



NOMBRE: FRETH HIRAM GUTIERREZ DIAZ

MATERIA; MICROBIOLOGIA

CATEDRÁTICO: DR MANUEL EDUARDO

TAREA: ENSAYO

GRUPO: A

CARRERA: MEDICINA HUMANA.

ESPOROTICOSIS:



La esporotricosis es una infección cutánea causada por el moho saprófito *Sporothrix schenckii*. El compromiso pulmonar y hematógeno es inusual. 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. A diferencia de los demás hongos dimorfos, el *S. schenckii* no suele inhalarse sino que ingresa en el cuerpo a través de pequeños cortes y abrasiones en la piel.

Síntomas:

Las infecciones linfocutáneas son las más frecuentes y comprometen típicamente una mano y un brazo, aunque pueden aparecer cualquier parte del cuerpo. Pueden identificarse lesiones primarias en superficies expuestas de los pies o la cara

Diagnostico:

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

Y se recomienda Itraconazol. Se utiliza para tratar infecciones causadas por hongos, ya que interfiere en el crecimiento normal del hongo.

MICETOMAS



El micetoma 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 resto se debe a alrededor de 20 especies diferentes de hongos. Las lesiones de etiología micótica a menudo se denominan eumicetoma. El micetoma aparece principalmente en áreas tropicales o subtropicales en el sur de los Estados Unidos y se contagia cuando los microorganismos ingresan en el cuerpo por traumatismos localizados en piel desnuda de los pies, los miembros o la espalda de trabajadores que transportan plantas u otros objetos contaminados. Los hombres de entre 20 y 40 años son los afectados con mayor frecuencia

Signo:

La lesión inicial del micetoma puede ser una pápula, un nódulo subcutáneo fijo, una vesícula con una base indurada o un absceso subcutáneo que se rompe para formar una fístula 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

Diagnostico:

Examen y cultivo de los exudados

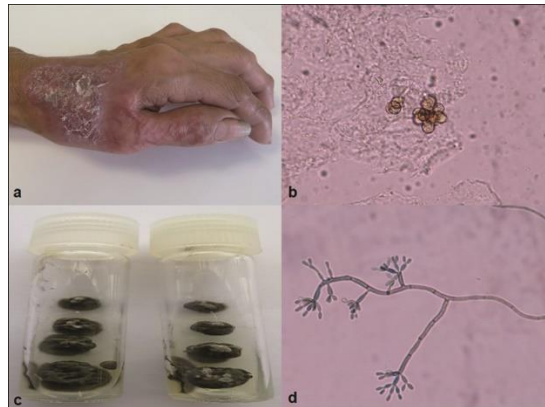
Se pueden identificar los agentes causales mediante el examen macroscópico y microscópico de los granos procedentes de los exudados, que contienen gránulos de forma irregular y colores variables y miden entre 0,5 y 2 mm. El aplastamiento y el cultivo de estos gránulos permiten arribar al diagnóstico definitivo.

Tratamiento:

Antibióticos o antimicóticos , En ocasiones cirugía.

El tratamiento del micetoma debe administrarse durante > 10 años. Si no se indica tratamiento, el paciente puede morir debido a sobreinfección bacteriana y sepsis.

Cromoblastomicosis



La cromoblastomicosis es un tipo específico de infección cutánea causada por hongos dematiáceos (pigmentados). Los síntomas son nódulos ulcerados en las partes del cuerpo expuestas. La cromoblastomicosis es una infección cutánea que afecta a individuos normales inmunocompetentes, sobre todo en áreas tropicales o subtropicales. Se caracteriza por la formación de nódulos papilomatosos que tienden a ulcerarse. La cromoblastomicosis es causada por hongos café oscuro o negro que producen cuerpos escleróticos en el tejido. En general, la cromoblastomicosis empieza en el pie o la pierna.

Signos:

infectarse otras áreas expuestas, en particular donde la piel está desgarrada. Las pápulas iniciales pequeñas y pruriginosas en vías de expansión pueden simular dermatofitosis (tiña).

