

MANEJO DE MICOSIS SUPERFICIALES

DEFINICIÓN → Se denominan micosis superficiales a las infecciones de las mucosas, piel y anejos cutáneos (pelo y uñas) producidas por diferentes especies de hongos. El concepto de micosis superficial viene dado por la localización del proceso que no va más allá del epitelio o capa más externa de la piel.

CLASIFICACIÓN

Podemos clasificarlas en:

saproficias, donde los hongos invaden las capas más superficiales de la piel (epidermis). En este tipo corresponde la Pitiriasis Versicolor y la Dermatitis seborreica.

dermatoficias o tiñas, donde los hongos afectan tanto a la porción superficial de la piel, como a las estructuras con queratina como las uñas o el pelo.

candidiasis que son infecciones de la piel y mucosas por un tipo de hongo denominado Cándida.

Pitiriasis versicolor.

Epidemiología: Afecta mas frecuentemente entre 15-24 años; mayor prevalencia en meses calidos.

Hay una alta tasa de recurrencias aproximadamente (60% al año y 80% a los 2 años)

Diagnóstico clínico: Es una alteración crónica, no inflamatoria y normalmente asintomática que se caracteriza por máculas de diferente forma y tamaño, finamente descamativas con lesiones hipo e hiperpigmentadas y a veces eritematosas.

Típica imagen "café con leche".

La coloración de fluoresceína dorada bajo la luz de wood es diagnóstica

Laboratorio: En atención primaria suele ser suficiente el diagnóstico clínico pero se puede utilizar por la confirmación la preparación KOH

Tratamiento

Tópico (de elección)	Sistémico(para casos extensos o resistentes)	En casos recidivantes
solución jabonosa de sulfuro de selenio al 2.5 % (10 minutos al día durante una semana)	Ketoconazol:400 mg en monodosis o 200 mg/24 horas 10 días la sudoración mejora su eficacia(actividad física 2h tras la toma)	Ketoconazol:200mg/d/3d consecutivos al mes o 400 mg 1 vez al mes
piritonato de zinc al 1%(5 minutos al día 2 semanas)	Itraconazol 200 mg/d/7 días	Itraconazol 200 mg al mes
soluciones tópicas de azoles (Miconazol al 2%, clotrimazol al 1% durante 2 semanas)	Fluconazol 150-300 mg/semana(2-4 semanas) o dosis única 400mg (menor porcentaje de curación)	
Ciclopiroxolamina(1 vez al día durante 3 días)		

Dermatitis Seborroica

Epidemiología: Afecta predominantemente a hombres (entre el 2 y el 5% de la población)

Factores Etiológicos:

- a) actividad androgénica
- b) fatiga y estrés
- c) asociado a *Pytirisporum ovale* o *Malessezia furfur*
- d) relacionado con VIH se dan formas clinicas más intensas y cronicas .Afecta al 20-40% de las personas con VIH (+) y al 40-80%de los enfermos de SIDA.

Diagnóstico clínico: Placas eritematosas descamativas en las zona con la mayor concentración de glandulas sebaceas como cuero cabelludo, cara y zona anterior del tórax. Levemente pruriginosa, de evolución cronica con exacerbaciones.

Tratamiento

En cuero cabelludo	Cara y resto del cuerpo	Casos resistentes
Champús sulfonados suaves con ciclopiroxolamina con o sin acido salicilico al 2%	Acetato de hidrocortisona y Ketoconazol en gel al 2%	Ketoconazol oral 200 mg/d/7-14 días
Champús con ketoconazol al 2%	Fórmulas magistrales con Ketoconazol al 2% o crema de azufre al 2% para lesiones en cara	

Dermatofitosis

Epidemiología: Suele contagiarse mediante transmisión interpersonal o el contacto con animales o el suelo. Son factores predisponentes: Humedad, calor, oclusión e inmunodeficiencia.

Tinea capitis

Diagnóstico clínico: Aparecen placas de alopecia y descamación en el cuero cabelludo y la barba (tinea barbae).

Suele afectar mas a niños y sexo femenino

Tratamiento: Terbinafina 250mg/día/12 semanas vo Itraconazol 100mg/día/6semanas

Tinea corporis o Herpes circinado

Diagnóstico clínico: Se manifiesta con lesiones con formas de medallones circulares u ovals de borde escamoso o vesiculoso y un centro eritematoescamoso, o bien, como un anillo con un borde rojo y un centro sin lesión. Las lesiones se localizan en la piel lampiña, con exclusión de plantas, palmas y pliegues.

