


**Yolanda Fortuño Ruiz**  
**Cristina Muniesa Montserrat**  
**Jesús González Rupérez**

Servicio de Dermatología  
Hospital de Viladecans

- 2** Pitiriasis versicolor
- 4** *Tinea pedis*
- 6** *Tinea capitis*
- 8** *Tinea corporis*
- 10** *Tinea cruris*
- 12** *Tinea manuum*
- 14** Candidiasis cutáneas
- 16** Candidiasis genital: CVV y balanitis
- 18** Dermatitis seborreica y pitiriasis *capitis*
- 20** Onicomicosis por dermatofitos

# PITIRIASIS

INFECCIÓN FÚNGICA SUPERFICIAL DE LA CAPA CÓRNEA. FAVORECIDA EN AMBIENTES CÁLIDOS Y HÚMEDOS (MÁS FRECUENTE EN VERANO Y ZONAS TROPICALES)




● *Pitiriasis versicolor extensa afectando todo el tronco en paciente inmunodeprimido*

## CLÍNICA

- **ASPECTO:** máculas bien delimitadas <1 cm. Pueden formar placas de margen geográfico.
- **COLOR:** marrón, amarillo o rosado. Hipopigmentadas con la exposición solar.
- **DISTRIBUCIÓN:** zonas de glándulas sebáceas.
- **SIGNOS Y SÍNTOMAS:** descamación pitiriasiforme en el rascado. Asintomática o con grado variable de prurito.

## AGENTE CAUSAL

- **HONGO LIPOFÍLICO DIMÓRFICO.** En su fase micelial se conoce como *Malassezia furfur*. En su fase de levadura puede presentar una forma ovoide (*Pityrosporum ovale*) y otra esférica (*P. orbiculare*).
  - **M. FURFUR** forma parte de la flora normal de la piel. La infección aparece al pasar de levadura a micelios, debido a calor, humedad u oclusión por ropa.



● *Pitiriasis afectando la zona pectoral. Ver en el cuello la gran placa de margen geográfico*

# VERSICOLOR

*Pitiriasis versicolor  
hipopigmentada  
tras la exposición solar*



## DIAGNÓSTICO

- **CLÍNICO.** El rascado (signo de la uñada) indica actividad de las lesiones.  
**Confirmación:** KOH (10-15%): múltiples formas redondas e hifas cortas (“espaguetis con albóndigas”). Generalmente no se cultiva.
- **DIFERENCIAL.** Dermatitis seborreica, vitíligo, pitiriasis alba o dartos, pitiriasis rosada de Gibert, psoriasis *guttata*, dermatofitosis, papilomatosis reticulada y confluyente de Gougerot-Carteaud.
  - › En casos muy extensos valorar estados de inmunosupresión (diabetes mellitus o VIH no diagnosticado) o hiperhidrosis (por alteraciones tiroidales o disautonomías).

## TRATAMIENTO

Controlar factores predisponentes (ropa sintética).

- **TÓPICO.** Antifúngico: flutrimazol (1 vez/día; 2 semanas), miconazol, clotrimazol, terbinafina... Para lesiones localizadas, en crema. En zonas extensas, solución dérmica.  
**Evitar recidivas:** se recomienda además un antifúngico en gel 3 veces/semana/1 mes.
- **ORAL.** En casos muy extensos, múltiples recidivas o no respuesta al tratamiento tópico: itraconazol, ketoconazol, flucanazol orales. Terbinafina sistémica no es eficaz (no alcanza nivel fungicida en estrato córneo).



FRECUENTE EN DEPORTISTAS. RARA EN LA INFANCIA, SUELE INICIARSE EN LA PUBERTAD. FAVORECIDA POR: SUDOR, HUMEDAD Y CALZADO OCLUSIVO. FRECUENTE EN VERANO

● Fisuración y maceración interdigital típica del pie de atleta

## CLÍNICA

### ● FORMA INTERDIGITAL O PIE DE ATLETA

- Fisuración y descamación (aspecto macerado), entre los dedos.
- Escozor y prurito.
- Puede derivar en la forma inflamatoria o vesiculosa.
  - › Variante ulcerada (sobreinfección por gramnegativos): en diabéticos o pacientes inmunodeprimidos, o en condiciones de hiperhidrosis y calzado muy cerrado.

### ● FORMA INFLAMATORIA O VESICULOSA

- Vesículas en la cara interna del pie junto con áreas desnudas o erosivas.
- Muy exudativa, con reacciones ide a distancia en forma de cuadros dishidrosiformes en la cara lateral de los dedos de la mano.

### ● FORMA HIPERQUERATÓSICA O EN MOCASÍN

- Hiperqueratosis seca difusa de la planta del pie.
- Asintomática y de curso muy crónico.
- Puede observarse margen descamativo de avance (en casos crónicos es difícil de percibir).

## AGENTE CAUSAL

- **INTERDIGITAL:** *T. mentagrophytes* var. *interdigitale*, *T. rubrum* y *E. floccosum*.

# PEDIS

Tiña interdigital ulcerada en paciente diabético. Se trató la infección con ciprofloxacino oral



- **VESICULOSA:** *T. mentagrophytes* var. *mentagrophytes*.
- **EN MOCASÍN:** *T. rubrum*, *E. floccosum*.

## DIAGNÓSTICO

- **CLÍNICO.** Aspecto característico.  
Confirmación: KOH y cultivo, en la forma vesiculosa y en mocasín.
- **DIFERENCIAL**
  - › Vesiculosa: eccema dishidrótico, psoriasis pustulosa.
  - › En mocasín: eccema de contacto, psoriasis vulgar.
  - › Interdigitales: eritrasma, infecciones bacterianas.

