

Universidad del Sureste  
Campus Tuxtla Gutiérrez  
“Micosis Superficiales”  
Infectología  
Dr. Saul Peraza Marin  
Br. Viridiana Merida Ortiz  
Estudiante de Medicina  
6to Semestre

28 de mayo de 2022, Tuxtla Gutiérrez Chiapas

## MICOSIS SUPERFICIALES (Compromiso de la capa cornea, así como de sus anexos)

<b>Hongos:</b> Organismos eucariotas (Reino <i>Fungi</i> o <i>Mycetae</i> ). Su desarrollo depende del sustrato en el que se desarrollan. Más de 100,000 especies.	<b>DERMATOFITOS</b> ( <i>Microsporum</i> / <i>Trichophyton</i> / <i>Epidermophyton</i> ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Filamentosos y pluricelulares.</li> <li>- Prolongaciones → Hifas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nutrición: Queratina de la capa córnea.</li> <li>- Cultivo: Colonias secas.</li> </ul>
	<b>LEVADURAS</b> ( <i>Cándidas</i> / <i>Pityrosporum</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Globulares</li> <li>- Reproducción: Gemación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cultivo: Colonias húmedas.</li> <li>- Fase dimorfa: Pseudohifas y micelios.</li> </ul>

### DERMATOFITOSIS O TIÑAS

Cuadros clínicos resultantes de la infección por hongos dermatofitos que atacan estructuras queratinizadas de la piel, cabellos y uñas.

D. ANTROPOFÍLICOS	D. ZOOLOFÍLICOS	D. GEOFÍLICOS	CAUSAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parasitan organismo humano.</li> <li>- Escasa reacción inflamatoria.</li> <li>- Transmisión: Persona a persona.</li> <li>- Epidemias en zonas urbanas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Epidemias familiares.</li> <li>- Gran componente inflamatorio.</li> <li>- Animales que producen: Perros, gatos, conejos y ganado vacuno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Habitación: Suelo.</li> <li>- Alimento: Restos de queratina desprendida de animales y personas.</li> <li>- Casos esporádicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Higiene</li> <li>- Mala Nutrición</li> <li>- Susceptibilidad Genética</li> <li>- Estado inmunológico</li> <li>- Clima Tropical: humedad/calor</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedades debilitantes</li> <li>- Atopia</li> <li>- Contacto: Fuentes de Infección</li> <li>- Traumatismos</li> <li>- Ropa inadecuada.</li> </ul>

### TIÑA CAPITIS

(Cuero cabelludo y pelo) 3 formas clínicas:

Tiñas tonsurantes o no inflamatorias	Tiñas inflamatorias: (Querium de Celso)	Favus		
Una o varias placas total o parcialmente alopecias con pelos rotos a nivel de su emergencia o muy poco por encima. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Descamación y prurito.</li> <li>- Inicio: Edad escolar / Curan espontáneamente al llegar la pubertad.</li> <li>- Muy contagiosas, epidemias.</li> <li>- Lesionan el pelo, no el folículo piloso (alopecia reversible).</li> </ul> 2 formas clínicas: <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <b>Tricofítica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Varias placas pequeñas.</li> <li>- Coexisten pelos sanos y parasitados.</li> <li>- Por los pelos rotos → <i>Tiña de los puntos negros</i>.</li> <li>- Parasitación suele ser <i>endotrix</i>.</li> </ul> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <b>Microspórica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Placa única más grande.</li> <li>- Todos los pelos están afectados (tonsura perfecta).</li> <li>- Pelos rotos a mm de su emergencia.</li> <li>- Parasitación es <i>ectotrix</i>.</li> </ul> </td> </tr> </table>	<b>Tricofítica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Varias placas pequeñas.</li> <li>- Coexisten pelos sanos y parasitados.</li> <li>- Por los pelos rotos → <i>Tiña de los puntos negros</i>.</li> <li>- Parasitación suele ser <i>endotrix</i>.</li> </ul>	<b>Microspórica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Placa única más grande.</li> <li>- Todos los pelos están afectados (tonsura perfecta).</li> <li>- Pelos rotos a mm de su emergencia.</li> <li>- Parasitación es <i>ectotrix</i>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Producidas por especies zoofílicas.</li> <li>- Importante reacción inflamatoria q elimina el pelo q se desprende fácilmente con la tracción.</li> <li>- Lesión única y dolorosa.</li> <li>- A semanas de su inicio, se eleva y adquiere un color rojo vivo e indurado.</li> <li>- <b>Signo de la espumadera</b> → Lesión se cubre de pústulas foliculares q a la presión origina abundante supuración por los orificios foliculares.</li> <li>- Puede producir <b>alopecia cicatricial</b>.</li> <li>- Adenopatías regionales.</li> <li>- Puede presentarse en la barba.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiña inflamatoria por <i>Tr. Schonleini</i>.</li> <li>- Brote de pústulas foliculares que se secan y solidifican para formar costras amarillentas, formadas por hifas y restos de queratina denominadas "<b>escútuas</b>",</li> </ul>
<b>Tricofítica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Varias placas pequeñas.</li> <li>- Coexisten pelos sanos y parasitados.</li> <li>- Por los pelos rotos → <i>Tiña de los puntos negros</i>.</li> <li>- Parasitación suele ser <i>endotrix</i>.</li> </ul>	<b>Microspórica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Placa única más grande.</li> <li>- Todos los pelos están afectados (tonsura perfecta).</li> <li>- Pelos rotos a mm de su emergencia.</li> <li>- Parasitación es <i>ectotrix</i>.</li> </ul>			
<b>DX</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínica</li> <li>• Directo - KOH</li> <li>• Cultivos</li> <li>• Luz de Wood (fluorescencia verde/ amarillenta en tiñas Microspóricas)</li> </ul>				

