



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

CUADRO SINOPTICO AGENTES MICOTICOS

ALUMNO: JESUS ALBERTO PEREZ DOMINGUEZ

DOCENTE: CECILIO CULEBRO CASTELLANOS

MATERIA: ENFERMEDADES INFECCIOSAS

CARRERA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: SEXTO GRUPO A

INFECCIONES MICÓTICAS

ASPERGILOSIS

Aspergillus fumigatus es la causa más común de aspergilosis, aunque hay muchas especies de Aspergillus que pueden causar un amplio espectro de trastornos

CLÍNICA

- a) Aspergilosis broncopulmonar alérgica
 - b) Aspergilosis pulmonar crónica
 - c) Aspergilosis invasora
- a) Ocurre en pacientes con asma o fibrosis quística (fiebre, rinitis y cefalea) reacciones IgE.
 - b) Aspergilomas que desarrollan aspergilosis pulmonar fibrosante crónica.
 - c) pacientes con inmunodeficiencia grave, sometidos a trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (tos, hemoptisis y disnea)

DIAGNOSTICO

ELISA o búsqueda de DNA de Aspergillus por PCR, cultivos, biopsia, líquido de lavado broncoalveolar, TAC de tórax (signo de Halo)

TRATAMIENTO

- a) Formas alérgicas: prednisona oral en dosis de 1 mg/kg/día y itraconazol a dosis de 200 mg al día por 16 semanas
- b) Aspergilosis crónica: aspergiloma asintomático (resección quirúrgica), (itraconazol 200 mg dos veces al día, voriconazol 200 mg cada 12 horas o posiconazol 300 mg al día VO).
- c) Aspergilosis invasora: voriconazol (6 mg/kg por vía IV dos veces en el día) y anfotericina B (3 a 5 mg/kg/día)

CANDIDIASIS

Candida es un hongo imperfecto, una levadura, que ocasiona una gama de infecciones y Casi todas las personas es posible cultivar candida albicans de la boca, la vagina y las heces.

CLÍNICA

- a) Candidosis de mucosas: afección esofágica más frecuente de enfermedad grave candidosis vulvovaginal ocurre en 75% de las mujeres durante su vida.
- b) Candida en orina: son asintomáticos y constituyen contaminación, colonización de la vejiga.
- c) Candidosis invasora: 1) candidemia sin infección en tejidos profundos; 2) candidemia con infección en tejidos profundos (típicamente ojos, riñón o abdomen), y 3) candidosis en tejidos profundos en ausencia de infección en el torrente sanguíneo.
- d) Endocarditis por Candida: en prótesis valvulares (Qx)

- a) Presentación odinofagia retroesternal, ERGE o náusea sin dolor retroesternal.
- b) urgencia para la micción, dificultad para emitir el chorro, fiebre, escalofrío o dolor del costado.
- c) Candidemia: fiebre mínima a choque séptico que puede comportarse como una infección bacteriana grave y llegar a una CID.

DIAGNOSTICO

Endoscopia con biopsia y hemocultivos, cultivos de embolos o de vegetaciones (endocarditis),

TRATAMIENTO

- a) Candidosis esofágica (100 mg de fluconazol/día o itraconazol 10 mg/ml, 200 mg/día) durante 10 a 14 días. Candidosis vulvovaginal (como clotrimazol, 100 mg en tableta vaginal durante 7 días, o miconazol, 200 mg en óvulo vaginal durante 3 días).
- b) Fluconazol por vo en dosis de 200 mg/día durante 7 a 14 días.
- c) Caspofungina, dosis de carga 70 mg por IV, luego 50 mg por IV 1 vez al día. Micafungina 100 mg IV 1 vez al día. Anidulafungina, dosis de carga 200 mg por vía intravenosa, luego 100 mg por vía intravenosa 1 vez al día

COCCIDIOIDOMICOSIS

La infección se debe a la inhalación de artroconidias de Coccidioides immitis o C. posadasii; ambos microorganismos son hongos que crecen en el suelo y en algunas regiones áridas del sureste de Estados Unidos, México y Centroamérica

CLÍNICA

- Coccidioidomycosis primaria: periodo de incubacion de 10 a 30 días) suele corresponder al de las enfermedades de vias respiratorias, con fiebre y algunas veces escalofrío. Hipersensibilidad (artritis, conjuntivitis, **eritema nudoso** o eritema multiforme.)
- Coccidioidomycosis progresiva: Varias semanas, meses o a veces años después de la infección primaria, aparecen síntomas inespecíficos, como fiebre no muy alta, anorexia, pérdida de peso y debilidad.

