

ONICOMICOSIS

Definición

La onicomicosis es la enfermedad que más frecuentemente puede afectar las uñas de los humanos, siendo responsable de más de la mitad de los casos de alteración ungueal (onicodistrofia). Se trata de la infección de las uñas por hongos. En la mayoría de los casos (un 90%) están producidas por hongos que pueden afectar también la piel y el cabello, denominados dermatofitos; en el resto de casos (10%) están producidas por levaduras (*Candida*) y por hongos filamentosos no dermatofitos (mohos). Los dermatofitos más frecuentemente causantes de onicomicosis son *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Epidermophyton floccosum*, y menos frecuentemente *Mycrosporium spp.*

El control clínico de las onicomicosis es a menudo difícil por diferentes motivos. De entrada, el diagnóstico obliga a descartar enfermedades de la piel o sistémicas que pueden afectar las uñas de forma similar, por este motivo a veces es recomendable realizar estudios microbiológicos por confirmar el diagnóstico. Desgraciadamente, estas pruebas no tienen una fiabilidad del 100%, y por tanto, en ocasiones pueden dar resultados falsamente negativos. El tratamiento de las onicomicosis puede requerir la toma de medicamentos antifúngicos durante largos períodos de tiempo, lo cual no está exento de efectos secundarios e interacciones con otros medicamentos. Finalmente, las recaídas de esta enfermedad son frecuentes, especialmente en las onicomicosis de las uñas de los pies. Hay pacientes que no consiguen quedar nunca libres de enfermedad y arrastran la infección durante décadas. Por lo tanto, la onicomicosis es una patología benigna que en general está exenta de complicaciones; su diagnóstico y tratamiento no siempre es fácil y ha de estar siempre supervisado por un médico, y se deben tomar una serie de medidas por parte del paciente por favorecer la curación y evitar las recidivas.

¿Quién las sufre?

La prevalencia de esta patología ha aumentado en los últimos años y está influida por las condiciones climáticas, profesionales y socioeconómicas, siendo variable en los diferentes países y continentes. Aparecen en cualquier parte del planeta y acostumbra a ser más frecuentes en hombres que en mujeres. El aumento de la prevalencia es debido a diferentes factores: exposición a hongos patógenos en instalaciones deportivas y de ocio, envejecimiento de la población, incremento en el número de diabéticos, tratamientos inmunosupresores y citotóxicos, y la pandemia del SIDA. Este proceso es mucho más frecuente en gente anciana (probablemente debido a un retraso en el crecimiento de la uña, las deformidades de los pies y la frecuencia de pequeños traumatismos por alteraciones de la marcha), en diabéticos o inmunodeprimidos y en personas que frecuentan piscinas, vestuarios, gimnasios, así como en profesiones que requieren el uso de zapatos cerrados, sobretudo en ambientes calurosos y húmedos.

¿Cómo se contrae?

Como en cualquier infección, hace falta que haya una fuente de contagio y un huésped susceptible de sufrir la infección. En general, los dermatofitos pueden proceder del suelo (dermatofitos geofílicos), del hombre (dermatofitos antropofílicos) o de los animales (dermatofitos zoofílicos). Estos organismos acostumbran a crecer en ambientes húmedos y cálidos. Un ambiente ideal son las piscinas, duchas y vestuarios de instalaciones deportivas o recreativas, donde a través de un suelo húmedo se puede adquirir la infección por hongos tanto en el pie (tiña del pie o pie de atleta) como en las uñas (onicomicosis).

¿Cómo se manifiesta?

La onicomicosis se manifiesta en forma de onicodistrofia o alteración del aspecto normal de una o más uñas de manos o pies. Las uñas de los pies se afectan más a menudo que las de las manos, y éstas últimas normalmente se presentan simultáneamente con las de los pies. Es muy habitual la afectación de varias uñas a la vez. Es frecuente que las onicomicosis vayan asociadas a infección crónica del pie por dermatofitos (tinea pedis o pie de atleta). Clínicamente puede existir una onicolisis (o separación de la

uña del lecho ungueal), hiperqueratosis subungueal (engrosamiento de la uña con descamación subungueal), discromía (cambio de color de la uña desde amarillento o verdoso hasta marrón o negro).

Las onicomycosis las dividimos en tres patrones principales de afectación, relacionados con la vía por la que ha penetrado el hongo:

- Patrón distal y lateral subungueal, que es la forma más habitual, en la que la invasión se produce por el espacio subungueal distal –extremo de la uña- (hiponiquio).
- Forma blanca superficial, donde se produce la invasión directa de la lámina ungueal superficial, a menudo producida por *T. mentagrophytes*.
- Patrón proximal subungueal con invasión directa bajo el pliegue ungueal proximal –nacimiento de la uña- (se acostumbra a dar en pacientes inmunodeprimidos). Estas formas pueden dar lugar en fases más avanzadas a la destrucción total de la uña; hablaremos entonces de un patrón distrófico total.