### DX DIFERENCIAL

<b>1. Escamas + inflamación leve:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dermatitis Seborreica.</li> <li>• Psoriasis.</li> <li>• Dermatitis Atópica.</li> <li>• Pediculosis.</li> </ul>	<b>2. No inflamatoria:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alopecia Areata.</li> <li>• Tricotilomanía.</li> <li>• Sífilis secundaria.</li> <li>• Alopecia traumática.</li> </ul>	<b>3. Inflamatoria:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impétigo</li> <li>• Piodermias</li> <li>• Folliculitis decalvante</li> <li>• Psoriasis pustular.</li> </ul>	<b>4. Alopecia Cicatricial:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lupus discoide.</li> <li>• Liquen plano pilaris.</li> </ul>
---	---	--	--

### TTO

<b>Sistémico:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Griseofulvina 15-20 mg/kg/día (3 mes)</li> <li>• Terbinafina 3-6 mg/kg/día (6 sem)</li> <li>• Itraconazol 5 mg/kg/día (6 sem)</li> </ul>	<b>Medidas Generales:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contactos</li> <li>• Uso de shampoo: Antiséptico / Ketoconazol</li> <li>• Higiene de elementos de peinado</li> </ul>
---	---

### TIÑA CORPORIS

Una o varias placas redondeadas que crecen rápidamente, de borde bien delimitado, escamoso y/o pustuloso, siempre más activo q el centro de la lesión. Si son múltiples lesiones, pueden confluir y forman placas policíclicas.

**\*\*Granuloma de Majocchi** (Tr. Rubrum): Lesiones + profundas, granulomatosas, pueden dejar cicatriz.

### TIÑA INGUINAL

Parasitación del área crural por dermatofitos. Placas eritematosas, descamativas, bilaterales, no simétricas se extienden hacia abajo, de borde bien delimitado y ligeramente sobreelevado.