Datos de laboratorio

Cultivos, Examen microscópico (esférulas de C. immitis), Pruebas serológicas (IgM o IgG), La eosinofilia puede ser una clave importante, ELISA, LCR (incremento del recuento leucocítico con linfocitosis y disminución de las concentraciones de glucosa),

Estudios de imagen

Infiltrados pulmonares irregulares y nodulares, y de lóbulos superiores del pulmón, linfadenopatía hiliar en enfermedades focales; la linfadenopatía mediastínica

TRATAMIENTO

Anfotericina B (0.6 mg/kg/día por vía IV), meningitis (fluconazol oral en altas dosis (400 a 800 mg/día o más). Afectación del tórax, huesos y partes blandas (400 mg de itraconazol por VO en dos dosis o 200 a 400 mg de fluconazol

HISTOPLASMOSIS

Histoplasma capsulatum, un hongo dimórfico que se aísla en suelos contaminados con heces de aves o murciélagos en regiones endémicas

CLÍNICA

- a) Histoplasmosis primaria aguda: se manifiesta con fiebre, tos, mialgias, dolor torácico y malestar general.
- b) Histoplasmosis cavitaria crónica: lesiones pulmonares apicales. Las manifestaciones consisten en tos y disnea progresivas y pueden culminar en una disfunción respiratoria discapacitante.
- c) Histoplasmosis diseminada progresiva: hepatoesplenomegalia, adenopatías, compromiso de la médula ósea y, en ocasiones, úlceras bucales o digestivas. Síntomas (fiebre, cansancio, pérdida de peso, debilidad, malestar general)

Datos de laboratorio

La fosfatasa alcalina y la deshidrogenasa láctica, >ferretina, aumentos leves de la ALT, detección del antígeno en el líquido de lavado broncoalveolar. Los hemocultivos o los cultivos de médula ósea (inmunocomprometidos)

Estudios de imagen

- En la infección aguda: patrón normal, nodular diseminado o miliar
- En la histoplasmosis pulmonar crónica: lesiones cavitarias en la mayoría de los pacientes
- En la enfermedad progresiva: adenopatía hiliar con infiltrado nodular generalizado en alrededor del 50% de los pacientes

TRATAMIENTO

- Histoplasmosis primaria aguda: 200 mg de itraconazol por VO 3 veces al día durante 3 días, y después 1 vez al día durante 6 a 12 semanas.
- Histoplasmosis cavitaria crónica: itraconazol 200 mg por vía oral 3 veces al día durante 3 días, y luego 1 o 2 veces al día durante 12 a 24 meses..
- Histoplasmosis diseminada grave: anfotericina B liposomal (3 mg/kg IV 1 vez al día) anfotericina (0,5 a 1 mg/kg IV 1 vez al día durante 2 semanas)

MUCORMICOSIS

Se aplica a las infecciones por oportunistas, como lo miembros de los géneros rhizopus, mucor, Lichtheimia (antes absidia) y Cunninghamella

CLÍNICA

Cuadros invasores de los senos nasales, órbitas y pulmones. La invasión vascular por hifas promueve una necrosis tisular progresiva, que puede comprometer el tabique nasal, el paladar y los huesos que rodean la órbita o los seno. Pueden incluir dolor, fiebre, celulitis orbitaria, proptosis, oftalmoplejía, pérdida de la visión, rinorrea purulenta y necrosis de las mucosas.

Datos de laboratorio

No se cuenta con hallazgos serológicos o de laboratorio que orienten el diagnóstico, y los cultivos de sangre no son útiles. La técnica básica para el diagnóstico es todavía la biopsia del tejido afectado

TRATAMIENTO

- Anfotericina B liposomal (5 mg/kg IV 1 vez al día) y tabletas de posaconazol de 300 mg/día ingeridas, una vez que se estabiliza la enfermedad.
- Desbridamiento quirúrgico

BIBLIOGRAFÍA

- **Harrison, I. F. (2019).** Harrison: principios de medicina interna (vol. 2 20º edición). México, DF: mcgraw hill interamericana
- **Levinson, w., & Jawetz, E. (2006).** Microbiología e inmunología médicas (no. Qr46 I4818 2006). Mcgraw-hill.
- **Kumate, J., Gutiérrez, G., Muñoz, O., Santos, I., Solórzano, F., & Miranda, G. (2013).** Infectología clínica. *México, DF: Méndez Editores.*
- **Gomez, B. L., González, Á., Tobon, A., & REstrepo, A. (2018).** Fundamentos de las micosis humanas. CIB Fondo Editorial.
- **Generalidades sobre las micosis - Enfermedades infecciosas - Manual MSD versión para profesionales. (2021).** Retrieved 15 May 2021, from <https://www.msmanuals.com/es/professional/enfermedades-infecciosas/hongos/generalidades-sobre-las-micosis>