



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS TUXTLA GUTIEREZ, CHIAPAS
MEDICINA HUMANA 6TO SEMESTRE**

UNIDAD III

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

INFECCIONES MICOTICAS SUPERFICIALES

MANEJO FARMACOLOGICO

DR. SAUL PERAZA

DEBORA NIETO SANCHEZ

Nombre	Fisiopatología	Manifestaciones clínicas	Diagnóstico, tratamiento y complicaciones.	Imagen
<p>Tiñas</p>	<p>Son originadas por dermatofitos (parásitos de la queratina). Los géneros de los dermatofitos son: Trichophyton, Microsporum, Epidermophyton. El hongo más frecuente es T. rubrum.</p> <p>La infección por dermatofitos se limita a estructuras con queratina, como capa córnea, pelos y uñas. En la defensa contra la infección aguda participan: IgE, IFN-γ, IL-4, linfocitos, elastasa y desoxirribonucleasa. Tiene que haber exposición a la fuente de contagio + factores propicios (humedad, calor, diabetes, esteroides).</p> <p>Cabeza: M. canis y T. tonsurans. Cuerpo: M. canis, T. rubrum, T. tonsurans.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tricofitosis: T. tonsurans. • Epidermofitosis: E. floccosum. <p>Pies e ingles: T. rubrum, E. floccosum y T. mentagrophytes. Manos: T. rubrum.</p>	<p>Cabeza: <u>El más frecuente es M. canis</u>, Es en niños (por las características del sebo de la cabeza) e inmunosuprimidos. Seca (pelos tiñosos): pelos cortos (2-3 mm), gruesos, quebradizos, con vaina blanquecina. Es descamativa. Puede haber pelos en cola de cochino (rizados).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tricofítica: alopecia con placas de pelos sanos (granos de pólvora). • Microspóricas: pseudoalopecia con placas redondeadas bien delimitadas (pelos podados). • Inflamatoria (querión de Celso): Es por la reacción inmune. Plastrón inflamatorio, doloroso al tacto, constituido por múltiples pústulas, abscesos, úlceras y costras melicéricas. Se observa adenopatía satélite, y no hay fiebre. Apariencia en "panal de abejas". • Fávica: costras y masas de filamentos con olor a rata mojada. Es por T. schoenleinii. <p>Cuerpo: a cualquier edad. Hay eritema y escamas en placas redondeadas, con bordes vesiculares activos, con prurito.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tricofítica: pocas placas de gran tamaño. • Microspórica: placas 	<p><u>Diagnóstico:</u> Examen directo con KOHy cultivo. El cultivo en medio de Sabouraud simple o con antibióticos determina la especie.</p> <p><u>Tratamiento:</u> Cabeza: griseofulvina VO, terbinafina, o itraconazol. Se pueden usar champús con disulfuro de selenio al 2.5%. Querión: prednisona + antibiótico. Cuerpo: terbinafina, itraconazol, fluconazol.</p>	<p>Tiña de cabeza</p>  <p>Querión de Celso</p>  <p>Del cuerpo</p>  <p>De la ingle:</p>

pequeñas

y múltiples.

- Tricofitosis de los gladiadores: afecta cabeza, cuello, brazos.
- Epidermofitosis de la zona del pañal: se presenta en menores de 3 años. Hay placas eritematoescamosas anulares y pápulas, con pocas vesículas.

Pies e ingles: más en hombres.

- Ingles: igual a la del cuerpo. Puede haber liquenificación por el rascado. Siempre hay que checar que no tengan también en los pies.
- Pies: puede causar grietas, fisuras, descamación, vesículas, ampollas y costras melicéricas (variante inflamatoria) o zonas hiperqueratósicas (variante seca). Puede ser interdigital. Se puede sobreinfectar.

Manos: Afecta las palmas y hay hiperqueratosis difusa, descamación, anhidrosis y eritema.

- Forma inflamatoria: vesículas y pústulas.
- Síndrome de una mano y 2 pies: onicomicosis + tiña de pies + tiña de manos.



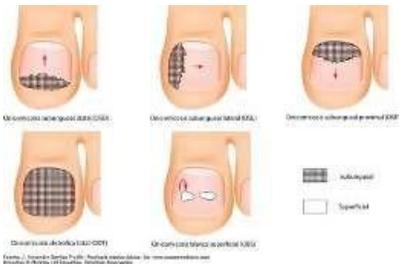
De los pies (en mocasín).



