

ONICOMICOSI

Definició

La onicomicosi és la malaltia que més freqüentment pot afectar les ungles dels humans, essent responsable de més de la meitat dels casos d'alteració unguial (onicodistròfia). En tracta de la infecció de les ungles per organismes del regne dels fongs. En la majoria dels casos (un 90%) estan produïdes per un fong que poden afectar també la pell i el cabell anomenats dermatòfits; en la resta de casos (10%) estan produïdes per llevats (*Candida*) i per fongs filamentosos no dermatòfits (floritures). Els dermatòfits més freqüentment causants d'onicomicosi són *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Epidermophyton floccosum* i menys freqüentment *Mycrosporium* spp.

El control clínic de les onicomicosis és sovint difícil per diferents motius. D'entrada el diagnòstic obliga a descartar malalties de la pell o sistèmiques que poden afectar les ungles de forma similar, per això és recomanable fer estudis microbiològics per garantir-ne el diagnòstic. Malauradament, aquestes proves no tenen una fiabilitat del 100% i per tant en ocasions poden donar resultats falsament negatius. El tractament de la onicomicosi pot requerir la presa de medicaments antifúngics durant llargs períodes de temps, que no estan exemptes d'efectes secundaris i interaccions amb altres medicaments. Finalment les recaigudes d'aquesta malaltia són freqüents, especialment en les onicomicosis de les ungles dels peus, pel que hi ha pacients que no aconsegueixen quedar lliures de malaltia i arrossegueu la infecció durant dècades. Per tant, encara que és una patologia benigna que en general està exempta de complicacions, el seu diagnòstic i tractament no sempre és fàcil i ha d'estar sempre supervisat per un metge, i s'han de prendre un seguit de mesures per part del pacient per garantir la curació i evitar les recidives.

Qui les pateix?

La prevalença d'aquesta patologia ha augmentat en els darrers anys i està influïda per les condicions climàtiques, professionals i socioeconòmiques, essent variable en els diferents països i continents. Es produeixen arreu del planeta i acostumen a ser més freqüents en homes que en dones. L'augment de la prevalença es degut a diferents factors: exposició a fongs patògens en instal·lacions esportives i de recreació; envelliment de la població; increment en el nombre de diabètics; tractaments immunosupressors i citotòxics; i la pandèmia de la SIDA. Per tant, aquest procés és més freqüent en la gent gran (probablement degut a un alentiment en el creixement de la ungla, les deformitats dels peus i la freqüència de petits traumatismes per alteracions de la marxa), en diabètics o immunodeprimits i en persones que freqüentment piscines, vestuaris, gimnasos, així com en professions que requereixen l'ús de sabata tancada en ambients calorosos i humits.

Com es contrau?

Com en qualsevol infecció cal que hi hagi una font de contagi i un hoste susceptible a patir la infecció. En general els dermatòfits poden adquirir-se del sòl (dermatòfits geofílics), de l'home (dermatòfits antropofílics) i dels animals (dermatòfits zoofílics). Aquests organismes acostumen a créixer en ambients humits i càlids. Un àmbit ideal són les piscines, dutxes i vestuaris d'instal·lacions esportives o recreatives on a través del terra humit es pot adquirir la infecció per fongs dermatòfits tant al peu (tinea pedis o peu d'atleta) com a les ungles (onicomicosi).

Com es manifesta?

La onicomicosi es manifesta en forma d'una onicodistròfia o alteració de l'aspecte normal de una o més ungles de mans o peus. Les ungles dels peus s'afecten més sovint que les de les mans, i aquestes darreres normalment es presenten en coinfecció amb les dels peus. És més habitual l'afectació de diverses ungles que no pas una sola. És freqüent que les onicomicosis vagin associades a infecció crònica del peu per dermatòfits (tinea pedis o peu d'atleta). Clínicament pot existir una onicòlisi (o separació de l'ungla del llit unguial), hiperqueratosi subunguial (engruiximent de l'ungla amb descamació subunguial), discromia (canvi de color de la ungla des de groguenc o verdós fins a marró o negre).

Les onicomicosis les dividim en tres patrons principals d'afectació relacionats amb la via per la que ha penetrat el fong:

Patró distal i lateral subungüal, que és la forma més habitual, en la que la invasió es produeix per l'espai subungüal distal (hiponíqui)

Forma blanca superficial on es produeix la invasió directa de la làmina unguial superficial, sovint produïda per *T. mentagrophytes*;

Patró proximal subungüal amb invasió directa sota el plec unguial proximal (s'acostuma a donar en pacients immunodeprimits). Aquestes formes poden donar lloc en fases avançades a la destrucció total de la unglia, parlarem llavors d'un patró distròfic total.

