

Para no presentar sólo una lista de las micosis, al referirnos a su respectiva terapéutica, es conveniente atenerse a la siguiente clasificación¹ que tiene fundamento patogénico, basada en la extraordinaria afinidad que muestran los hongos para lesionar el tegumento cutáneo-mucoso, y en la manera como se hace esta agresión. Se establecen así tres grupos: I Micosis exclusivamente tegumentarias; II Micosis inicialmente tegumentarias y III Micosis secundariamente tegumentarias.

MICOSIS EXCLUSIVAMENTE TEGUMENTARIAS

Dermatofitosis

I. Tratamiento tópico:

a) *Inútil, en Tinea capitis, Tinea barbae y Tinea unguium.* b) *Los medicamentos de patente constituyen legión y la mayoría son de actividad dudosa.* c) *Los más modernos y eficaces corresponden al: Tolnaftato (Tinaderm), Natamicina (Pimafucin) y Variofina (Armotin), así como a los derivados del imidazol: Miconazol (Daktarin) y Clotrimazol (Canestén).*

Ninguno de los anteriores medicamentos aventajaría al permanganato de potasio en las formas agudas intertriginosas, así como tampoco al ungüento de Whitfield en las formas subagudas y crónicas; y en caso de convenir al empleo de lociones, recurrir a la yodada, con ácido salicílico y benzoico. Sin embargo, la carencia de farmacias aptas para preparar fórmulas, derivada de la limitación actual por parte del médico para prescribirlas, hacen que poco se recurra a la formulación magistral.

* Académico numerario. Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales. Secretaría de Salubridad y Asistencia.

II. Tratamiento sistémico:

a) *La griseofulvina es el único medicamento.* b) *La indicación cumbre radica en la Tinea capitis y en el granuloma de Majocchi.* c) *El fracaso mayor lo constituye la Tinea unguium de pies (15 meses de tratamiento, 57 por ciento de curación).* *Conviene asociar la extirpación.*

Candidosis tegumentaria**I. Tratamiento tópico:**

a) *Los medicamentos de patente constituyen legión y la mayoría son de actividad dudosa.* b) *Los más modernos y eficaces corresponden a: Natamicin (Pimafucin), y los derivados del imidazol: Miconazol (Daktarin) y Clotrimazol (Canestén).*

Ninguno de los anteriores medicamentos aventajaría al permanganato de potasio en las formas agudas intertriginosas, a la Amfotericina B en loción, ungüento y crema (Fungizoma) en crema y tabletas para vaginitis (Amfosteclin), ni a la violeta de genciana en las localizaciones mucosas, así como tampoco a la nistatina (Micostatin).

II. Tratamiento sistémico:

En las formas mucocutáneas perineales conviene usar la nistatina (Micostatin) por vía bucal para controlar la fuente intestinal de levaduras. En las formas mucocutáneas anérgicas es inútil la nistatina por no absorberse, siendo en cambio de gran utilidad la 5-fluorocitosina, unida al factor de transferencia.

Pitiriasis versicolor**I. Tratamiento tópico:**

Preferir las lociones a los ungüentos o cremas. El clotrimazol (Canestén) en solución logra curación en el 92 por ciento de los casos en dos semanas con dos

aplicaciones al día. La solución acuosa de hiposulfito de sodio al 30 por ciento, aplicada dos o tres veces al día, así como una loción yodo-salicilada, aplicada dos veces al día, serían tan eficaces como el clotrimazol y marcadamente menos costosos.

II. Tratamiento sistémico:

No existe.

Tinea nigra

Ungüento de Whitfield u otras preparaciones queratolíticas y fungicidas.

Otomycosis

Controlar el factor que permitió la agresión fúngica (dermatitis seborreica, infección bacteriana). El tratamiento depende del agente causante: Candida, Aspergillus, Penicillium, Mucor o Rhizopus.

Piedras

Rasurar la zona pilosa infectada y aplicar solución de bicloruro de mercurio al 1:2 000.

MICOSIS INICIALMENTE TEGUMENTARIAS

Rinosporidiosis

Extirpación quirúrgica.

Cromomycosis

La Amfotericina B presenta alguna utilidad; pero el tratamiento de elección es la 5-fluorocitosina; en casos resistentes a este fármaco asociar ambos.

Esporotricosis

El tratamiento de elección, por razones de especificidad, carencia de toxicidad y economía, es el yoduro de potasio. En el tipo de diseminación hematogena y en algunos casos de esporotricosis profunda, que resisten al yoduro de potasio, conviene asociar: griseofulvina, 5-fluorocitosina, o amfotericina B.

Micetomas actinomicéticos

a) *Los originados por Nocardia brasiliensis y N. asteroides curan cuando no existe gran invasión ósea o extensión de las lesiones. Medicamentos de elección: sulfonas (DDS), sulfamidas de eliminación lenta, sulfametboxazol más trimetoprim de preferencia.*

b) *Los originados por Actinomadura pelletieri y A. madurae son excepcionalmente curables con los fármacos anteriores, cuando no hay invasión ósea y las lesiones son reducidas.*

c) *Los originados por Streptomyces somaliensis y S. griseus, y otras raras especies de ese género, resisten a los fármacos anteriores.*

Los casos del primero y segundo grupo, cuando resisten al tratamiento médico, y los del tercer grupo, deben ser sometidos a cirugía.

Micetomas maduromicósicos

Ninguno de los originados por la multitud de género, y por las varias especies de algunos de éstos, curan con tratamiento médico. Deben someterse a la extirpación.

MICOSIS SECUNDARIAMENTE TEGUMENTARIAS***Coccidioidiomicosis***

Amfotericina B. El derivado sintético de 1-fenil-imidazol (Miconazol)² y el Bay b 4364³ al parecer serían sumamente específicos y atóxicos (en experimentación clínica).

Histoplasmosis

Amfotericina B. Las sulfamidas de eliminación lenta tienen ligera acción curativa, de preferencia el sulfametoxazol más trimetoprim. También están en fase de experimentación humana el miconazol y el Bay h 4364.³

Actinomicosis

La sulfona (DDS), las sulfamidas de eliminación lenta, preferentemente el sulfametoxazol más trimetoprim. Todos los antibióticos antibacterianos, de preferencia la penicilina.

Blastomicosis

Amfotericina B.

Paracoccidioidomicosis

Las sulfamidas de eliminación lenta, preferir sulfametoxazol más trimetoprim, sulfona (DDS), amfotericina B, miconazol³ y Bay h 4364³ (en experimentación clínica).

Criptococosis

Amfotericina B, 5-fluorocitosina, miconazol (en experimentación clínica).³

Nocardiasis

Sulfamidas de eliminación lenta, preferir el sulfametoxazol más trimetoprim, sulfona (DDS), gentamicina.

Candidosis visceral

Amfotericina B, 5-fluorocitosina, obligatoriamente cuando hay trastornos renales. Miconazol y Bay h 4364 (en experimentación clínica).³

Hongos oportunistas

Fundamentalmente corregir la desviación del estado de normalidad que dio lugar a la micosis.

REFERENCIAS

1. González-Ochoa, A.: *Clasificación clínica de las micosis*. Rev. Inst. Salubr. Enf. Trop. 16:1-8, 1956.
2. Sung, J. P.: *Treatment of disseminated coccidioidomycosis with Miconazole*. West J. Med. 124:61-64, 1976.
3. Información confidencial.