## TRATAMIENTO

Medidas higiénicas para prevenir recidivas. Mantener los pies secos: calcetines de algodón y calzado transpirable.

- **TÓPICO.** Antifúngicos: flutrimazol (2 veces/día; 4 semanas), clotrimazol... Solución o crema para pie de atleta y formas agudas; pomada para tiña crónica en mocasín. Previamente:
  - › En vesiculosa: secantes con antisépticos (permanganato potásico 1/10.000).
  - › En hiperqueratósica: vaselina salicilica al 5-10%, o urea al 20-30% (facilita la penetración del antifúngico).
- **SISTÉMICO.** Formas extensas, muy recidivantes, y tiña en mocasín crónica.
  - › **Fluconazol:** 150 mg/semana, 6 semanas.
  - › **Itraconazol:** 200 mg/12 horas, 7 días o 100 mg/día, 30 días.
  - › **Terbinafina:** 250 mg/día, 2-6 semanas.
  - › **Griseofulvina:** 500-1.000 mg/día. Niños: 10 mg/kg/día; dosis única o divididas (después de comidas), 4-6 semanas.

# TINEA

INFECCIÓN DEL TALLO PILOSO  
POR DERMATOFITOS.  
AFECTA A NIÑOS ENTRE 3 Y 14 AÑOS,  
SOBRE TODO EN EL MEDIO RURAL



● Querion de Celso. Mujer afecta de tiña tricofítica con abundante supuración

## CLÍNICA

### ● TIÑA ECTOTRIX O MICROSPÓRICA

- Invasión a nivel externo (destruye la cutícula): primero como pequeñas pápulas eritematosas que rodean la vaina pilosa, luego dejando placas alopecias con pelos cortados a 5-10 mm. Leve inflamación. Descamación abundante. Sin síntomas generales, suele haber adenopatias regionales.

### ● TIÑA ENDOTRIX O TRICOFÍTICA

- Invasión desde dentro (no destruye la cutícula). El pelo se rompe a nivel de piel: puntos negros o comedones.
- Querion de Celso: producida por hongos zoofílicos o geofílicos. Foliculitis pustulosa, evoluciona a nódulos dolorosos e inflamatorios que coalescen en placa elevada supurativa y dolorosa. El pelo se desprende fácilmente y sin dolor. Alopecia cicatricial. Fiebre y adenopatias dolorosas reactivas.

### ● TIÑA FÁVICA O FAVUS

- Variante de endotrix: las hifas invaden el folículo y dejan espacios aéreos dentro del pelo. Costras amarillentas adherentes en los folículos; al desprenderse liberan olor fétido.
- Sin tratamiento, evoluciona a alopecia cicatricial.

## AGENTE CAUSAL

- **TIÑA ECTOTRIX:** *Microsporum canis* y *M. gypseum*.
- **TIÑA ENDOTRIX:** *Trichopyton tonsurans* y *T. violaceum*.
- **TIÑA FÁVICA:** *T. schoenleinii*. (Infrecuente en España; endémica en sur de África y en Oriente Medio).

# CAPITIS

## DIAGNÓSTICO

**Confirmación:** KOH y cultivo.

### ● DIFERENCIAL

- › Fase inicial / poco inflamatoria: dermatitis seborreica, dermatitis atópica y psoriasis.
- › Alopecia evidente: tricotilomania, alopecia areata, pseudopelada.
- › Tiña de la barba: clínica similar, afecta al pelo de la barba en varones, sobre todo de ámbito rural. Causada por hongos zoofílicos. Lesiones tipo Querion, o no inflamatorias superficiales y circinadas.

## TRATAMIENTO

- **TÓPICO.** Prevención brotes epidémicos: champú antifúngico, 2 semanas. Evitar ir al colegio en 2 semanas. En tiñas muy inflamatorias, además, fomentos permanganato potásico 1/10.000 los primeros días.
- **SISTÉMICO.** Antifúngicos: terbinafina (250 mg/día), itraconazol (200 mg/día), o griseofulvina (1 gr/día).
  - › Niños < 20 kg: griseofulvina (10-30 mg/kg/día) hasta curación clínica y cultivos negativos (mínimo 8 semanas).
  - › Niños 20-40 kg; < 5 años: griseofulvina como tratamiento de elección.
  - › Niños 20-40 kg; > 5 años: terbinafina (125 mg/día), 4 semanas. Itraconazol y fluconazol: evitarlos excepto casos justificados.

*La paciente a las 2 semanas de tratamiento sistémico con itraconazol*





DERMATOFITOSIS EN CUALQUIER ZONA DE LA SUPERFICIE CORPORAL, EXCEPTO CABEZA, MANOS, PIES Y ZONA INGUINAL. MÁS FRECUENTE EN NIÑOS

*Herpes circinado afectando antebrazo, se aprecia el aspecto típico de las placas con curación central y margen activo de avance*

## CLÍNICA

Una o pocas placas circulares eritematodescamativas, bien delimitadas, de localización asimétrica. Placas de crecimiento centrífugo con curación central (herpes circinado). Borde de avance vesiculopustuloso característico.

## PECULIARIDADES

- **GRANULOMA TRICOFÍTICO DE MAJOCCHI.** Variante profunda, en zona de pelo terminal en extremidades de varones o en mujeres que se rasuran.

**Clínica:** placa infiltrada, con papulopústulas y nódulos, aspecto granulomatoso. Producida por *T. rubrum*, *T. mentagrophytes* o *T. violaceum*.

**Histología:** granulomas con células gigantes que fagocitan elementos fúngicos.

**Tratamiento:** sistémico; los primeros días puede requerir corticoides para la reacción inflamatoria.

- **TIÑA IMBRICATA** (*T. concentricum*).

