



Vol. 3, Nº 2. Año 1999

**ESTUDIO CLINICO Y MICOLÓGICO DE PACIENTES CON
ONICOPATIAS REFERIDOS AL LABORATORIO DE MICOLOGIA
DEL HOSPITAL “Dr. RAFAEL GONZALEZ PLAZA”
EN UN LAPSO DE CUATRO AÑOS.**

Olivero de Briceño, Rosa (1); Sifontes R. Omaira (2); Sánchez Carolina (3).

RESUMEN

Se realizó una Investigación de tipo transversal clínico-micológico en 464 pacientes con onicopatías referidos al laboratorio de Micología del Hospital “Dr. Rafael González Plaza”, U.C., en el período 1993-1996 confirmándose mediante exámenes directo y cultivo ,etiología micótica en 296 (63.79%) y descartándose en 168 (36.21%).

En las onicopatías micóticas encontramos que el mayor número de casos pertenecían al grupo de edades entre 45-54 años (26.35%), sexo femenino (76.35%), profesión amas de casa(42.57%) procedentes del Estado Carabobo (93.91%), localización de las lesiones en ambas manos (23.31%) y de menos de un año de evolución (32.09%).

Se determinaron onicopatías dermatofíticas ,tinea unguim en 150 pacientes (50.68%) aislándose dos especies: *T. rubrum* (82.67%) y *T. mentagrophytes* (17.33%), perteneciendo él (25.81%) al grupo entre 45 - 54 años producido por *T. rubrum* y (30.77%) al grupo entre 35 – 44 por *T. mentagrophytes*, siendo las características predominantes por ambas: sexo femenino (60.67%), profesionales (32%), localización en ambos pies (47.33%), dos años de evolución (25.33%), afectación de varias uñas (62%) y forma clínica Distal subungueal (76%). De la forma clínica leuconiquia superficial solo encontramos 3 casos producidos por *T. rubrum*.

Se hizo el diagnóstico de onicopatías no dermatofíticas en 146 casos (49.32%) por las especies *Candida spp* (142), (97.27%), de los cuales el (80%) eran *Candida albicans*, *Aspergillus fumigatus* (2.05%) y *Fusarium oxysporum* (0.68%) con mayor frecuencia en adultos entre 45 - 54 años (26.71%), sexo femenino (92.47%), amas de casa (58.22%) localización en ambas manos (43.15%), de menos de un año de evolución (42.47%), y

varias uñas afectadas (62.33%), siendo la forma clínica mas frecuente la Paroniquia Candidiasica (71.23%).

PALABRAS CLAVES: Onicopatías, Onicomycosis, Tinea unguium, Paroniquía, Onixis, Onicolisis, Dermatofitos.

A CLINICAL AND MYCOLOGIC STUDY IN PATIENTS WITH NAIL ONYCHOPATHIES REFERRED TO THE MYCOLOGY LABORATORY OF THE DR. GONZALEZ PLAZA HOSPITAL IN A FOUR-YEAR PERIOD.

ABSTRACT

A cross-section clinical and mycologic study in patients with nail onychopathies referred to the mycology Laboratory of the Dr. Rafael Gonzalez Plaza Hospital in a four - year period (1993-1996) was carried out in 464 patients. Mycotic etiology was confirmed through direct and culture tests in 296 patients (63.79%) and ruled out in 168 patients (36.21%).

Micotic onychopathies were found mainly in ages between 45-54 (26.35%), female (76.35%), housewives (42.75%) from the state of Carabobo (93.91%), localized in both hands (23.31%), and with less than a year of evolution (32.09%).

Tine unguin dermatophytic onychopathies were determined in 150 patients (50.68%). The two strains isolated were *T. rubrum* (82.67%), and *T. mentagrophytes* (17.33%). In *T. rubrum* onychopathies, 25.81% were found in the 45-54 age group. In *T. mentagrophytes*, 30.77% were found in the 35-44 age group. The main characteristic of patients affected by both strains were: female (60.67%), professionals (32%), localized in both feet (47.33%), with a two-year evolution (25.33%), with several nails affected (62%), distal subungueal clinical manifestation (76%). Three cases of *T. rubrum* superficial leuconychia were found.

