

11212 1
20j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

División de Estudios de Postgrado e Investigación
FACULTAD DE MEDICINA

TRATAMIENTO DE LA ONICOMICOSIS CON UREA
AL 40% Y MICONAZOL TOPICO VS. YODURO DE
POTASIO AL 50% Y MICONAZOL TOPICO EN
PACIENTES CON UN NUMERO REDUCIDO DE
UNAS AFECTADAS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA

P R E S E N T A :

DRA. PATRICIA ALFARO LEDESMA



IMSS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1992



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE**PAGINAS**

INTRODUCCION	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
HIPOTESIS	4
OBJETIVO	4
CRITERIOS DE INCLUSION	5
CRITERIOS DE NO INCLUSION	5
CRITERIOS DE ELIMINACION	6
PACIENTES Y METODOS	7
DISEÑO DE LA INVESTIGACION	9
ANALISIS ESTADISTICO	10
RESULTADOS	11
DISCUSION	13
CONCLUSIONES	12
BIBLIOGRAFIA	15

INTRODUCCION

La onicomicosis es un padecimiento frecuente que constituye la tercera parte de las micosis cutáneas superficiales(1). Entre los padecimientos que abarca la Dermatología general, las onicopatías ocupan de 2 a 13 %. Dentro de las onicopatías la afección de la uñas por dermatofitos es de 20 % (1, 2, 3) Las uñas están formadas por queratina la cual les confiere resistencia, dificultando el tratamiento de éstas cuando se encuentran parasitadas por dermatofitos; por tal motivo se han ideado múltiples tratamientos entre los que figuran antimicóticos tópicos y sistémicos además de queratolíticos, con resultados variables (3-10).

Los queratolíticos tienen como finalidad la destrucción química de la uña favoreciendo la eliminación del hongo, sin embargo las recaídas son frecuentes (2, 3). La Urea y el Yoduro de Potasio, son los queratolíticos que más a menudo se utilizan sobre todo en combinación con antimicóticos tópicos, como la Urea al 20 % y el Tolnaftato al 2 %, en un lapso comprendido de 1 a 12 meses; con buenos resultados (10). La Urea al 40 % asociada al Ketoconazol, ha mostrado curación en la mayoría de los pacientes a los cuales se le ha administrado (11-12).

Se han hecho esquemas de tratamiento con antimicóticos

sistemicos y Urea al 40 % o Yoduro de Potasio al 50 %, observándose que los antimicóticos administrados por vía sistémica son efectivos en casi todos los pacientes teniendo como inconvenientes el tiempo prolongado de tratamiento, sus efectos colaterales y su costo a largo plazo (2 - 5, 8-19)

En los individuos con onicomycosis en un número reducido de uñas, no se justifica el someterlos a un tratamiento sistémico, ya que éste debe administrarse por largo tiempo, además existen efectos colaterales y su costo es elevado(13).

Un problema que ha preocupado a los Médicos investigadores, es lo antes mencionado, tal es el caso de Rollman (13), quien utilizó Urea al 40 % en oclusión de las uñas parasitadas, de 4 a 10 días con posterior aplicación de Miconazol por un lapso de 2 meses, obteniéndose una respuesta halagadora. Por lo anterior nos propucimos realizar el siguiente trabajo con el fin de investigar la utlidad terapeutica de la Urea al 40 % más Miconazol, en pacientes con onicomycosis en tres o menos uñas, comparando con pacientes tratados con Yoduro de potasio al 50 % más Miconazol.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ La curación de los pacientes con onicomycosis en un número reducido de uñas tratados con Urea al 40 % más Miconazol será más eficaz que los tratados con Yoduro de potasio al 50 % mas Miconazol?

HIPOTESIS

La Urea al 40 % asociada al Miconazol tóxico, son una terapéutica más eficaz que el Yoduro de potasio asociado al Miconazol tóxico en los pacientes con Onicomycosis en un número reducido de uñas.