**Clínica:** placas arciformes en diana, con anillos concéntricos y crecimiento en extensión; puede abarcar una gran superficie. Puede asociarse a inmunosupresión.

# CORPORIS

**Epidemiología:** frecuente en sureste de Asia. Últimamente se han reportado casos en América Central y Suramérica.

## AGENTE CAUSAL

Cualquier dermatofito. Cuadro más frecuente: transmisión por contacto de animales infectados a niños (*Microsporum canis*).

## DIAGNÓSTICO

- **CLÍNICO.** Aspecto característico. Antecedente de contacto con animal de pelo (hámster, gato, perro) apoya el diagnóstico.  
**Confirmación:** KOH y cultivo de las lesiones.
- **DIFERENCIAL.** Eccema atópico, psoriasis, eccema numular, pitiriasis rosada de Gibert, parapsoriasis, eritema anular centrífugo, granuloma anular, impétigo.

## TRATAMIENTO

Revisión de los animales domésticos y control veterinario del animal infectado.

- **TÓPICO.** Antifúngicos en todos los casos: flutrimazol (1 vez/día; 2-3 semanas),...
- **SISTÉMICO.** En tiñas muy inflamatorias, o pacientes con múltiples lesiones.

*Granuloma tricofítico de Majocchi por T. mentagrophytes en el muslo de una paciente con hipertrichosis secundaria a déficit de 21- $\alpha$ -hidroxilasa*



# TINEA

INFECCIÓN POR  
DERMATOFITOS  
EN LA ZONA INGUINAL;  
PUEDE EXTENDERSE  
A LA REGIÓN PÚBICA,  
PERIANAL O GENITALES



● Aspecto típico de la tiña cruris en forma de placa eritematodescamativa bien delimitada en la ingle

## CLÍNICA

- Placa eritematodescamativa bien delimitada con borde elevado descamativo o con pápulas, vesículas o pústulas. Curación central y extensión en periferia, en crecimiento centrífugo.
- Suele ser pruriginosa.
- Más frecuente en varones (la bolsa testicular favorece el calor y humedad adecuados para el hongo), con mayor riesgo las personas obesas o que pasan muchas horas sentadas, como los conductores. Más frecuente en verano y ambientes cálidos.
  - › Suele observarse tiña *pedis* concomitante (reservorio del hongo), que posteriormente contamina la ropa interior e infecta por contacto la ingle.

## AGENTE CAUSAL

Hongos antropofílicos como *Tricophyton rubrum* y *Epidermophyton floccosum*, menos frecuente *T. mentagrophytes*.

# CRURIS

*Psoriasis invertida que puede simular una tiña cruris.*

*En la psoriasis, la placa suele ser más eritematosa y el paciente suele tener clínica acompañante, como psoriasis en cuero cabelludo u onicopatía psoriásica*



## DIAGNÓSTICO

- **CLÍNICO.** Aspecto característico.  
*Confirmación:* KOH y cultivo de las lesiones.
- **DIFERENCIAL.** Eritrasma, dermatitis seborreica, psoriasis invertida y pénfigo benigno familiar o enfermedad de Halley-halley.
  - › Importante detectar o descartar **tiña pedis** u **onicomicosis** concomitante para tratarla de forma simultánea.

## TRATAMIENTO

Medidas higiénicas fundamentales para evitar recidivas: mantener la piel seca, ropa interior amplia, de algodón, evitar sobrepeso. Correcta limpieza de toallas y ropa interior para evitar brotes epidémicos en gimnasios y vestuarios.

- **TÓPICO.** Antifúngico imidazólico (flutrimazol, clotrimazol, etc.) 2 veces/día, 4 semanas o hasta una semana tras la curación clínica. En formas muy agudas: además, fomentos de permanganato potásico 1/10.000.
- **SISTÉMICO.** Itraconazol, terbinafina o fluconazol. En formas crónicas o muy recidivantes, sobre todo si coexiste tiña pedis u onicomicosis.

# TINEA

DERMATOFITISIS  
DE LA PALMA DE LA MANO.  
CUANDO AFECTA AL  
DORSO CORRESPONDE  
AL MISMO CUADRO CLÍNICO  
QUE TINEA CORPORIS



- *Tiña palmar vesiculosa por T. mentagrophytes*

## CLÍNICA

- Hiperqueratosis marcadamente unilateral (en una de las palmas), con descamación seca y refuerzo marcado de los pliegues de la mano.
- La variante vesículo-pustulosa, húmeda, sería el mismo cuadro que la tiña plantar.

## AGENTE CAUSAL

- **FORMA CRÓNICA E HIPERQUERATÓSICA:** está causada por *T. rubrum*.
- **FORMA VESICULOSA:** suele aislarse *T. mentagrophytes* y, en ocasiones, *E. floccosum*.

## DIAGNÓSTICO

- **CLÍNICO.** El carácter unilateral, sobre todo en las formas secas hiperqueratósicas, hará sospechar de la dermatofitosis.  
**Confirmación:** muestra de escamas para KOH y cultivo.

- **DIFERENCIAL.** Eccema crónico de contacto, psoriasis palmar, dermatitis atópica, liquen simple crónico (sobre todo en la forma hiperqueratósica).
  - › Evaluar una posible onicomicosis como posible reservorio del dermatofito y tratarla de forma adecuada, para evitar recidivas.