Keys Words: Onychopathies, Onychomycosis, Tinea unguium, Parochynia, Onyxis, Onicholysis, Dermatophytes

INTRODUCCIÓN

Las Micosis son enfermedades producidas en el hombre por los hongos.

Las infecciones fúngicas se han clasificado de manera muy esquemática en superficiales profundas, según que afecten la piel y/o anexos, o bien que la infección se produzca más allá de la membrana basal del epitelio.

La afectación de las uñas se denomina onicopatía y dentro de ellas, las de origen micótico son las producidas por dermatofitos, levaduras y mohos contaminantes.

La orientación diagnóstica generalmente está dirigida a una causa micótica, por lo que un gran número de pacientes acuden a los Laboratorios de Micología para confirmar su diagnóstico.

Se presentan los resultados de una investigación donde se confirma, que no todas las lesiones de las uñas son producidas por hongos.

Se ha demostrado que el 18 al 40 % de las alteraciones ungueales son de causa micótica. Las onicopatías de origen micótico se presentan en todo el mundo, pero existen diferencias regionales en cuanto a la incidencia.

Un 30% de todas las dermatomicosis son afecciones de las uñas.

Entre las enfermedades de la piel ocupan del 2 a 13% siendo su incidencia mayor en los ancianos. (1) (2) (10).

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Determinar la frecuencia de Onicopatías de origen Micótico y no Micótico y las diferentes características de las onicopatías micóticas y sus agentes productores en los pacientes referidos al Laboratorio de Micología de la Universidad de Carabobo Hospital “Dr. Rafael González Plaza”, en el período 1993-1996.

Determinar edad, sexo, profesión, tiempo de evolución, localización y número de uñas afectadas en onicopatías micóticas.

Aislar e identificar los Dermatofitos, Levaduras y Hongos contaminantes causantes de tinea unguím, candidiasis ungueal y onicomiosis no dermatofíticas en onicopatías micóticas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se estudian todos los pacientes asistentes al Laboratorio de Micología de la Universidad de Carabobo en el Hospital "Dr. Rafael González Plaza" en el lapso 1993-1996 con sospecha de onicopatias de origen micótico.

Se realizó historia clínica y toma de muestra, raspando la lámina y el detritus subungueal con un bisturí. En los casos de posible Candidiasis (perionixis), la muestra se obtuvo raspando el surco periungueal.

Estudio Micológico . Se realizó exámen directo y cultivo para confirmar el diagnóstico y el agente causal.

RESULTADOS

Se confirmó ONICOPATIA de etiología micótica mediante exámenes directo y cultivo en 296 pacientes (63,79%) y se descartó en (168) (32,21%). De los pacientes con ONICOPATIA micótica se aisló Dermatofitos en (150) (50,68%) **GRAFICOS. 1-2.**

En las ONICOPATIAS micóticas el mayor numero de casos pertenecían al grupo de edades comprendidas entre 45-54 años (78) (26,35%), sexo femenino (226) (76,35%) y profesión amas de casa (126) (42,57%). **GRAFICO 3**

La localización fue principalmente en ambos pies (75) (25,34%) y en ambas manos (69) (23,31%), con varios uñas afectadas a mayor tiempo de evolución. **GRAFICO 4**

Tinea unguium. Se determinaron ONICOPATIAS Dermatofíticas en (150) pacientes (50,68%), aislándose 2 especies T. rubrum (124) (82,7%) y T. mentagrophytes (26) (17,33%), atacando preferiblemente las uñas en el sexo femenino (91) (60,67%), profesionales (48) (32%) y localización en ambos pies (71) (47,33%). **GRAFICO 5.**

Los pacientes en su mayoría tenían varias uñas afectadas (82) (62%), con una evolución mayor a 2 años (38) (25,33%) y una forma clínica predominante distal subungueal (114) (76 %). **GRÁFICO 6.**

En cuanto a las ONICOPATIAS No Dermatofíticas, aislamos Candida spp. en (142) pacientes (97,27 %), siendo de mayor frecuencia Candida albicans, Aspergillus fumigatus

en (3) (2,05%) y *Fusarium oxysporum* en un caso (0,68%). La mayoría de los pacientes afectados, estaban en edades comprendidas entre 45-54 años (39) (26,71%), sexo femenino (135) (92,47%) y profesión amas de casa (85) (58,22%). **GRAFICO 7.**