TINA PEDIS (más frecuente)			TINA de MANOS		
<b>Crónica intertriginosa.</b>	<b>Crónica hiperqueratósica</b>	<b>Aguda vesículo-ampollosa</b>	Similar a la T. pedis, pero en manos.		
<i>Eritema y descamación interdigital con fisuración en el fondo del pliegue. Afecta con más intensidad y frecuencia al 4º espacio interdigital.</i>	Discreto eritema e hiperqueratosis que afecta la <i>planta, bordes laterales y talones.</i>	Brote de <i>vesículas agrupadas</i> sobre base inflamatoria en plantas. Generalmente es <i>unilateral.</i>	<b>TINA INCOGNITA</b>		
Agentes etiológicos: Epidermophyton, Microsporium, Trichophyton.			Cuadro clínico resultante del tto inadecuado de una tiña, en general de piel limpia, con corticoides tópicos.		
TINA de las UÑAS (Infección de uñas causada x hongos)			DERMATOFITIDES		
<b>Subungueal distal</b>	<b>Blanca superficial</b>	<b>Onicomycosis superficial proximal</b>	Lesiones a distancia de foco infeccioso. Erupción vesiculosa en laterales de dedos de manos; son estériles y siguen una evolución paralela al foco infeccioso. Mecanismo: Hipersensibilidad a algún producto metabólico o toxina del hongo.		
Comienza x el extremo distal y bordes laterales de las uñas de las manos y pies.	Infección 1ria de la placa ungueal. Agente: Generalmente Tr. Mentagrophytes.	Inicia en la porción proximal de la uña. Agente: T. rubrum - T. megninii. Indicador de infección de HIV.			
DX		TTO			
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Clínica.</li> <li>•Directo – KOH.</li> <li>•Cultivos</li> </ul>		<b>Tópico:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Azólicos:</i> Bifonazol, miconazol, clotrimazol.</li> <li>• <i>Derivados de alilamina:</i> terbinafina.</li> <li>• <i>Derivados de la piridona:</i> Ciclopirox.</li> <li>• <i>Amorolfina.</i></li> </ul>	<b>Sistémico:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Griseofulvina:</i> 0,5 a 1 gr/día en adultos, y 10 mg./kg/día - niños.</li> <li>• <i>Ketoconazol:</i> 200 a 400 mg. por día.</li> <li>• <i>Itraconazol:</i> 100 a 200 mg./ día.</li> <li>• <i>Terbinafina:</i> 250 mg./ día.</li> </ul>		
CANDIDIASIS					
Infección de piel y mucosas causada por hongos levaduriformes ( <i>C. Albicans</i> ). Habita en el tubo digestivo, y se puede encontrar en pequeñas cantidades en mucosa oral, vaginal y zona perianal. <i>Factores Predisponentes:</i> Enf concomitantes (diabetes, Addison, hipoparatiroidismo), inmunosupresión, embarazo y fase premenstrual, anticonceptivos orales, prótesis dentales, antibioterapia, corticoterapia, maceración cutánea.					
INTERTRIGO CANDIDOSICO		CANDIDOSIS ANOGENITALES		CANDIDOSIS BUCALES Y PERIBUCALES	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Más frecuente / Infección en pliegues cutáneos.</li> <li>- Inicio con prurito y presencia de vesículo-pústulas, confluyen y se rompen, dando lugar a áreas eritematoso brillantes y cuyo fondo suele fisurarse.</li> <li>- Lesiones en satélite: (periferie) Collarete de lesiones más pequeñas y de aspecto similar.</li> <li>- Lactantes: Infección pliegues genitocrurales, contribuye al eczema del pañal.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Vulvovaginitis:</b> Eritema, prurito vulvar con leucorrea.</li> <li>- <b>Balanopstitis:</b> Prurito y lesiones eritemato – erosivas en glande y prurito</li> <li>- <b>Anitis:</b> Casi siempre 2ria a candidiasis digestiva, prurito anal e intertrigo perianal.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>CANDIDIOSIS ORAL:</b> Muguet / Candidosis oral atrófica / Candidosis oral hipertrófica.</li> <li>- <b>QUEILITIS ANGULAR</b></li> </ul>	
ONIXIX Y PERIONIXIS CANDIDIÓSICA		TTO			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personas q x su ocupación tienen con frecuencia las uñas húmedas.</li> <li>- Eritema, edema y dolor.</li> <li>- Al apretar se observar salida de pus x el pliegue proximal de la uña.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminación de factores predisponentes.</li> <li>- Tto antifúngico tópico: derivados de imidazólicos, nistatina, anfotericina y ciclopiroxolamina.</li> <li>- Tto oral: Itraconazol (100 – 200 gr. Por 14 días) o Fluconazol (150 mgr. Dosis única).</li> </ul>			
PTIRIASIS VERSICOLOR					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Malazia furfur o P. orbiculare</li> <li>- Muy frecuente (5%) / Crónica / Asintomática</li> <li>- Pospuberal a mediana edad</li> <li>- Localización: Cuello, Tronco, Extremidades (proximal).</li> <li>- Máculas y descamación fina de color blanco, café o rosadas.</li> </ul>		Fx desencadenantes		Tto	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tº Altas</li> <li>- Humedad</li> <li>- Piel grasa</li> <li>- Hiperhidrosis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fx hereditarios</li> <li>- Corticoterapia</li> <li>- Inmunodeficiencia</li> <li>- Embarazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ptirosis Alba</li> <li>- Vitiligo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jabones queratolíticos</li> <li>- Shampoo</li> <li>- Imidazólicos tópicos</li> <li>- Sistémicos (en casos severos o recurrentes)</li> </ul>

 <p>TIÑA CAPITIS (torsurante o no inflamatoria)</p>	 <p>TIÑA CAPITIS (torsurante o no inflamatoria) TRICOFITICA</p>	 <p>TC (torsurante o no inflamatoria) MICROSPÓRICA</p>	 <p>TIÑAS INFLAMATORIAS (QUERIUM CELSO)</p>		
 <p>TIÑA FAVUS</p>	 <p>TIÑA CORPORIS</p>	 <p>GRANULOMA DE MAJOCCHI</p>	 <p>TIÑA INGUINAL</p>	 <p>TIÑA PEDIS (Crónica intertiginosa)</p>	 <p>TIÑA PEDIS (Crónica hiperqueratósica)</p>
 <p>TIÑA PEDIS (Aguda vesiculo ampollosa)</p>	 <p>TIÑA DE LAS MANOS</p>	 <p>TIÑA INCOGNITA</p>	 <p>TIÑA DE LAS UÑAS (Subungueal distal)</p>	 <p>TIÑA DE LAS UÑAS (Subungueal proximal)</p>	 <p>TIÑA DE LAS UÑAS (blanca superficial)</p>
 <p>DERMATOFITIDES</p>	 <p>INTERTRGO CANDIÓSICO</p>	 <p>ONIXIS Y PERIONIXIS</p>	 <p>PTIRIASIS VERSICOLOR</p>		