Diagnostico: Histopatología, Cultivo

Las lesiones tardías por cromo blastomicosis tienden a tener un aspecto característico, pero las lesiones iniciales pueden confundirse con dermatofitosis. La tinción para melanina de Fontana-Masson ayuda a confirmar la presencia de los cuerpos escleróticos.

Tratamiento:

- Itraconazol, a veces con flucitosina
- A menudo, cirugía o crioterapia

LOBOMICOSIS



Agente infeccioso: Hongo. *Lacazia (Loboa) loboi*. Otros nombres que recibe la enfermedad: lacaziosis, blastomicosis queloidiana, blastomicosis amazónica, lepra de los Caiabi y pseudolepra. 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.

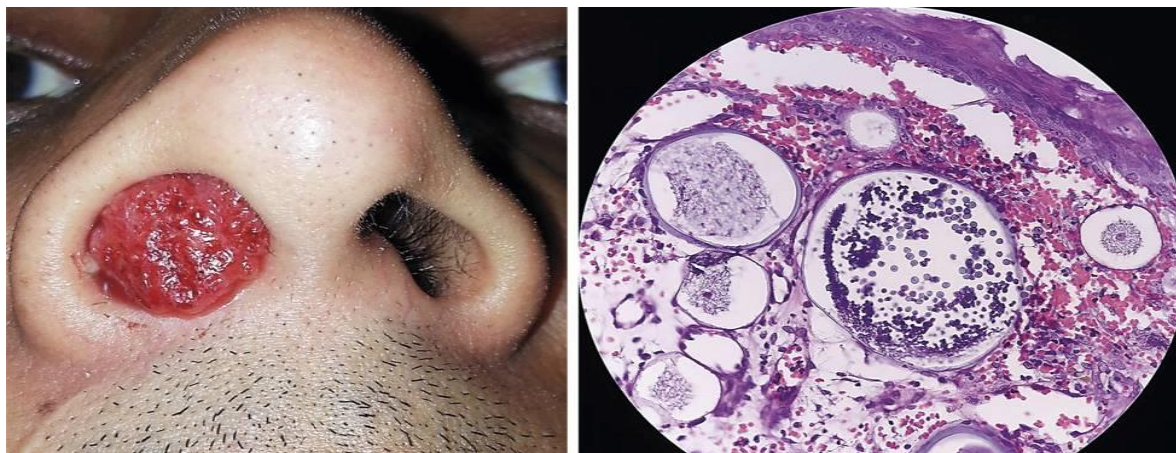
Diagnóstico: Historia clínica detallada. Biopsia (microorganismo de aspecto levaduriforme). De momento no se ha conseguido cultivar el organismo en condiciones de laboratorio.

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).

Prevención y control: Medidas higiénicas en el cuidado de heridas. Medidas de protección en el contacto con animales

Rinosporidiosis



Infección subcutánea producida por un parásito protista acuático (mesomicetozoario) denominado *Rhinosporidium seeberi*, que afecta particularmente mucosas de nariz, ojos, oídos, laringe y genitales, en forma de pólipos friables muy vascularizados. Es producida por *Rhinosporidium seeberi*, considerado como un mesomicetozoario, es decir, un protozoo del orden *Dermocystida*.

DIAGNOSTICO:

Pólipos nasales los cuales pueden mostrar una forma muy parecida a una Rinosporidiosis, pero no es en general tan rojo y el tejido parece más transparente; lo más importante es la falta de los “puntitos” blanquecinos o amarillentos, que dan un aspecto de fresa., mucocele, hemangiomas, condilomas acuminados, neoplasias, rinoscleromas muestran generalmente una superficie más lisa, consistencia más firme y ausencia del aspecto de fresa que se observa en la Rinosporidiosis y que corresponde a los esporangios.

TRATAMIENTO:

La regresión espontánea ha sido reportada como rara por lo que el tratamiento es la extirpación quirúrgica, de la totalidad del pólipo preferiblemente con electrocauterio el cual es lo recomendado. La recaída es frecuente por lo que el paciente debe ser valorado periódicamente. La Anfotericina B intralesional disminuye las recaídas. Los antimoniales pentavalentes no han mostrado un efecto importante