

Universidad del sureste.



Microbiología y parasitología.

Profesor: Dr. Manuel Eduardo López Gómez.

Alumno: Cristian Jhovany López Marcelin.

Esporotricosis:

Es una infección cutánea causada por el moho saprófito, la infección produce nódulos cutáneos que se diseminan a través de las vías linfáticas para transformarse en abscesos y úlceras. El *Sporothrix schenckii* reside en arbustos



de rosales y de agracejo, en el musgo y en el estiércol. Los infectados con mayor frecuencia son los horticultores, los jardineros, los granjeros y los madereros, que contraen la enfermedad típicamente tras un traumatismo menor asociado con material contaminado.

Signos y síntomas: las infecciones linfocutaneas son las más frecuentes y comprometen típicamente una mano y un brazo, aunque pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo. Una lesión primaria puede manifestarse como una pequeña pápula indolora o, en ocasiones, como un nódulo subcutáneos móviles.

En general, unos pocos días o semanas más tarde una cadena de ganglios linfáticos que drenan la zona afectada aumenta de tamaño lenta pero progresivamente y forma nódulos subcutáneos móviles. Si no se trata, la piel supra yacente enrojece y puede necrosarse luego, a veces con generación de absceso, úlcera y sobreinfección bacteriana.

Diagnostico:

Cultivo. La esporotricosis debe diferenciarse de las infecciones localizadas causadas por *Mycobacterium tuberculosis*, micobacterias, u otros microorganismos.

Durante el estadio temprano no diseminado, la lesión primaria puede confundirse con una picadura de araña. El cultivo del tejido de la infección activa permite confirmar el diagnóstico.

Tratamiento

Itraconazol: el tratamiento de elección son 200mg de itraconazol por vía oral, 1 vez al día, hasta 2 a 4 semanas después de resueltas todas las lesiones (generalmente 3 a 6 meses).

Micetomas:

(maduromicosis, pie de Madura).

es una infección localizada crónica progresiva causada por hongos o bacterias que afecta los pies, los miembros superiores o la espalda, algunas bacterias, sobre todo especies de *Nocardia* y otros actinomicetos, causan más de la mitad de los casos.

El micetoma aparece principalmente en áreas tropicales en el sur de los Estados

Unidos y se contagia cuando los microorganismos ingresan en el cuerpo por traumatismos localizados en la piel desnuda de los pies, los miembros o la espalda de trabajadores que transportan plantas u otros objetos contaminados los hombres entre 20 a 40 años son los más afectados con mayor frecuencia, lo que puede deberse a los traumatismos experimentados durante el trabajo al aire libre.



Signos y síntomas:

La lesión inicial del micetomas puede ser pápula, un nódulo subcutáneo fijo, una vesícula con una base indurada o un absceso subcutáneo que se rompe para formar una fistula hacia la superficie de la piel. La fibrosis es frecuente en y alrededor de las lesiones iniciales. El dolor a la palpación es mínimo o no existe, salvo que se produzca una sobreinfección bacteriana supurada. En las infecciones avanzadas, los miembros comprometidos desarrollan un enorme edema, con formación de unos grandes tumores en forma de maza compuesto por áreas quísticas, los numerosos trayectos fistulosos intercomunicados drenan exudado espeso o serosanguinolento que contiene granos característicos, que puede ser blancos o negros.

Tratamiento:

Antibióticos o antimicóticos.

El tratamiento del micetomas debe administrarse durante >10 años. Si no se indica tratamiento, el paciente puede morir debido a la sobreinfección bacteriana y sepsis. En las infecciones causadas por hongos, algunos microorganismos pueden ser sensibles, al

menos parcialmente, a la anfotericina B, el itraconazol o ketoconazol, pero algunos son resistentes a todos los antimicóticos.

Cromoblastomicosis:

Es una infección cutánea que afecta a individuos normales inmunocompetentes, sobre todo en áreas tropicales y subtropicales. Se caracteriza por la formación de nódulos papilomatosos que tienden a ulcerarse. Es causada por hongos café oscuro que producen cuerpos escleróticos en el tejido.

Signos y síntomas:

En general, la cromoblastomicosis empieza en el pie o la pierna, pero también pueden infectarse otras áreas expuestas, en particular donde la piel está desgarrada. Las pápulas iniciales pequeñas y pruriginosas en vías de expansión pueden

simular dermatoficosis (tiña).

Estas pápulas se extienden para

constituir parches de límites netos de color rojo oscuro o violáceo con bases induradas. Varias semanas o meses más tarde, pueden aparecer nuevas lesiones que se proyectan entre 1 y 2 mm por encima de la piel y se localizan a lo largo del drenaje linfático. En el centro de los parches, pueden surgir proyecciones nodulares duras de color rojo oscuro o grisáceo y forma de col, que, si la infección no es tratada, se extienden de manera gradual hasta cubrir los miembros en el transcurso de muchos años. Los linfáticos pueden obstruirse, el prurito puede persistir y pueden desarrollarse sobreinfecciones bacterianas que causan úlceras y, en ocasiones, septicemia.