La onicomycosis es un proceso frecuentemente asintomático, aunque en ocasiones puede producir molestias o dolor, especialmente en el momento de recortarse las uñas o realizar ejercicio físico. En ocasiones pueden producirse complicaciones importantes como la erisipela o celulitis (infecciones de la piel), sobre todo en pacientes diabéticos e inmunodeprimidos. La infección de las uñas por levaduras (*Candida*) se manifiesta en forma de paroniquia crónica (inflamación alrededor de la uña) de los dedos de las manos. La afectación de la uña se presenta en forma de estriaciones, decoloración amarillenta y onicolisis. Esta infección es más frecuente en mujeres que manipulan agua y alimentos, dado a que el ambiente húmedo propicia la proliferación de estas levaduras.

¿Cómo se diagnostica?

La sospecha diagnóstica de onicomycosis acostumbra a ser clínica, pero es recomendable realizar estudios micológicos que nos darán el diagnóstico definitivo. Hace falta coger una muestra suficiente de la uña, preferentemente escamas subungueales, obtenidas de la parte clínicamente más afecta. La muestra se envía al laboratorio, a donde se destinará para la realización de dos pruebas diferentes. Por una parte, la observación directa de las escamas al microscopio óptico, previa digestión con hidróxido potásico (KOH) al 20-30%, compuesto que deshará la queratina y permitirá la visualización de los elementos fúngicos. Esta prueba permite un diagnóstico inmediato de onicomycosis, así como distinguir entre dermatofitos y levaduras, pero no nos permite identificar cuál es exactamente el agente causante. En segundo lugar, se realizará un cultivo micológico en medios adecuados, que en el caso de los dermatofitos requerirá de un mínimo de dos semanas de incubación. Si hay crecimiento, el estudio del aspecto macroscópico y microscópico de la colonia nos permitirá la identificación del hongo y conocer la especie causante de la infección.

¿Cómo se trata?

Los objetivos del tratamiento de la onicomycosis son la curación micológica y la recuperación clínica de la uña. Dado que la uña tiene un crecimiento lento (0,1 mm/día las uñas de las manos y 0,03-0,05 mm/día las uñas de los pies), ésta tardará muchos meses en recuperar su aspecto normal. La prueba final de curación micológica es la negativización del examen con KOH y cultivo. Cuando hay una afectación distal de una o pocas uñas se puede optar por un tratamiento tópico a base de lacas que contienen fármacos antimicóticos, como la amorolfina y la ciclopiroxolamina. Se puede optar también por la avulsión química (con cremas queratolíticas) o quirúrgica de la uña infectada. Cuando la afectación de la uña es lateral y/o proximal, y tenemos más de una uña afecta, el tratamiento de elección son los antifúngicos orales (normalmente asociados a preparados tópicos). Las pautas varían según el fármaco utilizado (terbinafina, itraconazol o fluconazol), pero en general tienen una duración de 4 a 6 meses. Se debe tener en cuenta que estos fármacos tienen importantes interacciones farmacológicas. En raras ocasiones pueden producir alteraciones de la bioquímica hepática, por lo que se recomienda la realización de controles analíticos. El tratamiento debe ser siempre supervisado por un médico. Las recaídas tras el tratamiento son frecuentes y pueden ser debidas a una reinfección o a una erradicación incompleta del hongo original.

¿Cómo se puede prevenir?

Para evitar las onicomicosis, especialmente en colectivos de riesgo (trabajos dónde se debe calzar zapato grueso y cerrado, y aquellos que requieran el uso de duchas comunitarias) hace falta aplicar medidas de prevención colectivas e individuales. Las medidas colectivas incluyen evitar el estancamiento de agua en las duchas comunitarias, por ejemplo mediante la inclinación de las baldosas del suelo, lo que permite un drenaje adecuado; hay que evitar las láminas de madera en el suelo de las duchas; lavar y desinfectar adecuadamente y a diario el suelo de las duchas. En cuanto a las medidas individuales, hace falta tratar el pie de atleta recurrente a la mayor brevedad posible para evitar la infección secundaria de las uñas. Los individuos propensos al pie de atleta deben tener una buena higiene de sus pies y tener especial cuidado en el secado de los mismos tras la ducha. Se pueden utilizar de forma profiláctica, antimicóticos en polvo o terbinafina en crema para prevenir el pie de atleta recurrente. La aplicación periódica de lacas de uñas antimicóticas podría prevenir las recurrencias de las onicomicosis, pero hacen falta estudios más amplios para confirmar su eficacia.