## TRATAMIENTO

- **TÓPICO.** Antimicótico (flutrimazol, clotrimazol, eberconazol...) 2 veces/día, 4 semanas. Formas vesiculosas o muy inflamatorias: previamente aplicaremos fomentos secantes como el agua de Burow o permanganato potásico 1/10.000.
- **SISTÉMICO.** Suele ser necesario, por la extensión del proceso o por su cronicidad al tratarse de zonas muy hiperqueratósicas.
  - › **Fluconazol:** 150 mg/semana, 2-4 semanas.
  - › **Itraconazol:** 200 mg/12 horas, 7 días; o 100 mg/día, 30 días.
  - › **Terbinafina:** 250 mg/día, 2-6 semanas.
  - › **Griseofulvina:** 500-1.000 mg/día. En niños: 10 mg/kg/día, en dosis única o divididas (después de las comidas), 4 semanas.

*Tiña palmar crónica hiperqueratósica. El paciente había sido diagnosticado de eccema de contacto y no mejoraba con el tratamiento corticoideo tópico.*

*La afectación unilateral de una de las palmas hará sospechar de tiña*



# CANDIDIASIS

LA CANDIDIASIS ES LA MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE LA INFECCIÓN POR LEVADURAS DEL GÉNERO CANDIDA



*Perionychis candidiásica en ama de casa*

## AGENTE CAUSAL

Frecuentemente *C. albicans*, pero pueden aislarse otras especies.

## CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

### ● PERIONIXIS

- Eritema y edema tenso del pliegue ungueal, generalmente doloroso. Secreción purulenta y cíclica que suele afectar a varios dedos. La inflamación crónica del pliegue ungueal se traduce en onicodistrofia proximal secundaria.
- › **Diagnóstico.** Cultivo de la secreción purulenta.
- › **D. diferencial.** Infección bacteriana (panadizo por estafilococo o pseudomona); suele ser más aguda y purulenta y afectar a un solo dedo.

### ● ONIXIS

- Infección del lecho ungueal que afecta secundariamente la matriz. Coloración amarillenta de la uña.
- › **Diagnóstico.** Cultivo y KOH de la uña.
- › **D. diferencial.** Onicomycosis por dermatofitos.

### ● CANDIDIASIS MUCOCUTÁNEA CRÓNICA

- Inmunodeficiencia celular a antígenos candidiásicos: infecciones crónicas de piel, mucosas y uñas.
- La posible invasión masiva del lecho ungueal, lleva a onicodistrofia total.
- › **D. diferencial.** Perionychis candidiásica normal.

# CUTÁNEAS

## ● INTERTRIGO CANDIDIÁSICO

- Infección de los pliegues cutáneos. La fricción, calor y humedad favorecen la maceración y el sobrecrecimiento del hongo.
- Placa eritematosa brillante, con margen descamativo y pústulas satélites características. Es típica una fisura en el fondo del pliegue.
- Suele generar prurito o escozor intenso.
  - › **Erosión interdigital blastomicética:** grieta dolorosa en espacio interdigital con maceración blanquecina, típica en pacientes en contacto constante con agua y detergentes.

## ● CANDIDIASIS DEL PAÑAL

- Sobreinfección por *Candida* de la dermatitis del pañal.
- Lesiones pustulosas periféricas.
  - › **Dermatitis pápulo-erosiva del área del pañal o sifilides de Jacquet:** forma evolucionada papulosa y erosiva.

## TRATAMIENTO

- **PREVENTIVO.** Control de la humedad y calor (ropa de algodón, piel limpia y seca). Cambio frecuente del pañal, uso de cremas con óxido de zinc. Control de trastornos metabólicos (diabetes, etc.) que favorecen la inmunosupresión.
- **TÓPICO.** Antimicóticos: flutrimazol (1 vez/día; 2-4 semanas), clotrimazol, ketoconazol, nistatina... junto con lociones astringentes y antisépticas (calamina, permanganato potásico 1/10.000).
- **SISTÉMICO.** En casos severos; en pacientes inmunodeprimidos.

*Dermatitis del pañal sobreinfectada por Candida, de curso tórpido, que presentó lesiones tipo sifilides de Jacquet*



# CANDIDIASIS

## INFECCIÓN DE LA MUCOSA GENITAL POR EL GÉNERO CANDIDA

● *Candidiasis vulvovaginal*  
como consecuencia de tratamiento  
antibiótico prolongado

## CLÍNICA

### CANDIDIASIS VULVOVAGINAL (CVV)

- Infección de la mucosa vaginal y semimucosa vulvar.
- Flujo vaginal abundante blanquecino (leucorrea) y cremoso adherido a la pared vaginal. Coloración roja de la piel y mucosa vaginales.
- Prurito vulvovaginal, irritación, dolor, dispareunia, quemazón.

### BALANITIS CANDIDIÁSICA

- Infección de glánde y cara interna del prepucio. Se inicia entre 12-24 hs. tras contacto sexual con pareja afecta de vaginitis candidiásica o portadora asintomática.
- En pacientes inmunodeprimidos, diabéticos o de edad avanzada puede tener un curso tórpido y afectar el escroto y zonas inguinocrural y anal.

## AGENTE CAUSAL

*C. albicans* es el agente principal, aunque aumenta la incidencia de *C. glabrata*. Factores de riesgo predisponentes (casos recurrentes):

- **CONTRACEPCIÓN:** uso de DIU, diafragmas, espermicidas, anticonceptivos con altas dosis de estrógenos.
- **RELACIONES SEXUALES,** sobre todo contacto genital-oral.
- **ABUSO DE PRODUCTOS DE HIGIENE FEMENINA.**
- **TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO SISTÉMICO:** altera la flora vaginal.
- **ESTADOS DE INMUNOSUPRESIÓN:** diabetes mellitus o tratamiento corticoide sistémico.

# GENITAL: CVV y BALANITIS

## DIAGNÓSTICO

Confirmación: frotis de la leucorrea y cultivo.