De las manos



Onicomiasis	También llamada tiña de las uñas. Por dermatofitos: principalmente <i>T. rubrum</i> . Se clasifica en: subungueal, distal-lateral, blanca superficial, blanca proximal subungueal, distrófica total, endonyx y paroniquia.	Es más común en hombres. Afecta más a las uñas de los pies. Se manifiesta por engrosamiento, fragilidad, estrías, coloración amarillenta o café (marrón) oscura y predominio distal. La proximal subungueal es más común en pacientes con VIH.	<u>Diagnóstico:</u> clínico. Dermatoscopía: "signo de la aurora boreal": estrías longitudinales y borde proximal dentado y el borde con apariencia de ruinas. <u>Tratamiento:</u> puede tardar	
--------------------	--	--	--	--

	 <p>Diagramas que muestran la aplicación de diferentes tratamientos tópicos para onicomicosis en la uña de un dedo. Se incluyen: Ciclopirox lacónico (LAC/CPX), Amorolfina lábil (LMA), Terbinafina (TBB), y Efinaconazol (EFA). También se muestran los nombres comerciales: Amorolfina (Amorolfina), Ciclopirox (Ciclopirox), Terbinafina (Terbinafina) y Efinaconazol (Efinaconazol).</p>	<p>Fenómeno ide: más frecuente en las manos, se manifiesta por vesículas (dishidrosis) o descamación, o reacciones liquenoides (eritema nodoso y multiforme).</p>	<p>de 6 a 18 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tópicos: Ciclopirox o amorolfina • Sistémicos: itraconazol (se puede dar en pulsos), terbinafina o fluconazol. 	
<p>Pitiriasis versicolor</p>	<p>Producida por el complejo lipofílico Malassezia (furfur, globosa y sympodalis). Es un hongo levaduriforme que <u>forma parte de la flora normal cutánea</u>. Produce infiltrado por linfocitos T CD4 y aumento de IgG. Es favorecida por el calor, humedad, sudoración, sebo, ropa oclusiva de material sintético, aplicación de grasas y glucocorticoides, inmunosupresión.</p>	<p>Manchas hipocrómicas (rosas) o hiperocrómicas (café), con descamación fina (furfurácea), que predominan en tronco, cuello y parte superior de los brazos. Son crónicas y asintomáticas. Signo de Besnier o del uñazo: al raspar la lesión queda una marca en la piel por desprendimiento de escamas.</p>	<p><u>Diagnóstico:</u> En examen al microscopio se ven "albóndigas y espagueti". Se observan con luz de Wood. Lo más preciso son los métodos moleculares como la cariotipificación. <u>Tratamiento:</u> <u>_____</u> hay muchas recaídas porque los factores predisponentes no se quitan. Se usan soluciones tópicas con clotrimazol, miconazol, ketoconazol, etc. Oral solo en enfermedad refractaria.</p>	

<p>Candidiasis cutánea</p>	<p>Candida albicans es una levadura poco patógena, y necesita alteraciones inmunitarias para ir más allá de la colonización de epitelios. Invade la capa córnea mediante lisis tisular. Los principales mecanismos de defensa son los neutrófilos. Se asocia a inmunodepresión, inhaladores con esteroides</p>	<p>Muget o algodoncillo: se presenta en la boca. Vulvovaginal: leucorrea extensa y grumosa. Prurito, disuria, dispareunia. Balanitis: en glande y surco balanoprepucial. Hay eritema, micropústulas, erosiones, fisuras, maceración. Intertrigo candidioso: se presenta en pliegues, tiene placas eritematosas, con escama. aspecto macerado, sin</p>	<p><u>Diagnóstico:</u> Estudio micológico: KOH, lugol, agua destilada, medio de Sabureaud. Histología: en la capa córnea engrosada se observan filamentos y blastosporas. <u>Tratamiento:</u> Eliminar factores de riesgo. Fluconazol (150 mg)</p>	
-----------------------------------	--	--	--	---

	(asma). La candidosis mucocutánea crónica se ha relacionado con un defecto genético de la dectina-1, un receptor de β -glucano, vinculado a disminución de Th17.	borde activo pero con lesiones <u>satelitales</u> . No prurito, dolor. Las candidosis de los pliegues tiene eritema, descamación, piel macerada, con un borde de escamas y lesiones satélite.	semanales).	
Candidiasis ungueal		Lámina ungueal engrosada y con estrías transversales, despigmentación o color verde, amarilla o negra; más afectada en la base. Puede haber onicolisis, perionixis, y escape de pus al presionar la lesión.	<u>Diagnóstico:</u> igual al anterior. <u>Tratamiento:</u> barnices de ciclopirox olamina y amorolfina.	