

Candidiasis ungueal. A propósito de un caso

Gabriel Elvira Zorzo

DP. C.O.PO.GA. COL. N° 648. Centro de Atención Podológica, CAP. Vigo. Pontevedra

Correspondencia:

Gabriel Elvira Zorzo

Sanjurjo Badía 192, 1º

36207 Vigo. Pontevedra

E-mail: centrodeatencionpodologica@yahoo.es

Resumen

En el presente trabajo se aborda una de las infecciones fúngicas que afectan a la piel y a las uñas. La Candidiasis es una infección fúngica con una incidencia muy alta en piel y mucosas, pero con una menor incidencia en las uñas. El caso que se presenta, muestra el tratamiento y evolución hacia la curación de una Candidiasis Ungueal.

Palabras clave: Candidiasis. *Candida albicans*. Perioniquia. Uña. Amorolfina. Azoles. Infección. Dermatofito. Levadura.

Introducción

Cuando hablamos de infecciones fúngicas, clasificamos estas teniendo en cuenta la afectación en profundidad de los tejidos del cuerpo. Pues así, tenemos varios tipos de micosis:

1. Micosis cutáneas.
2. Micosis sub-cutáneas.
3. Micosis sistémicas.

Las micosis más habituales que se tratan en una consulta podológica suelen ser micosis del tipo 1, es decir cutáneas. La afectación de estas no va más allá de los tejidos superficiales, dermis y epidermis y de los anejos cutáneos como las uñas. Las infecciones micóticas cutáneas suelen ser del tipo: *Dermatofitosis*, *Pitiriasis Versicolor*, *Tiña Negra* y *Candidiasis*. Los microorganismos que con mayor incidencia afectan al ser humano, en el caso de las *Dermatofitosis*, suelen ser el *Trichophyton rubrum* y el *Trichophyton mentagrophytes*, además del

Summary

This article shows us the different between those onychomycosis that affect our feet and the different treatments to use in order to treat them. Also, the article shows a very typical case of *Onychomycosis* by *Candida*. Clinical evaluation, correct diagnosis and certain treatment of this case complete this communication, in which we try to improve our knowledge about onychomycosis.

Key words: Onychomycosis. *Candida Albicans*. Nail. Itraconazole. Terbinafine, Azole. Infection. Dermatophyte. Yeast.

Epidermophyton floccosum, el *Microsporum canis* y *M. Gypseum*.

En el caso de las Levaduras, tiene una mayor incidencia en el ser humano la *Candida albicans* y *Candida parapsilopsis*. Normalmente la *Candida* se encuentran conviviendo en nuestro organismo de forma simbiótica, en un comensalismo con balance a favor de nuestro cuerpo, no produciéndose contaminación por estas, si no es por desbalance del equilibrio a favor de la *Candida*. Como causa de este desequilibrio podemos encontrarlos con:

- Factores fisiológicos: edad (niños) y embarazo.
- Factores climáticos: calor y humedad.
- Factores endocrinos: diabetes.
- Factores metabólicos: obesidad, desnutrición, carencias alimenticias...
- Factores inmunitarios.
- Ciertos tipos de medicación: antibióticos, quimioterápicos inmunosupresores, corticosteroides...

- Dolencias crónicas: alcoholismo.
- Dolencias hepáticas: anemia, hepatitis...
- Dolencias malignas: tumores, linfomas, leucemia.
- Traumatismos tisulares: cualquier pérdida de continuidad en la piel puede ser la vía de entrada, de microorganismos de la flora saprofitas, al interior de los tejidos.

Las Candidiasis son micosis oportunistas y se presentan en mayor grado en casos de pacientes inmunodeprimidos o con una afectación sistémica o enfermedad metabólica (diabetes, obesidad mórbida...).

Diagnóstico diferencial

Las Candidiasis ungueales se dan en menor medida que las Tiñas ungueales o dermatomicosis ungueales. La afectación por Candida de la uña es diferente de la tiña, sobretodo por la clínica, además es fundamental la realización de pruebas complementarias como cultivos específicos en laboratorio.