- **DIFERENCIAL.** Otras vaginitis infecciosas.

## TRATAMIENTO

### › C. VULVOVAGINAL NO COMPLICADA

- **TÓPICO.** Imidazólicos tópicos (flutrimazol...) en crema o en óvulos, 3 o 7 días. (Los azoles tópicos pueden ser utilizados en el primer trimestre del embarazo).
- **SISTÉMICO.** Fluconazol (150 mg, única dosis); itraconazol (400 mg/día, 1 día; o 200 mg/día, 3 días). Ningún agente oral está aprobado o recomendado durante el embarazo.

### › C. VULVOVAGINAL COMPLICADA EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS

- **TÓPICO.** Uso de corticoides los primeros días: útil para un alivio más rápido de la sintomatología.
- **SISTÉMICO.** Terapia convencional más prolongada: de 5-7 a 10-14 días. Suele requerir más de una dosis de fluconazol.

### › C. VULVOVAGINAL RECURRENTE (4 o más episodios de infección probada en 1 año)

- Corregir los factores predisponentes.
- **ORAL.** Tratamiento inicial: 14 días; luego régimen de mantenimiento: itraconazol 200 mg, días 5 y 6 del ciclo de cada mes durante 6 meses; fluconazol 150 mg/semana, 6 meses; o clotrimazol 500 mg en supositorios vaginales, semanalmente.

*Candidiasis genital en paciente inmunodeprimido. Presenta balanitis junto con afectación de escroto y zona inguinoocrural*



# DERMATITIS



SON LOS DOS PROCESOS MÁS COMUNES ASOCIADOS A *PITYROSPORUM OVALE*. HASTA EL 5% DE LA POBLACIÓN MUNDIAL PADECE DERMATITIS SEBORREICA, MIENTRAS QUE LA PITIRIASIS CAPITIS LLEGA AL 50%

● *Dermatitis seborreica severa afectando surco nasogeniano y zona pectoral en un paciente inmunodeprimido*

## CLÍNICA

### ● DERMATITIS SEBORREICA

- Eritema con descamación superficial; puede acompañarse de ligero prurito.
- Localizada en áreas ricas en glándulas sebáceas: centrofacial (alas nasales, surco nasogeniano y cejas), espalda y centrotorácica.

### ● PITIRIASIS CAPITIS O CASPA

- Descamación grisáceo-plateada; pequeñas escamas lamelares o farináceas.
- Localizadas en cuero cabelludo; predominan en zonas parietales, reborde frontal y vértex.

## AGENTE CAUSAL

Datos recientes apoyan la relación causal directa con *Malassezia*. Las especies más relacionadas con estos procesos son *M. globosa* y *M. restricta* pero también se han aislado *M. obtusa* y *M. furfur*. Los nombres *Pityrosporum ovale* y *P. orbiculare* son sinónimos de su forma saprófita.

# y PITIRIASIS

# SEBORREICA

Placas eritematodescamativas que pueden confundir con pitiriasis capitis o psoriasis.

La presencia de placas de psoriasis a nivel retroauricular, orientaron al diagnóstico de psoriasis



## DIAGNÓSTICO

### ● DIFERENCIAL

#### › Psoriasis del cuero cabelludo.

Acompañada de placas de psoriasis en otras localizaciones y/o de onicopatía psoriásica. En ocasiones se solapan las dos entidades, englobándose con el término de sebopsoriasis.

#### › Dermatitis atópica.

Presencia de placas ecematoides en otras localizaciones.

#### › Tiña capitis.

Ante cuadros descamativos de larga evolución, sospechar de tiña capitis crónica por un hongo antropofílico como *Trichopyton rubrum*.

En pacientes con clínica muy severa y resistente al tratamiento habitual sospechar posibilidad de infección por VIH; un 40-80% de pacientes con SIDA presentan dermatitis seborreica de estas características.

## TRATAMIENTO

### ● TÓPICO.

En las fases más inflamatorias: corticoides, asociados con ácido salicílico (loción). Completar con uso de geles o champús con imidazólicos (flutrimazol, clotrimazol) 3 veces/semana, 1 mes.

### ● SISTÉMICO.

Casos muy rebeldes: antimicóticos y, en dermatitis seborreica asociada a acné o rosácea grave y resistente, isotretinoína oral a bajas dosis.

# CAPITIS

# ONICOMICOSIS

## INFECCIÓN DE LA LÁMINA UNGUEAL POR DERMATOFITOS O TIÑA UNGUEAL



*Onicomycosis. Véase el cambio de coloración de las uñas y la paquioniquia*

Más frecuente en adultos varones. En la infancia: en casos de síndrome de Down, inmunodeficiencias primarias o secundarias a VIH o tratamientos inmunosupresores.

## CLÍNICA

La infección se asienta sobre uñas previamente distróficas.

- **ONICOMICOSIS SUBUNGUEAL DISTAL O LATERAL**

Forma más frecuente. Parasitación del hiponiquio, cambio en la coloración de la uña, a amarillo-grisáceo, ligera hiperqueratosis subungueal. Extensión a la zona matricial, con elevación de la uña. Onicolisis. La queratina subungueal puede descamarse simulando serrín.

- **LEUCONIQIA TRICOFÍTICA DE JESSNER**

Exclusiva de los pies; poco frecuente. Punteado blanquecino de la parte superior de la lámina, confluye en mancha blanquecina de toda la uña. Pueden desprenderse pequeños fragmentos. No hay engrosamiento subungueal. Causado por *T. mentagrophytes* (var. *interdigitale*) y algunos mohos.

