personal realizado en Lima-Perú, en el cual se encontró que en 4,459 muestras totales, las uñas representaban un porcentaje significativo, señalando también los hongos más frecuentes. Así en el caso de las onicomycosis

dermatofíticas o tricofíticas de manos y pies, el ***Tricophyton rubrum*** fue el hongo más frecuente.

Por otro lado, en el caso de las onicomycosis candidiásicas, las mujeres fueron las más afectadas ya sea por factores sociales ú hormonales.

En cuanto a los aspectos nosográficos: Enlastricofíticasse presenta estriación longitudinal amarillenta de la superficie de la uña, que va desde el borde libre hacia la profundidad siguiendo un trayecto lineal. Ocasionalmente puede presentarse, con mayor frecuencia en pacientes inmunosuprimidos, una placa blanca a nivel de la lúnula, con hiperqueratosis y compromiso de tabla ungueal, pero sin perionixis, por lo que antiguamente se recomendaba la extirpación de la uña.

En el caso de las onicomycosis tricofíticas por ***Tricophyton mentagrophytis***, las lesiones son más superficiales con placas blanquecinas.

En las onicomycosis candidiásicas existe perionixis y supuración con otras localizaciones ungueales.

Para el diagnóstico diferencial hay que tomar en cuenta lesiones purulentas de la matriz que producen caída de la uña, otras distrofias severas con pterigion ungueal; parasitismo bacteriano por *Pseudomona aeruginosa*; onicolisis por uñas psoriásicas; verrugas subungueales; onicogrifosis; enfermedad de Reynaud con estriación y destrucción ungueal, etc. que deben ser consideradas.

ETIOPATOGENIA. AGENTES ETIOLÓGICOS. TÉCNICAS GENERALES Y PARTICULARES DE DIAGNÓSTICO

*Dr. Jorge Arrese
(Bélgica)*



Existen cinco razones que explican porqué se ha incrementado en los últimos años el interés en las publicaciones sobre onicomicosis:

- 1) Incremento en la prevalencia,
- 2) Nuevos hongos incriminados,
- 3) Potencialidad en producir infecciones sistémicas,
- 4) Aparición de nuevas técnicas de diagnósticos,
- 5) Descubrimiento de nuevas gas y esquemas de tratamientos basados en mejores conocimiento de la Farmacocinética de los medicamentos.

La incidencia de la onicomicosis, es muy variada. Existen una serie de trabajos que señalan la presentación de esta patología en porcentajes del 4% e zonas rurales y en 1% en zonas urbanas, hay personas que presentan una mayor posibilidad de con traer onicomicosis debido a su ocupación, hábitos de vida, enfermedades de uña preexistentes trastornos vasculares.

En cuanto a los criterio diagnósticos, el examen clínico e capital, y es importante tener er cuenta que el 50% de la onicodistrofias son debido onicomicosis. Es por ello que debemos, siempre, confirmar el diagnóstico clínico con el laboratorio.

En un estudio realizado en 2,419 uñas con el diagnóstico clínico de onicomicosis, se encontró que aproximadamente el 35% de los cultivos comprendía a hongo,, patógenos, el 25% eran negativos y 35% se desconocían si eran patógenos o no. Por otro lado examinando 631 muestras de uñas, se encontró que el 70% estaban afectadas por un solo hongo, el 15% por más de uno (generalmente dos), y el 15% eran negativas.

A partir de estos resultados insuficientes obtenidos por cultivos, se desarrolló una técnica descrita hace tiempo: Técnica histológica, que busca estudiar la tabla ungueal; lo que permite en primer lugar identificar la localización del hongo que puede ser superficial, intermedia, profunda y total, dependiendo de esto la elección del medicamento, ya que los tratamientos tópicos sólo van actuar en las infecciones superficiales.

Además, al observar las características morfológicas y de invasión del hongo al interior de la uña, se pueden diferenciar diversos tipos de onicomicosis. Esto nos permitió concluir que las onicomicosis tenían una etiología muy vasta, y que podían ser agrupadas en tres categorías: Las producidas por: a) dermatofitos, b) por levaduras y c) hongos filamentosos no dermatofitos o mohos.

Sin embargo, esta técnica tiene una limitación ya que nos permite identificar la categoría del hongo pero no su etiología. Por ello se desarrolló una nueva técnica: la Inmunohisto-química, que permite la identificación de hongos utilizando anticuerpos monoclonales o policlonales al interior de la tabla ungueal.

Otra técnica desarrollada es la Citometría de flujo, aplicada al estudio de la onicomicosis, que permite la determinación de las características del hongo por estudios dei contenido proteico y del ADN.

Otra técnica de investigación es la de Análisis de imagen computarizada, que permite visualizar y reconocer el hongo al interior de la tabla ungueal, así como la cantidad o densidad del hongo infectante.

Una técnica de utilización reciente, y que representa una técnica de futuro en la dermatología es la Microscopía corporal in vivo, que permite evaluar las reacciones inflamatorias que se presentan al aplicar alergenos a la piel. En la pantalla se

observa la invasión de linfocitos, la espongirosis y vesículas producidas en la epidermis directamente sin ninguna preparación. Esto permite identificar al interior de la tabla ungueal los hongos invasores.