En el caso de las Candidiasis ungueales, se produce una afectación en forma de perioniquia del borde proximal de la uña y de los bordes periungueales a ambos lados de la uña, de coloración roja brillante, dura y dolorosa. La placa ungueal se encuentra amarillenta, hipertrófica y parcialmente despegada del lecho ungueal. Dependiendo de la afectación de la placa ungueal evaluaremos la gravedad de la infección.

En la Candidiasis ungueal podemos encontrar una sobre-infección bacteriana en forma de perioniquia proximal, producida habitualmente por *S. Aureus*.

Debemos hacer el diagnóstico diferencial, además con:

- Onicomycosis por dermatofitos, tiñas ungueales.
- Otro tipo de onicomycosis, como es el caso de la *Aspergilosis* (micosis profunda, sistémica), que provoca una afectación ungueal de apariencia verduzca.
- Panadizo.
- Distrofias ungueales.

Terapéutica

La terapéutica, difiere en el tratamiento de una afección por Candida, a una afección por dermatofitos. Siendo estas últimas menos insidiosas. Se puede optar por:

- un tratamiento sistémico.
- por un tratamiento tópico.
- o por un tratamiento mixto: tópico+ sistémico.

En el caso del *tratamiento sistémico*, se puede recurrir a antimicóticos de primera elección como los azoles del tipo Itraconazol (V.O.) y Terbinafina (V.O.).

En el *tratamiento tópico*, recurrimos a la Amorolfina en forma de esmalte. Ha demostrado su eficacia en las tiñas ungueales y en casos de Candidiasis ungueales.

Tenemos en el *tratamiento combinado*, un tratamiento seguro y muy efectivo contra las micosis ungueales, bien sean tiñas o Candida. Los resultados están avalados por estudios en los que se ha demostrado que el tratamiento combinado de *Amorolfina 5% + Itraconazol 200mg/día* durante 12 semanas, demuestran una eficacia superior al tratamiento aislado monoterápico, bien con Itraconazol o con Amorolfina.

También el uso de otras terapias con antimicóticos como la *Terbinafina 200mg/día + Amorolfina 5%*, durante 12 semanas, dio mejores resultados que la monoterapia con Terbinafina de forma aislada.

Caso clínico

Varón de 72 años de edad, sin alergias conocidas. Diabético, no insulino-dependiente. Hipertenso, medicado y controlado. Varices internas. No presenta hiperhidrosis. No fuma. Como antecedentes familiares, cabe destacar la diabetes y las varices internas por parte del padre. Acude a consulta aquejando dolor a nivel de los dedos Hallux de ambos pies desde hace más de 15 días, no sabe precisar exactamente el principio de la dolencia. A la exploración visual, se observan signos de perioniquia proximal y lateral de ambos Hallux. La placa ungueal se encuentra: hipertrófica, amarillenta en sentido proximal a distal y parcialmente despegada en su borde distal a nivel de Hiponiquio.

Observamos una tumefacción que se disemina desde los dedos Hallux, 2º y 3º hacia la zona dorsal del pie. En ambos pies, la apariencia es rojiza, tumefacta.

A la exploración, la zona periungueal se encuentra endurecida y dolorosa al tacto. Las placas ungueales de ambos Hallux, al encontrarse parcialmente despegadas del lecho, se mueven. El dorso del pie, la piel, se encuentra tirante y dolorosa al tacto (Figuras 1-4).

Pruebas complementarias

Se recoge con una torunda el exudado de debajo de las uñas afectadas, en este caso de los dedos Hallux y detritus de debajo de las placas ungueales. Este material se manda analizar al laborato-

rio. Las pruebas de laboratorio a las 48h. confirmaron la presencia de *C. Albicans* y de *S. Aureus*.

Diagnóstico

El diagnóstico clínico se vio confirmado por las pruebas complementarias de laboratorio. El diagnóstico fue: *Candidiasis ungueal* por *C. Albicans* y *perioniquia proximal y lateral* por *S. Aureus*.

Tratamiento

A tenor de los resultados se optó por un tratamiento de dos fases: una fase inmediata, en la que tratamos la perioniquia bacteriana con un antibiótico de amplio espectro tipo *Augmentine 500mg*. Con una terapéutica cada 8 horas durante 15 días. Esperando la confirmación de la Candidiasis por parte del laboratorio. Nada más conocer los resultados del cultivo, a las 48 horas, se siguió con la terapéutica antibacteriana pautada y se inició el tratamiento con el antimicótico. La segunda fase, se optó por un tratamiento antimicótico tóxico con *Amorolfina 5%* una vez a la semana durante 24 semanas.