OBJETIVO

Demostrar que es un tratamiento más eficaz la Urea al 40 % con Miconazol tóxico que el Yoduro de potasio al 50 % y Miconazol tóxico para la curación de pacientes con onicomycosis en un número reducido de uñas.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes con afección de 1 a 3 uñas (manos y/o pies).
- Pacientes con cambios ungueales sugestivos de onicomiosis la cual se compruebe mediante el examen directo y/o cultivo micológico.
- Sexo masculino o femenino.
- Con o sin tratamiento previo (en caso de haber recibido tratamiento, que éste se haya suspendido por lo menos un mes antes).
- Pacientes que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes con más de 3 uñas afectadas.
- Pacientes con onicopatía secundarias a otro tipo de enfermedad.
- Pacientes con examen directo y cultivo negativo para onicomiosis.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Pacientes que no acudan a la valoración posterior.
- Pacientes que no cumplan con el esquema de tratamiento.
- Pacientes que suspendan el tratamiento.
- Pacientes que presenten efectos colaterales indeseables
(pero se tomará en cuenta en el análisis estadístico).

PACIENTES Y METODOS

Después de obtener la aprobación del Comité Local de Investigación del H.E. C.M.N. Siglo XXI y el consentimiento informado de los pacientes se identificaron aquellos con onicomcosis mediante el examen directo y/o el cultivo(17).

A todos los pacientes que se incluyeron en el estudio se les realizó una encuesta donde se obtuvieron los siguientes datos :factores de riesgo, inicio del padecimiento síntomas tratamientos previos, número de uñas afectadas , antecedentes familiares o de convivientes con onicomcosis y, desde luego, el nombre, edad y sexo del paciente que estudiamos.

Por medio de un sorteo se asignaron a los grupos de tratamientos grupo I.- al cual le administramos urea al 40% y al grupo II.- se le administró yoduro de potasio al 50 %, ambos queratolíticos se aplicaron en cura oclusiva durante 8 días(10) Los pacientes acudieron al Servicio de Dermatología para retirar la cura oclusiva y además los residuos ungueales, en ésta primera valoración indicamos el inicio del miconazol tópico cada 12 horas por los siguientes dos meses.

Tomamos control micológico al inicio del tratamiento antes de la cura oclusiva, con examen directo y cultivo y posteriormente a los dos meses (17).

En caso de presentar efectos secundarios los pacientes

acudieron al Servicio de Dermatología sin previa cita.

Se valoró la eficacia considerando infección al presentar datos clínicos sugestivos de onicomycosis y corroborado mediante el laboratorio. Falla cuando presentaron exámen directo y/o cultivo positivo con o sin datos clínicos positivos al final del tratamiento y éxito cuando clínicamente y por laboratorio se comprobó ausencia de onicomycosis. No valorable en aquellos pacientes que no cumplieron con el tratamiento.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

TIPO DE ESTUDIO :

Ensayo clínico controlado.

TAMANO DE MUESTRA:

veintinueve pacientes.

ANALISIS ESTADISTICO

El análisis estadístico de los datos incluye la frecuencia absoluta y relativa de los casos que presentaron curación de la onicomícosis, se utilizaron dos grupos de tratamientos. La contrastación de las diferencias entre los dos grupos se realizó mediante chi cuadrada y prueba exacta de Fisher, con un valor $p < 0.05$ para establecer diferencias estadísticamente significativas(20).

RESULTADOS

Se estudiaron 29 pacientes los cuales se dividieron en dos grupos; grupo I.- 13 pacientes a los cuales se les administró urea al 40 % en cura oclusiva y posteriormente miconazol, el grupo II.- 16 pacientes a los que se les aplicó yoduro de potasio al 50 % y miconazol de la misma manera que para el grupo I. (cuadro I).

Incluimos 14 pacientes del sexo masculino y 15 pacientes del sexo femenino con edad promedio de 37.92 ± 9.52 años para el grupo I y de 41.62 ± 13.35 para el grupo II.

En el grupo I se excluyó a un paciente que presentó un absceso periungueal el cual recibió tratamiento antibiótico. Otros efectos secundarios que observamos fueron al retirar la cura oclusiva tales como maceración en 5 pacientes de cada grupo, sin embargo esto no fué indicación para escluirlos del estudio.

en el cuadro I se observan los resultados del examen micológico basal para ambos grupos de tratamiento, observamos que en el grupo I el examen directo fué positivo en 13 pacientes a los cuales se les efectuó cultivo (cuadro II) siendo positivo en 2 pacientes. En el grupo II el examen directo fué positivo para 16 pacientes (cuadro I) con cultivo positivo para dos (cuadro II). A los dos meses de seguimiento (cuadro II) observamos que el examen directo fué positivo en dos pacientes en ambos grupos

con cultivo positivo (cuadro II) en un paciente del grupo II. Encontrando una diferencia significativa ($p < 0.05$), ($\chi^2 = 4.913$) con respecto al examen directo en el grupo II siendo más efectivo que el tratamiento del grupo I.