- **ONICOMICOSIS PROXIMAL**

Forma muy poco frecuente; en manos o pies. La infección inicia bajo el surco ungueal proximal. Manchas blanquecinas o amarillentas que se extienden hasta la lúnula. Debe diferenciarse de perionixis candidiásica. Puede ser indicador de infección por VIH.

# POR DERMATOFITOS

## AGENTE CAUSAL

Los más comunes son *T. rubrum*, *T. mentagrophytes* y *E. floccosum*; menos frecuencia, *M. canis*.

**Factores predisponentes:** calor y humedad (en deportistas, por contaminación en vestuarios y uso de calzado oclusivo); edad avanzada; diabetes; trastornos endocrinos, circulatorios y neurológicos periféricos.

## DIAGNÓSTICO

**Confirmación:** KOH y cultivo obligatorios.

- **DIFERENCIAL.** Onicodistrofia traumática (suele ser simétrica en los dos pies, por el calzado); onicopatía psoriásica; liquen plano; dermatitis de contacto; en la enfermedad vascular periférica; enfermedad de Darier.

## TRATAMIENTO

- **TÓPICO.** Casos superficiales e incipientes: 6 meses en manos, y 12 en pies. Pacientes ancianos polimedicados, sobre todo si es asintomática: higiene podológica de la uña.
- **SISTÉMICO.** Resto de casos. Duración: 3 meses en manos y 3-6 en pies. Puede complementarse con el tratamiento tópico.
  - › **Terbinafina:** niños >5 años (20-40 kg): 125 mg, 1 vez/día. Niños >40 kg y adultos: 250 mg, 1 vez/día.
  - › **Itraconazol:** si terbinafina no es bien tolerada, o hay infección mixta (dermatofitos/*Candida*). Terapia continua (200 mg/día) o discontinua (400 mg/día, 1 semana, seguida de 3 sin tratamiento), con tasas de curación similares.
  - › **Griseofulvina:** sólo es tratamiento de elección en niños. Tasa de curación menor que con los anteriores, especialmente en pies.

**DESCRIPCIÓN** MICETAL (flutrimazol) es un antifúngico tópico del tipo imidazólico. Al igual que otros derivados imidazólicos, flutrimazol interfiere la síntesis del ergosterol mediante la inhibición de la actividad del enzima lanosterol-14  $\alpha$ -desmetilasa, lo que origina cambios en la membrana celular del hongo. **COMPOSICIÓN MICETAL Crema dérmica:** Flutrimazol (DCI), 10 mg por g de crema. Excipientes: alcohol bencílico, eter cetosterearílico de macrogol 20-22, alcohol cetosteárico, monoestearato de glicerilo 40-50%, adipato de isopropilo, fosfato disódico anhidro, fosfato monosódico dihidrato, macrogol 400 y agua purificada c.s.p. **MICETAL Gel:** Flutrimazol (DCI), 10 mg por g de gel. Excipientes: agua purificada, acrilato/estearileter-20 metacrilato copolímero, hidróxido sódico, polisorbato 20, diazolidinil urea, caprilil/capril glucósidos al 60%, cocoamido propilbetaina, dimeticona y perfume. **MICETAL Solución dérmica:** Flutrimazol (DCI), 10 mg por ml de solución. Excipientes: octildodecanol, macrogol 400, etanol c.s.p. trolamina. **MICETAL Polvo Dérmico:** Flutrimazol (DCI), 1g por 100 g de polvo. Excipientes: óxido de zinc, almidón de maíz. **Gine-Micetal:** Flutrimazol (DCI), 100 mg liberados por 5g de crema vaginal al 2%. Excipientes: Alcohol bencílico, cera microcristalina, edetato de sodio, hidrogenofosfato de sodio anhidro, dihidrogenofosfato de sodio dihidrato, parafina líquida, sílice coloidal anhidra, sorbitano monoisoestearato, sorbitano triestearato, sorbitol (E 420), agua purificada. **DATOS CLÍNICOS Indicaciones terapéuticas. MICETAL Crema dérmica y Solución dérmica** están indicados para el tratamiento tópico de las micosis superficiales de la piel, tales como la tiña en sus variedades de: *tinea pedis* (pie de atleta), *tinea cruris*, *tinea corporis*, *tinea faciei et barbae* y *tinea inguinalis*, causadas por *Trichophyton spp*, *Microsporum spp* y *Epidermophyton floccosum*. En el tratamiento de la candidiasis cutánea producida, principalmente, por levaduras del género *Candida*. También está indicado en el tratamiento de la pitiriasis versicolor causada por *Malassezia furfur* ( o *Pityosporum ovale*). **MICETAL Gel** está indicado para el tratamiento tópico de la pitiriasis capitis (caspa) y dermatitis seborreica. **MICETAL Polvo Dérmico** está indicado en el tratamiento local sobre la piel de la *tinea pedis* (pie de atleta). **Gine-Micetal** está indicado para el tratamiento de la candidiasis vulvovaginal aguda. **Posología y forma de administración. MICETAL Crema dérmica** debe aplicarse una vez al día tanto en adultos como en niños mayores de 10 años. La crema debe ser aplicada en cantidad suficiente para cubrir la extensión de la lesión y zonas adyacentes, favoreciendo su penetración a través de un ligero masaje. En lesiones de localización intertriginosa se aplicará una pequeña cantidad de la crema para evitar la maceración de la piel. **MICETAL Solución dérmica** debe aplicarse una vez al día tanto en adultos como en niños mayores de 10 años. La solución debe ser aplicada en cantidad suficiente para cubrir la extensión de la lesión y zonas adyacentes en los pacientes diagnosticados de dermatofitosis y candidiasis cutánea, y en todo el tronco en los pacientes diagnosticados de pitiriasis versicolor. La duración del tratamiento, se trate de crema o de solución dérmica, depende del tipo de lesión o microorganismo infectante y de su localización. No obstante, ya en los primeros días de tratamiento con **MICETAL crema o solución**, se evidencia un alivio de los síntomas dérmicos. El período de tratamiento aconsejable a efectos de disminuir la posibilidad de recidivas es: *tinea pedis* (pie de atleta) y micosis interdigitales, 4 semanas; *tinea corporis*, 2 a 3 semanas; pitiriasis versicolor, 1 a 2 semanas; y en candidiasis cutáneas superficiales, 2 a 4 semanas. Si la mejoría clínica no es evidente después de 4 semanas de tratamiento, el diagnóstico debe ser reconsiderado. Se recomendará a los pacientes las habituales medidas higiénicas para evitar fuentes de infección o reinfección. **MICETAL Gel** se aplicará 3 veces por semana durante un período de 4 semanas, tanto en adultos como en niños a partir de 10 años de edad. El gel debe ser aplicado en cantidad suficiente sobre el cuero cabelludo y áreas adyacentes mediante un suave masaje o fricción, dejándolo actuar de 3 a 5 minutos antes de aclarar con agua abundante. Si la mejoría clínica no es evidente después de 4 semanas de tratamiento, el diagnóstico debe ser reconsiderado. **MICETAL Polvo Dérmico** se aplica dos veces al día (mañana y noche) en adultos, durante un período de 4 semanas. Aplicar el polvo de forma suave y uniforme, directamente sobre la zona afectada y procurando abarcar una superficie de piel sana alrededor de la zona afectada asegurando que el polvo alcanza las zonas interdigitales. Se aconseja espolvorear con MICETAL Polvo Dérmico el interior del calzado y los calcetines. No suspender el tratamiento antes del período

