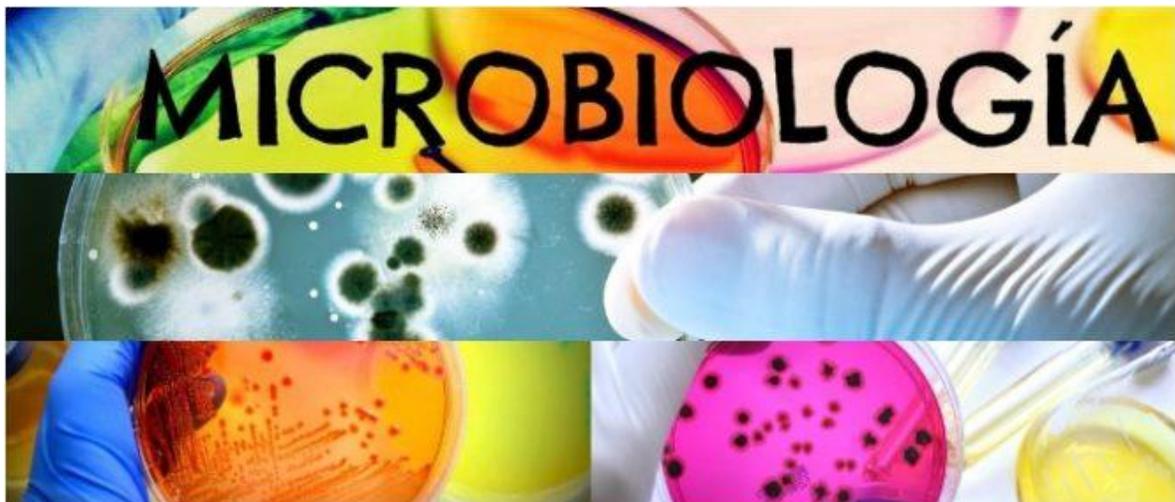


Universidad del sureste.



Microbiología y parasitología.

**Profesor:** Dr. Manuel Eduardo López Gómez.

**Alumno:** Cristian Jhovany López Marcelin.

## Micosis profundas:

- Invaden los tejidos del hospedero más allá de la membrana basal del epitelio.
- Profundas dermo-hipodérmicas.
- Profundas localizadas un órgano o región.
- Profundas sistemáticas.

### Micosis profundas:

- Patógenos primarios.
- Patógenos oportunistas
- Patógenos primarios con comportamiento oportunista.

Las patologías más comunes causadas por la micosis profunda:

- Histoplasmosis
- blastomicosis.
- coccidioidomicosis
- paracoccidioidomicosis.

### Histoplasmosis

Es producido por *Histoplasma capsulatum*, en un hongo dimórfico que crecen en los tejidos humanos como levaduras. La histoplasmosis puede convertirse en una infección progresiva y potencialmente mortal. La enfermedad se manifiesta como una neumonía fibrosocavitaria crónica o bien como una infección

### Blastomicosis

Es una micosis producida por *Blastomyces dermatitidis*, hongo dimórfico que crece a temperatura ambiente como un moho blanco o bronceado, la infección se adquiere al inhalarlo a partir del suelo que contiene excrementos de animales, vegetación en descomposición o madera carcomida

### Coccidioidomicosis

También denominada reumatismo del desierto, es producida por *coccidioides immitis*. Este microorganismo se reproduce en los tejidos del huésped formando pequeñas endosporas que aumentan de tamaño. La infección se produce al inhalar las artrosporas del suelo vehiculadas por el aire.

### paracoccidioidomicosis

También denominada enfermedad de Lutz y blastomicosis Suramericana, está producida por *Paracoccidioides brasiliensis*, hongo dimórfico que crece por gemación como una levadura en los tejidos y como un moho en un medio de cultivo.

**Histoplasmosis:** con el tiempo se produce una fuerte reacción granulomatosa que puede ir seguida de calcificación, como en la tuberculosis. La enfermedad se manifiesta como una neumonía fibrosocavitaria crónica o bien como una infección diseminada. En los niños pequeños y pacientes inmunodeprimidos, como enfermos de sida, se observan con frecuencia formas evolutivas agudas y rápidamente mortales de la enfermedad.

**Diagnóstico:** el más efectivo se realiza mediante cultivo del agente etiológico. En el caso de histoplasmosis pulmonar crónica, el mejor método es cultivar el esputo.

**Blastomicosis:** no se trasmite de una persona a otra. La infección suele diseminarse a la piel por vía hematogénea, tejido subcutáneo, con menos frecuencia la infección invade cerebro, meninges, hígado, ganglios linfáticos y bazo.

**Diagnóstico:** se realiza demostrando la presencia del hongo en cultivo de esputo, pus, orina o líquido cefalorraquídeo, en ocasiones puede realizarse mediante la visualización del microorganismo en un frotis reciente o en corte histopatológico.

**Coccidioidomicosis** Esta micosis produce una reacción granulomatosa crónica en los tejidos del huésped acompañada con frecuencia de necrosis caseosa. Las lesiones pulmonares y de los ganglios hiliares pueden calcificarse. La infección induce la formación de anticuerpos IgM e IgG, pero ninguno de ellos ejerce un papel protector. La cantidad de anticuerpos IgG-específicos sirve para medir con cierta aproximación la carga del antígeno, es decir, la intensidad de la infección, y un título elevado de anticuerpos es signo de mal pronóstico.

**Diagnostico:** Las pruebas serológicas son de mucha utilidad, especialmente la aglutinación al látex y las pruebas de difusión en gel de ágar. La prueba de fijación del complemento se emplea fundamentalmente para estudiar el líquido cefalorraquídeo (LCR) y las situaciones de seroconversión. Las pruebas cutáneas pueden ser útiles en los estudios epidemiológicos, como por ejemplo para delimitar una zona endémica, pero su utilidad como prueba diagnóstica es limitada, debido a la frecuencia de resultados negativos que se observan en las formas diseminadas y de cavidades de pared fina de esta enfermedad

**Paracoccidioidomicosis:** Las áreas endémicas son Brasil y otras zonas de Suramérica y México, pero su carácter larvado puede condicionar que el diagnóstico se haga muchos años después de que el paciente haya abandonado el área endémica. El período de incubación oscila entre un mes y varios años. El hongo crece preferentemente en bosques tropicales húmedos o subtropicales lluviosos y la infección se adquiere al inhalar las esporas del ambiente, pero sigue sin estar claro el reservorio de este microorganismo en la naturaleza.

**Diagnóstico** Los frotis y los cortes histológicos pueden identificar el microorganismo mediante examen directo y cultivos. Las pruebas serológicas, entre ellas la fijación del complemento y la inmunofluorescencia, ayudan a confirmar el diagnóstico y a controlar la respuesta al tratamiento. La intradermoreacción con antígeno fúngico sólo tiene interés epidemiológico.