Con varias uñas afectadas (91) (62,33%). La forma clínica mas frecuente fue la Paroniquia Candidiasica (104) (71,23%), con menos de un año de evolución (62) (42,47%). **GRAFICO 8.**

DISCUSIÓN

Las micosis ungueales se presentan en todo el mundo, pero existen diferencias regionales en cuanto a la incidencia, no disponiéndose de datos precisos sobre la misma, han aumentado en los últimos años tanto en términos absolutos como relativos, desempeñando los factores socioculturales una importante función. Un 18 – 40% de todas las alteraciones ungueales son onicomycosis, así como un 30% de todas las dermatomicosis son infecciones de la uña (1).

Nuestros resultados demuestran que un elevado número de pacientes con sospecha de onicomycosis, referidos para su diagnóstico etiológico, realmente su proceso es por ésta causa, concordando con otros autores que encuentran porcentajes similares (60%) (2), (63%) (3), en números variables de casos. Aunque también hay otras investigaciones donde los porcentajes son menores (38.16%) (4).

Roberts, en 1996 afirma que la incidencia de onicopatías micóticas es mas alta de lo que se pensó, destacando estudios como los de Chariff, que encontró una prevalencia global de 18.5% (5). El elevado porcentaje de micosis ungueales que se diagnosticaron, es indicativo de que su presunción diagnóstica ha sido correcta, posiblemente porque gran parte de los pacientes proceden de consultas dermatológicas, sin embargo, llama la atención que se encontró un porcentaje importante de etiología no micóticas (36.2%), lo que confirma lo referido en la literatura de que en las uñas, diversas enfermedades tienen expresión morfológica similar, lo que amerita la confirmación micológica, bacteriológica o histopatológica (6).

Entre las onicopatías no micóticas, encontramos varias características semiológicas solas y/o combinadas: paquioniquia, onicolisis, pits, xantoniquia, onicosquicia, perdida en

forma de V en el borde libre de la lámina ungueal, surcos transversales, leuconiquia parcial, melanoniquia en bandas longitudinales (FIGURA 1. A, B, C, D, E), que ameritaron otros estudios para su diagnóstico definitivo.

Las Onicomycosis son causadas por dermatofitos, levaduras y mohos contaminantes, variando su frecuencia de una investigación a otra.

En nuestro trabajo se determinó que las Onicopatías fueron producidas por dermatofitos en 50.62% de los casos y por no dermatofitos en 49.32%, incluyendo levaduras y mohos coincidiendo con la mayoría de los autores en el predominio de los dermatofitos (3) (5) (7) (8) (9) (12).

Según diferentes estudios realizados, la afectación ungueal producida por hongos en los niños es rara y frecuente en los adultos (10.3%). López y Colaboradores encuentran 95% en adultos y Philpot una prevalencia de 0.2% en niños (3) (10).

Las micosis ungueales se presentaron en todos los grupos etáreos estudiados, con predominio en adultos de edades entre 45 – 54 años (26.35%). Chariff en 1000 pacientes determinó que la prevalencia de micosis ungueales aumentó con la edad. (5)

Se observó un predominio del sexo femenino (76.35%), Roberts en 1996 cita una incidencia variable en los sexos, (13%) en hombres y (4.3%) en mujeres, relación que se revierte en la mayoría de los estudios realizados anteriormente, coincidiendo con Chariff quien encuentra una prevalencia de 22.8% en el hombre y 13% en la Mujer (5)

En nuestra casuística la mayor frecuencia de onicopatías micóticas se diagnosticó en amas de casa posiblemente por ser más expuestas a los factores favorecedores de estos procesos.

La localización de las lesiones fue principalmente en ambos pies 25.34% y ambas manos 25.31%, y a mayor tiempo de evolución, mayor número de uñas tienden a sufrir daños.

En los pacientes de Tinea unguium, se aislaron dos especies: *T. rubrum* y *T. mentagrophytes* con franco predominio del primero, hallazgos similares reportan todos los autores del País y el resto del mundo (2) (3) (4) (8) (9) (11) (12).

La Tinea unguium es frecuente en adultos y rara en niños quizás debido al rápido crecimiento de las uñas (2).

