

A propósito de un caso de uña distrófica en la mano

Susana Hernando^a, Francisco Menéndez^b, M.^a Elena Rodríguez^c y Amalia del Palacio^a

^aServicio de Microbiología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^bUnidad de Dermatología. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca. ^cSección de Microbiología. Hospital General de Guadalajara. Guadalajara. España.

Caso clínico

Paciente de 36 años de edad, sin antecedentes de interés que desde hace 4 años refiere alteraciones en forma de despegamiento del lecho ungueal de la uña del tercer dedo de la mano derecha. En la exploración clínica se observa distrofia total con onicólisis (fig. 1A).

Fue diagnosticado de onicomycosis por su médico de cabecera, instaurándose tratamiento con itraconazol en dosis de 200 mg/día durante una semana, descansando las tres siguientes. Este tratamiento se mantuvo durante 6 meses, obteniéndose al final del mismo una mejoría parcial. Tras 3 meses de descanso, y ante el empeoramiento de las lesiones, se volvió a repetir un ciclo similar con el mismo resultado. Tres meses después, y tras volver a empeorar, se le puso tratamiento con tioconazol solución al 28% durante 4 meses más. Al no mejorar, es remitido al servicio de dermatología, donde se observan las lesiones antes descritas. Después de un mes de retirada la administración tópica se le toman muestras de la uña, visualizándose en el examen directo micelios anchos tabicados y con frondas y no observándose micelios sugestivos de hongos dermatofitos (fig. 2). Las muestras se sembraron en agar Sabouraud con glucosa y cloranfenicol (Difco Detroit, Michigan, EE.UU.) y en agar Sabouraud con glucosa, cloranfenicol y actidiona (Mycobiotic agar, Difco), incubándose a 28 °C durante 4 semanas. A los 3 días, en las placas de agar Sabouraud con cloranfenicol creció en cultivo puro un hongo filamentoso que se identificó como *Aspergillus glaucus* (fig. 3). No se observó crecimiento en las placas de agar Sabouraud con cloranfenicol y actidiona. La toma se repitió 2 veces más de forma consecutiva y separada en el tiempo, obteniéndose los mismos resultados.

El diagnóstico definitivo fue de onicomycosis por hongo filamentoso no dermatofito: *Aspergillus glaucus*. *A. glaucus* se caracteriza macroscópicamente porque a los 5-7 días de cultivarse en agar Sabouraud con glucosa aparece una colonia plana de aspecto pulverulento de color azul-verdoso que a medida que envejece puede adquirir un color verde-marrón. Cuando se desarrollan ascocarpos éstos son de color amarillo. El reverso de la colonia es de color crema. Microscópicamente posee cabezas radiadas o columnares, con fialides uniseriadas que normalmente cubren la superficie entera de la vesícula y pueden presentar cabezas aberrantes con conidióforos



Figura 1. A) Uña distrófica total con onicólisis. B) Curación total dos meses postratamiento.



Figura 2. Examen directo. Se observan micelios anchos tabicados y con frondas.

secundarios. Los conidios son de aspecto redondo u ovalado, ligeramente rugosos y miden 4-8 µm, los ascocarpos no presentan pigmento, son redondeados y miden 80-250 µm.

Evolución

Tras la identificación micológica se instauró tratamiento con itraconazol en dosis de 200 mg/día durante 3 meses seguidos. Al finalizar el tratamiento se aprecia una clara mejoría de la uña, con un borde sano de 3 mm a partir de la matriz ungueal y discreta onicólisis distal. Es

Correspondencia: Dra. A. del Palacio.
Servicio de Microbiología. Hospital Universitario 12 de Octubre.
Ctra. Andalucía, km 5,4. 28041 Madrid. España.
Correo electrónico: apalacioh.hdoc@salud.madrid.org

Manuscrito recibido el 30-6-2003; aceptado el 30-10-2003.



Figura 3. Cultivo en medio de Sabouraud-cloranfenicol. Aspecto macroscópico.

nuevamente visto 2 meses después de acabar el tratamiento, observándose una curación total de la uña (fig. 1B).