Se evaluó a los siete días y a los 15 días, cuando se decidió seguir con la medicación antibacteriana (*Augmentine 500mg* cada 8 horas) hasta terminar la caja, aproximadamente 5 días más. Verificándose en este tiempo una mejoría clínica substancial y terminando el tratamiento antibacteriano a los 20 días la curación clínica de la infección bacteriana se certificó. Se siguió con el tratamiento antimicótico con *Amorolfina 5%* durante 24 semanas, evaluando el caso a las 30 semanas y confirmándose la curación clínica total de la infección candidiásica (Figuras 5-10).

Discusión

Hago referencia a la *primera fase del tratamiento*. Cuando pauté la utilización de un antimicrobiano de amplio espectro para tratar la sobre infección bacteriana en forma de perioniquia. Si bien, la presencia de *S. Aureus* de asocia a la Candidiasis ungueal es preferible utilizar un antibiótico de amplio espectro tipo *Augmentine 500mg*. Por lo menos, hasta que tengamos la confirmación diagnóstica del cultivo. Evidentemente existen antibióticos menos potentes y más específicos para tratar el *S. Aureus*, pero en este caso, con un paciente diabético y con una evolución tan fea de la infección, disemi-



Figura 1. Pie 1ª visita



Figura 2. Uña 1ª visita



Figura 3. Pie izquierdo 1ª visita



Figura 4. Uña izquierda 1ª visita



Figura 5. Pie 2ª visita



Figura 6. Pie izquierdo 2ª visita



Figura 7. Uña 3ª visita



Figura 8. Uña izquierda 3ª visita



Figura 9. 30 semanas



Figura 10. Pie izquierdo 30 semanas

nada por el dorso del pie y con los nódulos linfáticos poplíteos ligeramente endurecidos, es preferible atajar pronto y seguro.

Cave preguntarse en el tratamiento, la elección de éste y las pautas en la medicación en la *segunda fase del tratamiento*, al tratar la onicomycosis. Al optar por un tratamiento tópico, sistémico o mixto, en el caso de las onicomycosis, tengo en cuenta la afectación de la placa ungueal y de la zona periungueal. En onicomycosis con afectación de más de un 80% de la placa ungueal, suelo recurrir al tratamiento mixto, pues está demostrando, con creces, unos porcentajes de curación que van del 98% en casos de Tiñas ungueales y Tiñas

Negras. Un 92% en casos de Candidiasis ungueales. Frente al 80% de eficacia en los tratamientos monoterápicos.

Es esencial evaluar el estado general del paciente para iniciar un tratamiento u otro. En el caso que presento, opté por un tratamiento tópico para tratar la onicomycosis candidiásica dado que la edad del paciente y su estado general no recomendaban, como primera opción, el tratamiento sistémico. En el caso de que hubiese fallado el tratamiento tópico, con *Amorolfina 5%*, hubiésemos recurrido al tratamiento mixto con Itraconazol, tratamiento pulsátil: 400mg/día en 3 ciclos de 1 semana repartidos en 8 semanas.

Bibliografía recomendada

Apuntes de la asignatura Micología. Programa curricular del primer año de la Diplomatura en Podología, curso académico 1994-95. Madrid: E.U. Enfermería Fisioterapia y Podología. Dep. de Podología, UCM. 1994.

Gupta AK, De Doncker P, Haneke E. Itraconazole pulse therapy for the treatment of Candida onychomycosis. *JEADV* 2001;15:112-5.

Lecha M, Baran R, Hay RJ, Evans G. Nuevas evidencias sobre la eficacia de la terapia combinada en la onicomycosis. *IX Congreso de la Academia Europea de Dermatología. Ginebra, 11-15 Octubre de 2000.* Barcelona: Ediciones Mayo, S.A., 2000.

Piet De Doncker, *et al.* Pulse therapy with One-Week Itraconazole Monthly for Three or Four Months in the Treatment of Onychomycosis. *Cutis* 1995;3:180-3.