

## DEFINICION

Las micosis superficiales son infecciones por diferentes especies de hongos que se localizan en el epitelio o capa más externa de las mucosas, piel y anexos (uñas). La tiña corporis se presenta más frecuentemente en climas tropicales húmedos calientes. *Trichophyton rubrum* es el agente infeccioso más común en el mundo y es la causa de 47% de los casos de tiña corporis. *T. tonsurans* es el agente más común de tiña capitis. *Microsporum canis* es la tercera causa asociada a 14% de tiña corporis. La tiña capitis (causada por especies del género *Trichophyton* y *Microsporum*) es la dermatofitosis mundial más común en los niños.

## FACTORES DE RIESGO FACTORES DE RIESGO

Se han identificado como factores de riesgo para la presentación de tiñas-onicomycosis en el huésped: - Infancia - Inmunocompromiso - Diabetes - Ictiosis - Queratodermia palmo plantar - Atopia - Uso de corticoides vía tópica y general. Se han identificado como factores de riesgo para la presentación de tiñas-onicomycosis en el ambiente: - clima tropical o semitropical - traumatismos ungueales - oclusión, maceración y sudoración de manos y pies - exposición laboral - exposición en albercas y baños públicos. La práctica de deportes y/o recreación con equipo potencialmente contaminado por un enfermo de dermatofitosis promueve la aparición de tiñas y onicomycosis. El realizar actividades sin zapatos en áreas contaminados con dermatofitos promueve la aparición de tiñas y onicomycosis.

Realizar historia clínica completa con un interrogatorio dirigido a detección de factores de riesgo mencionados anteriormente, aunado a una exploración física detallada de acuerdo a la localización para corroborar diagnóstico, No Hay pruebas de detección específicas o de tamizaje identificadas para el primer nivel

EXPLORACIÓN EXPLORACIÓN El diagnóstico de onicomicosis es de acuerdo a:  
- Topografía.- uñas de manos y pies - Morfología.- paquioniquia (engrosamiento),  
estrías, fragilidad, cambios en coloración, onicolisis o hiperqueratosis subungueal.  
El diagnóstico de tiña de acuerdo a su localización se basa en: a) piel cabelluda.-  
zonas de alopecia y/o pústulas y/o costras, placas eritemato-escamosas b) barba.-  
dermatosis con pústulas y/o absceso de tipo inflamatorio c) tronco.- placas  
eritemato-escamosas redondeadas con borde activo d) inguinal.- dermatosis con  
placas eritemato-escamosas, muy pruriginosas.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO TRATAMIENTO FARMACOLOGICO El  
medicamento de elección para tiña capitis y de la barba es la terbinafina. Prescribir  
terbinafina en: - Adultos.- 250 mg/día por 12 semanas, VO. - Niños.- 10 mg/kg/día  
durante 6 semanas. El itraconazol es la alternativa farmacológica para tiña capitis  
y de la barba VO Prescribir itraconazol: - adultos.- 100 mg al día por 6 semanas,  
VO - niños.- 5 mg/kg por día por 4 semanas. El fármaco de elección en tiña  
corporis y cruris es la terbinafina crema, aplicación tópica. Prescribir aplicación  
tópica de terbinafina una vez cada 24 hrs. durante 3 a 4 semanas. La alternativa  
farmacológica para la tiña corporis y cruris son los tópicos de miconazol,  
clotrimazol o ketoconazol. Prescribir 1 aplicación tópica de miconazol, clotrimazol  
o ketoconazol 2 veces al día durante 3 a 4 semanas. El fármaco de elección en  
tiña pedis y manum es la terbinafina crema en aplicación tópica. Prescribir 1  
aplicación tópica de terbinafina crema al día durante 2 semanas. La alternativa  
farmacológica para la tiña pedis y manum son los tópicos de miconazol,  
clotrimazol o ketoconazol. Prescribir 1 aplicación tópica de miconazol, clotrimazol  
o ketoconazol crema 2 veces al día durante 2 semanas. Para onicomicosis por  
dermatofitos, el fármaco de elección es la terbinafina.

Prescribir terbinafina a una dosis de 250 mg/día por un periodo de 12 a 16  
semanas, vía oral para onicomicosis de los pies. En onicomicosis de las manos la

dosis es la misma durante 6 semanas. El fármaco alternativo para onicomicosis por hongos dermatofitos es el itraconazol. Prescribir 200 mg de itraconazol diarios VO por 12 semanas o 400 mg diarios por una semana, descansando tres semanas, por un periodo de 3 a 4 meses. Otro fármaco alternativo que puede utilizarse para disminuir interacciones medicamentosas es el fluconazol. Prescribir 150 mg de fluconazol VO a la semana por 24 semanas. El medicamento de elección para hongos no dermatofitos (levaduras) es el itraconazol. Prescribir 200 mg itraconazol VO diarios por 12 semanas o 400 mg diarios por una semana, descansando tres semanas, por un periodo de 3 a 4 meses. El fármaco alternativo para onicomicosis por hongos no dermatofitos es la terbinafina. Prescribir terbinafina a una dosis de 250 mg/día por un periodo de 12 a 16 semanas, vía oral para onicomicosis de los pies. En onicomicosis de las manos la dosis es la misma durante 6 semanas. Un fármaco alternativo es el fluconazol; sin embargo, se ha reportado menor eficacia clínica y micológica, por lo que se recomienda 150 mg fluconazol VO a la semana por 24 semanas.

**TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE TIÑA Y ONICOMICOSIS.** Evitar intercambio de objetos de uso personal (peines, toallas, ropa, corta-uñas, zapatos, etc.). Los artículos de uso personal deben ser exclusivos del paciente. Evitar desprendimiento de costras y pústulas. No rasar ni desprender costras o pústulas ya que puede condicionar sobre-infección bacteriana. La limpieza cuidadosa de ropa y calzado acelera la curación y evita re-infección. El paciente debe de ser cuidadoso en la limpieza y lavado de ropa y calzado para evitar re-infección. Si hay falla al tratamiento, el caso debe ser analizado cuidadosamente y considerar un medicamento alternativo o extracción ungueal en combinación con una terapia que cubra el curso de crecimiento ungueal. La exéresis ungueal no es procedimiento ampliamente recomendado; sin embargo, puede ser considerada a criterio del médico en caso de onicomicosis refractaria al tratamiento asociado a un fármaco que cubra el crecimiento de la matriz ungueal. La Referencia al segundo nivel de atención será cuando: En los casos de tiña de cualquier localización que sea refractaria al tratamiento, y/o lesiones difusas y diseminadas después de 3 a 5 meses de tratamiento, amerita revaloración por médico de

segundo nivel. Existe evidencia de que en los casos de onicomicosis donde se presente más de 5 uñas afectadas o más del 50% de afección ungueal o sea refractaria al tratamiento, amerita revaloración por el segundo nivel. También considerar los casos en que se presente anomalía en exámenes de laboratorio que sugiera daño hepático y/o renal posterior a tratamiento antimicótico.

## BIBLIOGRAFIA

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/086GRR.pdf>