Las onicomicosis son afecciones que pueden ser producidas por hongos dermatofitos, levaduras y hongos filamentosos no dermatofíticos; uno o varios, y que siempre debe confirmarse por exámenes de laboratorio.

TRATAMIENTO TÓPICO Y SISTEMICO DE LAS ONICOMICOSIS

Dr. Ricardo Galimberti (Argentina)



Hasta el día de hoy seguimos en la búsqueda de un antimicótico ideal, una droga que cumpla con las características de ser atóxicas, que difunda en los tejidos adecuadamente, que permanezca en la queratina, que tenga bajo costo y un amplio espectro.

¿Por qué se tratan las onicomicosis?

Antiguamente no se le daba mucha importancia porque la incidencia era baja, pero con el advenimiento del calzado, la incidencia aumentó, siendo además un factor desencadenante el traumatismo de las uñas.

Actualmente el ser portador de onicomicosis, genera un factor psicológico de menoscabo; ya que el cuidado del aspecto personal en este siglo, es fundamental. En otras oportunidades, el dolor y dificultad para caminar que producen esas grandes hiperqueratosis ungueales, produce discapacidad y puede constituir además, una puerta de ingreso de otros gérmenes.

¿Por qué hay que efectuar un examen micológico?

Para poder hacer la identificación y tipificación del hongo no basta sólo saber si es un dermatofito o una levadura. A principios de siglo el manejo de antifúngicos se realizaba como se manejan los antibióticos; con cierta especificidad de especie. Actualmente existen y E algunos antimicóticos que han de mostrado cierta resistencia genética. La posibilidad del examen micológico permitirá una selección adecuada del agente terapéutica utilizable para determinado micro organismo identificado y tipificado previamente.

¿Qué ventajas tiene el tratamiento sistémico?

Difunde adecuadamente la piel y tejidos, es de fácil administración acorta el tiempo de tratamiento y es de amplio espectro.

¿Cuáles son las desventajas?

Intolerancia gastrointestinal, elevación de transaminasas séricas, algunos hepatitis fulminante; interacción con drogas, contraindicados en embarazo y lactancia. Insuficiencia circulatoria periférica, lo que dificulta la llegada de la droga a la uña.

¿Cuáles son los esquemas en el tratamiento de las uñas que se utilizan hoy en día?

Todos los antimicóticos actúan en distintos estadios de la cadena de síntesis del ergosterol, que es fundamental para la vida del hongo de acuerdo a donde vayan actuando tendrán una mayor o menor actividad. Si hablamos de los conceptos de fungicida y fungistático, características propias de los antimicóticos veremos que en la práctica el éxito del tratamiento no varía por el hecho de que el fármaco que seleccionemos se comporte como uno u otro.

¿Qué pasa con las onicomycosis hoy en día?

La conducta actual gira en torno a tratar las onicomycosis por doce semanas, lo que permite disminuir costos, se aumenta la efectividad y se disminuyen los efectos secundarios. Con la terbinafina el tratamiento es de tres meses empleándose 250 mg por día, lo que condiciona una penetración adecuada; se hace un stop y después un seguimiento hasta ver el crecimiento completo de la uña.

¿Qué pasa con los tratamientos nuevos?

En el caso de la terbinafina, posee una amplísima selectividad para los dermatofitos, no siendo la misma para Cándida u hongos oportunistas. Al suspender el tratamiento a los tres meses no se obtiene la cura clínica, no desaparecen los síntomas y signos completamente, por lo que el paciente no quiere dejar de tomar el medicamento; entonces hay que convencer al paciente e instruirlo para que espere a que la uña termine su crecimiento y se complete la curación.

El advenimiento del Itraconazol abrió una gran expectativa; actúa en micosis superficiales y profundas con un amplio espectro de acción. Su concentración alta en sangre y su persistencia en piel y uñas hasta por seis meses, permitió plantear el concepto de terapia de pulso o pulsoterapia.

La dosis de Itraconazoles de 400 mg diarios por siete días al mes, por tres meses.

¿Qué condiciones son necesarias para el tratamiento sistémico? Que la afección sea en matriz ungueal. Los tratamientos tópicos no logran una buena penetración.

En las grandes hierqueratosis es ideal el tratamiento sistémico ya que el tópico no penetra. Sin embargo, se recomienda el uso de preparados con Bifonazol-urea como coadyudante

¿Cuál es el tratamiento que se propugna hoy en día?

La propuesta planteada en Italia, en el Comité Internacional de la ICHA, es la utilización de medicación sistémica (Itraconazol) conjuntamente con tópicos (Bifonazol-úrea), con lo cual se obtuvo altos porcentajes de curación.

Hasta la fecha no existe un agente terapéutico que por sí solo obtenga un éxito del 100% de efectividad. La asociación de agentes antifúngicos puede ser más efectiva sobre todo para los oportunistas, donde las experiencias de la terbinafina y el Itraconazol son muy escasas.