Tratamiento:

1.- itraconazol, a veces con flucitosina.

2.- a menudo, cirugía crioterapia.

El itraconazol es el fármaco más eficaz para la cromoblastomycosis, aunque no todos los pacientes responden. A menudo se agrega flucitosina porque resulta útil para prevenir las recidivas. La anfotericina B es ineficaz. Informes anecdóticos sugieren que el posaconazol, el voriconazol o la terbinafina podrían también ser eficaces.

Lobomicosis:

Predomina en tribus indígenas de la amazonía brasileña y colombiana (orinoquia). En Brasil además se notifican casos en los estados de Pará, Mato Grosso (indios de la tribu Caiabi de esta zona han presentado el 32% de los casos brasileños y el 21% de todos los enfermos registrados) y Acre. En la costa pacífica predominante en la raza negra. En Surinam, los pacientes son de raza negra del área selvática que bordea las riberas del río Saramacaner.



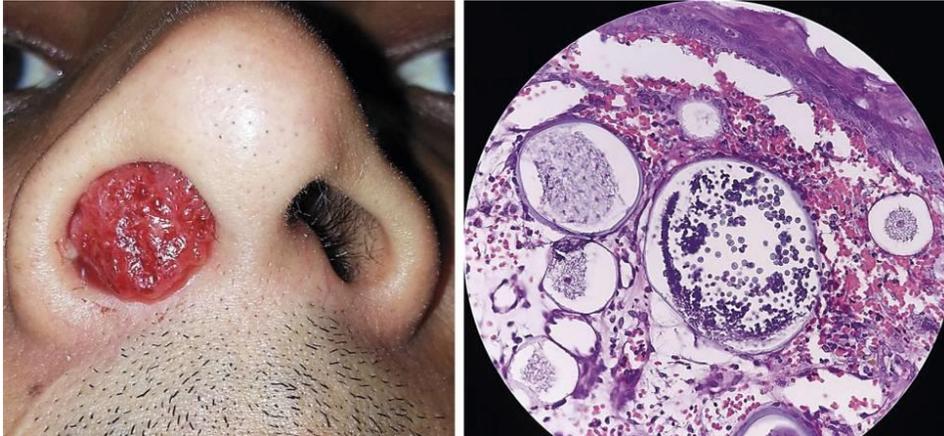
Es una infección cutánea crónica, no debilitante. Las lesiones pueden ser únicas o múltiples, localizadas o generalizadas que crecen lentamente (Hasta 3 décadas) formando placas y nódulos queloidianos o verruciformes que se pueden ulcerar como consecuencia de traumatismos. En un 11% de los casos hay adenopatía regional por invasión linfática. **Las mucosas no se afectan.** Las lesiones predominan en los pies, las piernas, pabellones auriculares, antebrazos, codos, rodillas y las regiones lumbares y escapular (Se ha notificado un caso de afectación testicular). La cara se puede afectar con nódulos profusos y destructivos. La infestación puede perdurar durante décadas.

Tratamiento:

No existe ningún tratamiento específico. Las placas y los nódulos de la oreja pueden responder a la clozimina a dosis de 300 mg/día durante 3 meses, seguida de 100 mg/día.

Los nódulos se tratan con resección (está indicada) y clofazimina. Las recidivas son frecuentes. Los antimicóticos más novedosos no han demostrado gran utilidad (itraconazol). Es imprescindible el abordaje psicológico de estos pacientes. En las zonas amazónicas se utiliza la fitoterapia con Multimistura de cipó.

Rinosporidiosis:



Enfermedad causada por granulomatosa crónica de seres humanos y animales. Actualmente se considera una cianobacteria *Microcystis aeruginosa*. La mayoría de los casos han sido reportados en la India y en Sri Lanka, afectando a jóvenes entre 20 y 40 años de edad. E se caracteriza por el desarrollo de lesiones polipoides, friables, de color rojizo y blandas, localizadas principalmente en las mucosas nasal y nasofaríngea, y en menor frecuencia en la conjuntiva ocular y saco lacrimal. Afecta principalmente a jóvenes entre 20 y 40 años de edad y con predilección por el sexo masculino. Cuando la infección es localizada en las fosas nasales los síntomas más frecuentes son obstrucción nasal, epistaxis y rinorrea.

Tratamiento:

El tratamiento de elección de la rinosporidiosis es la extirpación quirúrgica, que presenta resultados satisfactorios en la mayoría de los casos; las recidivas son bastante infrecuentes, sin embargo, se observan favorables resultados después de la administración de Dapsona, que tiene una reconocida acción antibacteriana en la lepra, así como con el uso tópico de soluciones de Nitrato de plata al 2% y el tratamiento con penicilina y o cefalosporinas. La respuesta al tratamiento antibiótico

apoya la teoría del posible origen bacteriano de la enfermedad, del mismo modo en que la penicilina cambió de una vez la clasificación de la Actinomicosis.