El 80% de las lesiones en los casos de *Tinea unguium*, se localizan en los pies y el 20% en las manos (12), siendo la contaminación directa, la forma más común de contraer la infección favorecida por el calor y la humedad, lo que se asocia con el uso de calzado estrecho, zapatos de goma o plástico que impiden la evaporación y crean el medio en el cual se desarrolla la micosis, pudiendo ser favorecida por enfermedades vasculares periféricas, lesiones mecanotraumáticas, alteraciones metabólicas y endocrinas especialmente la diabetes mellitus y trastornos inmunológicos. (1)

El *T. rubrum* produjo alteraciones en varias uñas en la mayoría de los casos a diferencia del *T. mentagrophytes* que las produjo principalmente en una sola uña, lo que es demostrativo de la mayor agresividad de la primera especie citada.

Las formas clínicas encontradas fueron especialmente distal subungueal por ambas especies, con grados variables del proceso desde la fase inicial de hiperqueratosis subungueal hasta mas severos con paquioniquia, onicólisis, cambios de color de la lámina ungueal, distrofias y desboronamiento. (Figuras 2 A).

La forma total con daño completo de la lámina se observó en 11 casos por *T. rubrum* y 3 por *T. mentagrophytes*. (Figuras 2 B). La subungueal lateral en 17 casos por *T. rubrum* y 2 por *T. mentagrophytes*.

La leuconiquia superficial es una rara forma que es producida principalmente por *T. mentagrophytes*, aunque cada vez aparecen más casos por *T. rubrum* especialmente en pacientes HIV positivos. Para Haneke mas del 90% de los casos son producidos por *T. mentagrophytes* (1). En este estudio se encontró, en 3 casos producida por *T. rubrum* en pacientes HIV negativos, uno de los cuales presentó lesiones en todas las uñas (Figuras 3 C).

Los hongos no dermatofitos, son considerados como hongos contaminantes saprófitos y agentes oportunistas de diversas micosis. Se han encontrado diferentes porcentajes siendo las infecciones por levaduras las predominantes, pero las originales por mohos no son desdeñables y su frecuencia está en aumento (13) (14).

Se aisló *Candida* spp en 97.27%, siendo *Candida albicans* la de mayor frecuencia (80%), de las onicopatías no dermatofíticas y mohos en 2.66% (*A. fumigatus* y *F. oxysporum*). Según la edad, la mayor frecuencia en las producidas por *Candida* spp fue entre 45 – 54 años y la menor entre 5 – 14 años con solo 2 casos.

En las producidas por mohos se encontraron 2 casos por *A. fumigatus* del grupo entre 25 – 34 años y 1 de 35 – 44 años y por *F. oxysporum*, 1 caso del grupo entre 45 – 54 años.

La incidencia de Candidiasis ungueal es tres veces mas alta en la mujer que en el hombre (11). Se encontraron lesiones por *Candida* spp principalmente en ambas manos, cuando se encontraban en una sola mano predominó la derecha, para Arenas esto se debe al contacto de las manos especialmente la derecha con los reservorios intestinal y vaginal durante el aseo y al contacto con agua y detergente favorecedores del proceso (2).

La mayoría de las Candidiasis ungueales, se presentaron con 1 año de evolución, a diferencia de la Onicopatías producidas por dermatofitos donde el tiempo de evolución fue mayor. Esto puede deberse a que al localizarse las lesiones en manos con mayor frecuencia, producen molestias por el trabajo, contacto con agua y detergentes, infecciones secundarias, etc., lo que conlleva a una consulta más precoz, otro factor de importancia es el estético.

Las formas clínicas encontradas fueron: la Paroniquia candidiasica (73.23%), (Figuras 3 A), la Onixis candidiasica (25.76%) caracterizada por onicolisis sin paroniquia (Figuras 3 B).

De la forma subungueal distal solamente 3 casos: 2 por *A. fumigatus* en ambos pies (Figuras 3 C) y 1 por *F. oxysporum* en pie derecho con características indistinguibles de las producidas por Dermatofitos.