Tratamiento

Topico	Lesiones extensas(2.3 lesiones) o no responden a tto tópico
Alilamina tópica (Naftifina, Terbinafina) 1apl/24h/2-4 semanas	Terbinafina 250 mg/día/3-4 semanas
Imidazólicos tópicos (Bifonazol, Clotrimazol, Sertaconazol, Ketoconazol) 1 apl/12-24 h/2-4 semanas	Itraconazol 100mg/día/4 semanas o 200mg/día/1 semana
Ciclopiroxolamina tópica 1 aplic/12-24 horas /2-4 semanas	Fluconazol 150 mg/semana/1 mes

Tinea cruris

Diagnóstico clínico: Conocida también como “Eczema marginado de Hebra” se manifiesta con lesiones eritematosas en la zona inguinal, piel perineal y perianal, con bordes delimitados y vesiculosos, pruriginosa. Suele ser bilateral y asimétrica. Sobre todo en varones adultos.

Tratamiento: Véase tratamiento de Tinea corporis.

Tinea manuum

Diagnóstico clínico: Afecta el área palmar y interdigital de las manos observándose un área descamativa en forma de media luna

Tratamiento

Tópico	No mejoría o lesiones amplias
Alimina tópica (Naftifina, Terbinafina) 1 apl/24 h/2 semanas	Itraconazol 400 mg/día/1 semana vo
Imidazólicos tópicos (Bifonazol, Clotrimazol, Ketoconazol, etc.) 1 apl/12-24 horas /4 semanas	Fluconazol 150mg/semana/semana vo
	Terbinafina 250 mg/día/2-6 semanas vo

Tinea pedis o pie de atleta: Se manifiesta como descamación maceración y fisuración en espacios interdigitales.

Las lesiones pueden sobreinfectarse secundariamente, considerándose una enfermedad polimicrobiana.

Laboratorio: Las muestras para cultivo las obtendremos mediante raspado de los bordes activos de las lesiones. El cultivo estaría indicado en las dermatofitosis que requieren tratamiento sistémico.

Tratamiento Véase tratamiento de Tinea manuum

Candidiasis Cutánea

Epidemiología: Consideramos factores predisponentes: obesidad, sudoración, diabetes mellitus, inmunodeficiencias, medicamentos como antibióticos y anticonceptivos, embarazo, dieta alta en fructosa.

Diagnóstico clínico

Mucosas: En la mucosa oral aparecen placas cremosas blanquecinas (muget en los lactantes). Se pueden ver también en los ancianos por el uso de prótesis dentales. En genitales femeninos suele haber eritema y edema y acompañándose de un exudado blanquecino amarillento lechoso. Suele ser muy pruriginosa. En el glande (balanitis por candida) hay eritema y pueden haber pequeñas pápulas puntiformes eritematosas, y en ocasiones exudado blanquecino.

Piel: Afecta pliegues interdigitales, axilares, inguinales, submamarios. Se caracteriza por presentar una placa eritematosa central húmeda y lesiones adyacentes (lesiones satélites).

Estas lesiones satélites son pequeñas placas eritematosas de 0.5 a 1 cm de diámetro y se caracterizan por tener una corona de escamas blanquecina y fina.

Laboratorio: Cultivo sobre todo en casos de diagnóstico clínico dudoso.

Tratamiento: Correcta higiene y ventilación.

Topico	Sistémico(formas resistentes o paciente inmunodeprimido)
Clotrimazol 2 veces al día durante 2-4 semans	Ketoconazol 200-400mg/d/1-2 semans(1ª elección)
Miconazol 2/1000 igual que el clotrimazol(extensible a los demás imidazoles,Econazol,Ketoconazol,	Fluconazol 50-100mg/día
Nistatina 2 o 3 veces al día durante 2 semanas	Itraconazol 100 mg/día

BIBLIOGRAFIA:

1-Crawford F, Hollis S. Tratamientos tópicos para las infecciones micóticas de la piel y de las uñas del pie (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Consultado el 15/10/2010

2- Rovira España, M; Madurell Fernandez,J; Batalla Sales, M; Serra Carbonell, C; Pereira Garrido M.J; Infecciones Cutaneas. En Manual de Enfermedades Infecciosas en Atención Primaria. Semfyc ediciones. 3ª Ed. Barcelona 2010:236-240

3-Scheinfeld NS. Candidiasis Cutaneous. 2006. Disponible en: www.emedicine.com. Consultado el 15/10/2010

4- Monedero Mira, MJ. García Domingo,C. Rabanaque Mallen, G. Marín Lluch, P. Batalla Sales, M. "Tratamiento empírico de las infecciones del adulto" FMC. Protocolos 2007;14(4): 27-30.

AUTORES: Antonio Tramontano. Manuel Batalla Sales

CENTRO DE TRABAJO: C.S. Rafalafena, Castellón de la Plana

PERSONA DESIGNADA PARA MANTENER EL CORREO:

Antonio Tramontano Dirección electrónica: totonn81@libero.it

PALABRAS CLAVES:

Fecha de remisión de la ficha: 10/2010