recomendado a pesar de la remisión de la sintomatología. **Gine-Micetal**, una dosis única de 100 mg de flutrimazol (descarga completa del aplicador) vía vaginal se puede aplicar a cualquier hora del día o antes de acostarse. **Gine-Micetal** se debe administrar únicamente por vía vaginal, utilizando el aplicador que se proporciona en el envase. Tanto al inicio como al final de la administración se deben lavar las manos. Se procederá a sacar el aplicador de su envoltorio, tirando suavemente de la anilla que se encuentra en su extremo hasta que se note el encaje, que va acompañado de un "click". Posteriormente, se debe retirar el capuchón del aplicador (en el extremo opuesto a la anilla). En posición de decúbito supino y con las piernas ligeramente flexionadas, se introduce el aplicador suavemente en la vagina, tan profundamente como se pueda sin que resulte molesto y se empuja la anilla hacia dentro para vaciar la crema, retirando posteriormente el aplicador. **Contraindicaciones.** MICETAL está contraindicado en sujetos que presenten antecedentes de hipersensibilidad a otros antifúngicos imidazólicos, o a cualquiera de los componentes de la forma farmacéutica empleada. **Advertencias.** Sólo para uso externo. **MICETAL** no debe utilizarse por vía oftálmica ni aplicarse en áreas mucosas. Si una reacción dérmica sugiere sensibilización o irritación química por empleo de MICETAL, el tratamiento debe ser discontinuado y se instaurarán las medidas terapéuticas apropiadas. En el caso de MICETAL crema, solución y polvo, es necesaria la confirmación diagnóstica por examen directo (KOH) y/o cultivo para el correcto tratamiento de la dermatomycosis. No existen ensayos clínicos en crema, gel, solución realizados con niños menores de 10 años. En el caso de Micetal polvo, no existen ensayos clínicos realizados con niños menores de 18 años. Deben tomarse medidas generales de higiene para controlar las fuentes de infección y evitar posibles recaídas. **Gine-Micetal** se debe administrar únicamente por vía vaginal, utilizando el aplicador que se proporciona en el envase. No se recomienda su uso en niñas y adolescentes ya que no se han realizado estudios específicos en esta población. Se debe advertir a la paciente que acuda nuevamente a consulta en caso de que los síntomas locales empeoren o se prolonguen en el tiempo. No se recomienda el uso de Gine-Micetal durante la menstruación ya que puede ocurrir una pérdida parcial del medicamento con el flujo menstrual. Durante la administración de Gine-Micetal y en los 7 días posteriores a la misma se debe evitar el uso de otros productos intravaginales tales como espermicidas, diafragmas o tampones así como los lavados o duchas intravaginales. Dado que no es posible garantizar una adecuada protección anticonceptiva de preservativos o diafragmas durante el tratamiento intravaginal con Gine-Micetal, debe recomendarse a la paciente que se abstenga de mantener relaciones sexuales en el día del tratamiento y en los 7 días posteriores al mismo, a menos que esté utilizando un método anticonceptivo alternativo adecuado (p. ej., anticonceptivos orales). En cada caso el médico deberá valorar la necesidad de tratamiento de la pareja sexual de la paciente. No existen datos sobre el uso de Gine-Micetal en niñas y adolescentes menores de 18 años ni en pacientes inmunodeprimidas. **Interacciones.** Para **Micetal Crema dérmica, Gel, Solución dérmica y Polvo** no se han descrito interacciones. En relación con **Gine-Micetal** no se han realizado estudios de interacción con flutrimazol administrado por vía vaginal. Sin embargo, no son de esperar debido a la baja exposición sistémica. En ausencia de estudios específicos con espermicidas no se recomienda su uso simultáneo. **Embarazo y lactancia.** Los estudios en animales han mostrado que no existe evidencia de efectos mutagénicos o teratogénicos atribuibles a flutrimazol. No existe experiencia clínica con **MICETAL Crema dérmica, Solución dérmica, Gel, Polvo dérmico** en estudios controlados con mujeres embarazadas. **MICETAL Crema dérmica, Solución dérmica, Gel, Polvo dérmico** puede ser utilizado en el primer trimestre del embarazo sólo cuando el tratamiento sea considerado esencial para el bienestar de la paciente. Se desconoce si flutrimazol es excretado por la leche materna, por lo que debe utilizarse con precaución durante el período de lactancia. No existen datos clínicos sobre la exposición a **Gine-Micetal** durante el embarazo. El riesgo potencial en humanos se desconoce por lo que no se recomienda su uso durante el embarazo. **Gine-Micetal** no debe utilizarse durante el período de lactancia a menos que los potenciales efectos beneficiosos para la paciente justifiquen el riesgo potencial para el lactante. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** Con **MICETAL Crema dérmica, gel, Solución dérmica y Polvo dérmico** no se han descrito. Con