CONCLUSIONES

1. En 464 pacientes con onicopatías estudiados, se diagnosticó etiología micóticas en 296 (63.79%), y se descartó en 168 (36.21%).
2. Las características resaltantes de las micosis fueron: adultos entre 45 – 54 años, sexo femenino, 3.2 veces más frecuente que el masculino, amas de casa, con localización de las lesiones en ambos pies y ambas manos y afectación de una uña en las de menos de un año de evolución y de varias con más tiempo.
3. Determinamos onicopatías dermatofíticas *Tinea unguium* en 150 pacientes (50.68%) y no dermatofíticas en 146 (49.32%).

4. En Tinea unguim se aislaron las especies: *T. rubrum* en 124 casos (82.67%) y *T. mentagrophytes* en 26 (17.33%), predominando en ámbas el sexo femenino (60.67%), profesionales (32%), localización de las lesiones en pies (47.33%), 2 años de evolución (25.39%) y varias uñas afectadas (62%).

Las formas clínicas: distal subungueal (76%), total (9.33%), lateral subungueal (12.67%) y leuconiquia superficial (2%).

5. En las onicopatías no dermatofíticas se aisló *Candida* spp. (97.27%), *A. fumigatus* (2.05%) y *F. Oxysporum* (0.68%). Mayor frecuencia de adultos, del sexo femenino (92%), amas de casa (58.22%), localización en manos (43.10%), menos de un año de evolución con varias uñas lesionadas (62.33%).

Las formas clínicas fueron: paroniquia candidiasica (71.23%), onixis candidiasica (26.03%), distal subungueal (2.05%) y lateral subungueal (0.68%), las dos últimas producidas por hongos.

BIBLIOGRAFIA

1. HANEKE, E. 1991. Epidemiología y Patología de las Onicomicosis. Eds. S. Nolting. H.C. Korting: 1-11.
2. ARENAS, R. 1990. Las Onicomicosis. Aspectos Clínicos Epidemiológicos y Terapéuticos. Gac. Med. Mex. 126 (2): 84-91.
3. LOPEZ, R.; HERNÁNDEZ, F.; MANZANO, P.; BAZAN, E. y ROMERO, R. 1994. Onicomicosis: diagnóstico etiológico y frecuencia en 282 casos. Rev. Mex. Patol. Clín. 41 (2): 56-59.
4. ARREAZA, F. y URRESTARAZU, M. 1985. Estudio Micótico y Bacteriano de pacientes con lesiones ungueales. Rev. Inst. Higiene Rafael Rangel XVIII (1 y 2): 51-65.
5. ROBERTS, D. 1996. La Onicomicosis es mas común de lo que originalmente se pensaba. Clinical Dermatology 2000 and 4th Internacional Summit on Cutaneous Antifungal Therapy. Vancouver. B.C. Canadá.
6. REQUENA, L.; LOPEZ, B. Y GARCIA, A. 1988 Patología ungueal. Piel 3 (4): 165-182.

7. DIAZ, E. y PEREZ, M. 1988. Micosis Superficiales en Venezuela. Casuística de los Grupos de Trabajo en Micología Médica. Venezuela. 1984-1987. Bol. Las micosis en Venezuela 11: 3-15.
8. BRITO, ARIVAL de. 1992, Onychomycosis – incidence in the state of Pará, Brazil, Between 1980-1990. An Bras. Dermatol. 67 (4): 182-183.
9. BORELLI, D. 1990. Micosis Superficiales y Profundas en Venezuela. Infecciones Micóticas del Siglo XXI. Reporte de un Simposio. Ed. Traduciencia: 25-37.
10. PHILPOT, C. y SHUTTLEWORTH, D. 1989. Dermatophyte onychomycosis in children. Clin. Exp. Dermatol. (England). 14 (3): 203-205.
11. ALVAREZ, T.; BRICEÑO, T.; ALBORNOZ, M.B. de y DIAZ, E. Relación Clínica Microscópica del T. rubrum. Rev. Dermatol. Venezuela. 23 (3-4): 53-55.
12. ALBORNOZ, M.B.; de 1996. Micología Médica en Venezuela. Bol. Las Micosis en Venezuela. 28:9-12.
13. MAESTRE, J.R.Y ALMAGRO, M. 1991. Onicomycosis por hongos no dermatofitos. Piel 6: 479-488.
14. ACTHEN, G. WANET-ROUARD, J. 1981. Onychomycosis. Mycology N° 5. Cilag. Ltd., Brussels.