Con respecto al cultivo encontramos diferencia significativa ($p < 0.05$), ($\chi^2 = 4.913$) para el grupo I siendo más efectiva la terapia de éste grupo.

Se realizó una valoración con respecto a la mejoría clínica observándose que el porcentaje de curación en ambos grupos es igual. (cuadro III).

DISCUSION

La onicomicosis es el padecimiento más frecuente de las uñas reportada en la literatura mundial(14), sin embargo, es difícil el aislamiento del dermatofito lo cual está en relación con lo que obtuvimos en nuestro estudio ya que en un gran número de nuestros pacientes no cultivamos al hongo y solo observamos en el examen directo (17) .

La onicomicosis fue más frecuente en las uñas de los pies lo cual está favorecido por la humedad ocasionada por el sudor y el calzado cerrado lo cual también ya era conocido por previas publicaciones(14).

Se han utilizado diversas sustancias queratolíticas en las uñas con la finalidad de destruir la queratina y de ésta manera la utilización de antimicóticos tópicos sea más efectiva , las más utilizadas son la urea a diferentes concentraciones y el yoduro de potasio al 50 % .

Rollman(12) utiliza la urea al 20 % en cura oclusiva con buenos resultados.

Nosotros utilizamos urea al 40% pero además incluimos otro grupo con yoduro de potasio al 50 % en cura oclusiva asociado a miconazol.

En el grupo I curaron el 83 % y en el grupo II fue de 94 % en base al examen directo, cultivo y características clínicas.

Los resultados obtenidos en el estudio están de acuerdo con lo reportado por otros autores , en donde la destrucción de la queratina parasitada por queratolíticos tales como la urea y el yoduro de potasio permiten la acción del antimicótico local más rápidamente (5,6,7).

CONCLUSIONES

- 1.No existe una diferencia importante entre el tratamiento con urea al 40 % y yoduro de potasio al 50 % en cura oclusiva y miconazol.
- 2.Ambos tratamientos son eficaces en pacientes con onicomicosis en un número reducido de uñas.
- 3.Efectos secundarios mínimos.
- 4.Tratamiento que no interfiere con enfermedades sistémicas
- 5.Tratamiento que está dentro de los lineamientos de la ética médica.

CUADRO I

TRATAMIENTOS	BASAL		FINAL	
	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO
UREA	100%	0%	17%	83%
YODURO	100%	0%	6%	94%

VALORES EXPRESADOS EN FRECUENCIA RELATIVA

FUENTE: SERVICIO DE DERMATOLOGIA HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIXI, 1992.

CUADRO II

CULTIVO MICOLOGICO ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO CON UREA AL 40% Y YODURO AL 50%				
TRATAMIENTOS	BASAL		FINAL	
	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO
UREA	15.3%	84.7%	0%	100%
YODURO	12.5%	87.5%	6%	94%

VALORES EXPRESADOS EN FRECUENCIA RELATIVA

FUENTE: SERVICIO DE DERMATOLOGIA HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI, 1992.

ESTA TESIS NO DEBE
 SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO III

MEJORIA CLINICA A LOS DOS MESES DE TRATAMIENTO		
	No. DE CASOS	% MEJORIA
GRUPO 1	4	88
	8	100
GRUPO 2	1	50
	4	88
	2	90
	9	100