**Gine-Micetal** no se han realizado estudios específicos. Sin embargo, no es de esperar que la administración por vía vaginal de la crema de flutrimazol afecte la capacidad para conducir y utilizar máquinas. **Reacciones adversas.** Durante los ensayos clínicos la incidencia de reacciones adversas descritas más frecuentemente con **MICETAL Crema dérmica** fue del 8%, siendo las más frecuentes: ligera quemazón, irritación, picor y eritema en la zona de aplicación. No hubo incidencia de reacciones adversas tras la utilización de **MICETAL gel** en los ensayos clínicos. No obstante, al igual que en otros preparados antifúngicos imidazólicos no puede descartarse la posible aparición, en algunos casos, de irritación o quemazón local tras las primeras aplicaciones. La incidencia de reacciones adversas con **MICETAL solución dérmica** durante los ensayos clínicos estuvo relacionada con la cantidad de producto aplicado. En los pacientes diagnosticados de pitiriasis versicolor, los cuales se aplicaron el producto en toda la extensión del tronco, hubo un 35% de reacciones adversas, siendo las más frecuentes: eritema y prurito los primeros días de aplicación del tratamiento. En cambio, en los pacientes diagnosticados de dermatofitosis y candidiasis cutánea, pacientes que se aplicaron el producto en la zona lesionada y adyacente, sólo presentaron un 5% de reacciones adversas, eritema y prurito en la zona de aplicación. Los efectos adversos de **MICETAL Polvo Dérmico** son, en general, leves y transitorios, siendo el prurito, en el lugar de aplicación, el más frecuentemente descrito. Más raramente, dermatitis por contacto. No se han descrito fenómenos de sensibilización o fototoxicidad. Con **Gine-Micetal**, aproximadamente un 1.7% (frecuente) de las pacientes incluidas en los ensayos clínicos experimentaron reacciones adversas locales, tales como escozor o irritación vulvovaginal. Habitualmente, estos efectos eran leves y desaparecían espontáneamente al cabo de pocos minutos u, ocasionalmente, 1 ó 2 horas. **Sobredosificación.** Dada la baja concentración de principio activo y su administración por vía tópica, es poco probable la posibilidad de una sobredosificación o intoxicación con MICETAL, por lo que no es previsible que se produzcan situaciones de riesgo vital en el paciente. No obstante, en caso de ingestión accidental de una cantidad apreciable, se instaurará el tratamiento sintomático apropiado. En caso de ingestión accidental de Gine-Micetal se instaurará tratamiento sintomático junto a otras medidas de soporte necesarias. **DATOS FARMACÉUTICOS Incompatibilidades.** No se han descrito incompatibilidades con **Micetal Crema dérmica, gel, Solución dérmica y polvo.** Debido a los componentes grasos de la formulación, **Gine-Micetal** podría dañar la calidad de ciertos productos anticonceptivos de látex o caucho (preservativo, diafragma), lo que podría ocasionar pérdida de eficacia en la protección anticonceptiva. **Periodo de validez.** Micetal Crema dérmica 5 años. Micetal Solución dérmica, Micetal polvo dérmico y Micetal gel 3 años. Gine-Micetal 2 años. **Precauciones especiales de conservación.** Se recomienda almacenar **Micetal Gel y Micetal solución** a una temperatura no superior a 25°C. Micetal Crema dérmica, polvo y Gine-Micetal no precisan de condiciones especiales de conservación. **Instrucciones de uso y manipulación.** Para **Micetal Crema dérmica, polvo, gel y Gine-Micetal** no hay requerimientos especiales. En **Micetal Solución dérmica** se ha de destapar el tapón y apretar de forma reiterada el pulsador, orientando el difusor hacia la zona de aplicación. **PRESENTACIÓN Y PVP (IVA 4%) MICETAL Crema dérmica** al 1%. Tubo de 30 gramos: 7,43€; Tubo de 60 gramos: 13,50€. **MICETAL Gel** al 1%. Envase con 100 gramos: 7,43€. **MICETAL Solución dérmica** al 1%. Envase con 30 ml: 7,31€. **MICETAL Polvo Dérmico.** Frasco con 30 gramos: 7,49€. **Gine-Micetal.** Aplicador vía vaginal: 5,03€. **CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Con receta médica. Financiado por el Sistema Nacional de Salud con aportación normal.

**BIBLIOGRAFIA** 1- Merlos et al. Topical anti-inflammatory properties of flutrimazole, a new imidazole antifungal agent. *Inflamm Res* 1996; 45 (1): 20-5 2- Izquierdo, I et al. A bioadhesive vaginal cream formulation of flutrimazole: tolerance and vaginal retention study in healthy volunteers. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1995. 5 Suppl 1: S170 ( Abs P223)