L'onicomicosi és un procés freqüentment asimptomàtic però que en ocasions pot produir desconfort o dolor, especialment en el moment de retallar-se les ungles o realitzar exercici físic. En ocasions poden produir-se complicacions importants com la erisipela o cel·lulitis o infecció del greix subcutani, sobre tot en pacients diabètics i immunodeprimits.

La infecció de les ungles pels llevats (*Candida*) es manifesta en forma de paroníquia crònica (inflamació al voltant de la unglia) dels dits de les mans i produeix secundàriament infecció de la l'ungla. L'afectació de l'ungla es presenta en forma d'estriacions, descoloració groguenca i onicòlisi. Aquesta infecció és més freqüent en dones que manipulen aigua i aliments, donat a que l'ambient humit propicia la proliferació d'aquests llevats.

Com es diagnostica?

La sospita diagnòstica d'onicomicosi acostuma a ser clínica, però és recomanable realitzar estudis micològics que ens donaran el diagnòstic definitiu. Cal agafar una mostra suficient de l'ungla, preferentment escates subungueals, obtingudes de la part clínicament més afecta. La mostra s'envia al laboratori on es destinarà per la realització de dues proves diferents. D'una banda l'observació directa de les escates al microscopi òptic, prèvia digestió amb sosa potàssica (KOH) 20-30%, que desfarà la queratina i permetrà la visualització dels elements fúngics. Aquesta prova permet un diagnòstic immediat d'onicomicosi i distingir entre dermatòfits i llevats, però no ens permet identificar quin és exactament l'agent causant. En segon lloc, es realitzarà un cultiu micològic en medis adequats, que en cas dels dermatòfits requerirà d'un mínim de dues setmanes d'incubació. Si hi ha creixement, l'estudi de l'aspecte macroscòpic i microscòpic de la colònia ens permetrà la identificació del fong i conèixer l'espècie causant de la infecció.

Com es tracta?

Els objectius del tractament de la onicomicosi són la curació micològica i la recuperació clínica de l'ungla. Donat que l'ungla té un creixement lent (0,1 mm/dia les ungles de les mans i 0,03-0,05 mm/dia les ungles dels peus) l'ungla trigarà molts mesos en recuperar el seu aspecte normal. La prova final de curació micològica és la negativització de l'examen amb KOH i el cultiu. Quan hi ha una afectació distal d'una o poques ungles es pot optar per un tractament tòpic a base de laques que contenen fàrmacs antimicòtics com són l'amorolfina i la ciclopirox olamina. Es pot optar també per l'avulsió química (amb preparats queratolítics) o quirúrgica de l'ungla infectada. Quan l'afectació de l'ungla és lateral i/o proximal i tenim més d'una unglia afecta el tractament d'elecció són els antifúngics orals (normalment associats a preparats tòpics) Les pautes varien segons el fàrmac utilitzat (terbinafina, itraconazol o fluconazol) però en general tenen una durada de 4 a 6 mesos. S'ha de tenir en compte que aquests fàrmacs tenen importants interaccions farmacològiques. En rares ocasions poden produir alteracions de la bioquímica hepàtica, pel que es recomana la realització de controls analítics. El tractament ha de ser sempre supervisat per un metge. Les recaigudes després del tractament són freqüents i poden ser degudes a una reinfecció o a una eradicació incompleta del fong original.

Com es pot prevenir?

Per evitar les onicomicosis, especialment en col·lectius de risc (treballs on s'ha de calçar sabata gruixuda i tancada; i aquells que requereixin l'ús de dutxes comunitàries) cal aplicar unes mesures de prevenció col·lectives i unes mesures individuals. Les mesures col·lectives inclouen evitar l'estancament d'aigua a les dutxes comunitàries, mitjançant la inclinació de les rajoles del terra que permeti el drenatge adequat;

evitar les làmines de fusta al terra de les dutxes; rentar i desinfectar adequadament i a diari del terra de les dutxes. En quan a les mesures individuals, cal tractar el peu d'atleta recurrent el més aviat possible per evitar la infecció secundària de les ungles. Els individus propensos al peu d'atleta han de tenir una bona higiene dels seus peus i tenir especial cura en l'assecat dels mateixos després de la dutxa. Es poden utilitzar antimicòtics en pols o terbinafina crema de forma profilàctica per prevenir el peu d'atleta recurrent. L'aplicació periòdica de laques d'ungles antimicòtiques podrien prevenir les recurrències de les onicomicosis, però aquest extrem encara cal que sigui confirmat en estudis amplis.