VALORES EXPRESADOS EN FRECUENCIA ABSOLUTA Y RELATIVA

FUENTE: SERVICIO DE DERMATOLOGIA HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMH SXXI, 1992.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Arreaza F, Urrestarazu I: " ESTUDIO DELA FLORA MICOLOGICA Y BACTERIANA EN PACIENTES CON LESIONES EN LAS UNAS " . Med Cut ILA 1988; 16: 285-290
- 2.-Baran R, Hay R: " FUNGAL(ONYCHOMYCOSIS) AND OTHER INFECTIONS OF THE NAIL APPARATUS, IN DISEASES OF THE NAILS AND THEIR MANAGEMENT ". 2a. ed. Blackwell, Missouri 1984: 121-155
- 3.-Arenas R: "ONICOMICOSIS, ASPECTOS CLINICOS, EPIDEMIOLOGICOS MICOLOGICOS Y TERAPEUTICOS ". Gac Med Méx 1990; 126(2): 84-89
- 4.-Hardjoko, Widyanto S. Susilo J: " TREATMENT OF ONYCHOMYCOSIS WITH A BIFONAZOLE-UREA COMBINATION ". Mycoses 1990; 33(4) : 167-171
- 5.-André J, Achten G: "ONYCHOMYCOSIS". Int J Dermatology 1987; 26(8): 481-490
- 6.-Ramesh J, Reddy B: " ONYCHOMYCOSIS ". Int J Dermatology 1989; 22:148-151
- 7.-Macotella R, Sarmiento R, González A, Domínguez O : " ONIXIS POR HONGOS ". Dermatol Rev Méx 1986; 10: 115-121

- 8.-Battistini F, Zaias N, Sierra R, Rebell G, Beach M: "CLINICAL ANTIFUNGAL ACTIVITY OF THIABENDAZOLE". Arch Dermatol 1974; 109: 695-698
- 9.-Zaias N: "ONYCHOMYCOSIS". Dermatologic Clinics 1985;3(3): 445
459
- 10.-Ishii M, Hamada T, Asar Y: " TREATMENT OF ONYCHOMYCOSIS BY ODT THERAPY WITH 20 % UREA OINTMENT AND 2% TOLNAFTATE OINTMENT ". Dermatológica 1983; 187: 273-279
- 11.-Domp Martin D, Domp martin A, Delvol A, Grosshans E, and Coulaud J: " ONYCHOMYCOSIS AND AIDS ". In J Dermatol 1990; 29 (5): 337-339
- 12.-Kavli G, Midlfart K, Moseg D, Stenvold S, Falk E, Nilssen W, Volden G: " TRICHOPHYTON RUBRUM INFECTED TOENALS TREATED TOENAILS TREATED WITH KETOCONAZOLE AND PARTIAL NAIL AVULSION ". Dermatológica 1984; 169: 191-193
- 13.-Rollman O : " TREATMENT OF ONYCHOMYCOSIS BY PARTIAL NAIL AVULSION AND TOPICAL MICONAZOLE ". Dermatológica 1982; 165: 54-61

- 14.-Walsøe O, Stangerup H, Svejgsrd E: " ITRACONAZOLE IN ONYCHOMYCOSIS ". Acta Derm Venereol(Stockh) 1990; 70: 137
140
- 15.-Goodfield M, Rowell: " TREATMENT OF DERMATOPHYTE INFECTION OF THE FINGER AND TOE NAILS WITH TERBINAFINE AN ORALLY ACTIVE FUNGICAL AGENT ". Br J Dermatol 1989; 121(6): 753
757
- 16.-Fraergemann J, Swanbeck G: " TREATMENT OF ONYCHOMYCOSIS WITH A PROPYLENE GLYCOL UREA LACTIC ACID SOLUTION ". Mycoses 1989; 32(10): 536-540
- 17.-Villalobos J: " ONICOMICOSIS.CORRELACION CLINICA MICOLOGICA E HISTOLOGICA". Tesis para obtener el título de especialista en Dermatología 1990, D.F.C.M.N. IMSS
- 18.-Goslien J, Kobayshi G: " TINEA UNGUIUM AND ONYCHOMYCOSIS " in Fitzpatrick T.Eisen A.Woff K., Freedberg I., Austen K., Dermatology in General Medicine.Vol 2,3a, ed. Mc Graw Hill. New York. 1987: 2223-2230
- 19.-Zaias N: " MANAGEMENT OF IN ONYCHOMYCOSIS WITH ORAL TERBINAFINE ". J Acad Dermatol 1990; 23(4 pt 2): 81-812

20.-Siegel S, " EN CASO DE DOS MUESTRAS INDEPENDIENTES" en
Estadística no paramétrica , Siegel S. 10 ed. Ed. trillas
S. A. de C. V. Mex. D. F. 1988:120-188.