Comentarios

El término onicomicosis hace referencia a la infección fúngica de las uñas, tanto si es primaria como secundaria a una uña previamente distrófica. La infección puede ser debida a hongos dermatofitos (*Tinea unguium*), levaduras y especies de hongos filamentosos no dermatofitos¹.

Los hongos filamentosos no dermatofitos se encuentran colonizando la superficie ungueal tanto en uñas normales como distróficas. Al no poseer queratinasa, estos hongos no son capaces de invadir la uña, por lo que no se les considera de forma significativa agentes causales primarios de distrofia ungueal² (exceptuando a *Scopulariopsis brevicaulis*, *Fusarium solani* y en zonas tropicales *Scytalidium dimidiatum* y *Natrhassia mangiferae*)³, representando el 3% de las onicomicosis⁴.

Para establecer el diagnóstico de onicomicosis de hongos filamentosos no dermatofitos se siguen en la actualidad los criterios de Mary P. English²: se deben observar en el examen directo micelios anchos tabicados y con frondas, no deben aislarse dermatofitos, 5/20 inóculos deben ser puros y abundantes y siempre se debe aislar la misma especie fúngica^{2,4}.

En la práctica habitual, estos criterios tan restrictivos son difíciles de seguir al no haber adherencia por parte de los enfermos y ser costosos; en este caso, 3 tomas consecutivas apoyaron el diagnóstico etiológico por ser característica la visión directa (micelios anchos tabicados y con frondas), no visualizarse micelios artrosporados característicos de dermatofitos y cultivarse siempre *A. glaucus* y no dermatofitos.

Este caso es un ejemplo de mala práctica, puesto que se estableció el diagnóstico de onicomicosis exclusivamente en función del aspecto clínico y utilizándose un tratamiento pulsátil con itraconazol a dosis inadecuadas⁵. El tratamiento de las onicomicosis por hongos filamentosos no dermatofitos es en general insatisfactorio y más complejo que el de *Tinea unguium*. La terapia tópica posee pobres resultados, los agentes tópicos (tioconazol al 28%, ciclopiroxolamina, amorolfina) deben ser combinados con antifúngicos orales (itraconazol, griseofulvina). La avulsión quirúrgica es un procedimiento restringido, recurriéndose a ella cuando hay posibilidad de limitar el tiempo de tratamiento oral y/o aumentar el éxito terapéutico o bien cuando existe la imposibilidad de un tratamiento oral. El tratamiento continuo (200 mg/día/3 meses) con itraconazol sería el de elección en el caso de onicomicosis por *Aspergillus* spp.⁵. Al igual que la pauta pulsátil (200 mg/2 veces día/una semana mensual durante 2-4 meses) ofrecen muy buenos resultados, a los 9 meses postratamiento se obtiene la curación clínica y micológica. La terbinafina es un antifúngico eficaz en el tratamiento de las onicomicosis por hongos filamentosos no dermatofitos; sin embargo, en el caso de ser agente etiológico *Aspergillus* spp. el éxito terapéutico es superior cuando se utiliza el itraconazol.

A. fumigatus y *A. terreus* son las especies más prevalentes de onicomicosis por *Aspergillus*, siendo *A. glaucus* una especie raramente relacionada como agente infectivo.

Bibliografía

1. Denning DW, Evans EGV, Kibbler CC, Richardson MD, Roberts MM, Royers TR, et al. Fungal nail disease: A guide to good practice (report of a Working group of the British Society for Medical Mycology). *BMJ* 1995;31:1277-81.
2. English MP. Nails and fungi. *Br J Dermatol* 1976;94:697-701.
3. Oyeka CA, Gugnani HC. Keratin degradation by *Scytalidium* species and *Fusarium solani*. *Mycoses* 1991;41:73-6.
4. Clayton YM. Clinical and mycological diagnostic aspects of onychomycoses and dermatomycoses. *Clin Exp Dermatol* 1992;14(Suppl):37-40.
5. De Donker PRG, Scher RK, Baran RL, Decroix J, Degreiff HJ, Roseeuw DI, et al. Itraconazol therapy is effective for pedal onychomycosis caused by some nondermatophyte molds and in mixed infections with dermatophytes and molds: A multicenter study with 36 patients. *J Am Acad Dermatol* 1997;36:173-7.