



Instituto Guatemalteco de
Seguridad Social

Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia

Micosis superficiales

Elaborado por
Grupo de Especialistas en
Medicina Interna

No. 184



**Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia
(GPC-BE) No. 184**

Micosis superficiales

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de Guías de Práctica Clínica Basadas en la
Evidencia

Este documento debe citarse como:

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia
(GPC-BE)

GPC-BE No. 184 “Micosis superficiales”

Edición 2025; págs. 48

IGSS, Guatemala.

Elaboración aprobada por:

Subgerencia de Prestaciones en Salud-IGSS

Oficio No. 6118 del 28 de abril de 2025

Revisión, diseño y diagramación:

Comisión de Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia;

Subgerencia de Prestaciones en Salud.

IGSS-Guatemala

ISBN: 978-99939-56-02-0

© Derechos Reservados-IGSS-2025

Se autoriza la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio, siempre que su propósito sea para fines docentes y sin finalidad de lucro a todas las instituciones del sector salud, públicas o privadas.



MSc. Edson Javier Rivera Méndez
Gerente

Doctor Francisco Javier Gódinez Jerez
Subgerente de Prestaciones en Salud

Grupo de desarrollo

Andrea Abigail Crasborn Mendez

Residente IV Medicina Interna
Hospital General de Enfermedades

Dania Odeth Monroy Linares

Residente IV Medicina Interna
Hospital General de Enfermedades

Comisión de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia

Dr. Rudy Manuel López y López

Jefe de Departamento Administrativo
Departamento de Medicina Preventiva

Dr. Edgar Campos Reyes

Departamento de Medicina Preventiva
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dra. Erika López Castañeda

Departamento de Medicina Preventiva
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dra. Ana Cristina Arévalo Díaz

Departamento de Medicina Preventiva
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Declaración de conflicto de interés

Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta guía tiene intereses particulares, es decir, económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.

Prólogo

¿En qué consiste la medicina basada en evidencia?

Puede resumirse como la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. La práctica clínica sin la aplicación adecuada de la experiencia clínica individual carecería de la flexibilidad necesaria para adaptarse a las necesidades específicas de los pacientes, y se convertiría en un enfoque rígido y poco efectivo. La falta de actualización constante en la investigación científica comprometería la vigencia y efectividad de la práctica clínica. En esencia, pretende aportar más ciencia al arte de la medicina y su objetivo consiste en contar con la mejor información científica disponible —la **evidencia**—, para aplicarla a la práctica clínica.

Por lo tanto, se puede afirmar que las **Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia** son documentos donde se plasman las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios incluyendo médicos, paramédicos, pacientes y público en general.

Los grados de recomendación son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el **nivel de evidencia** y determinan la calidad de una intervención y el beneficio neto en las condiciones locales (Tabla 1).

El nivel de evidencia clínica es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con resultados obtenidos de una intervención en salud. Se aplica a las pruebas o estudios de investigación, como puede verse en la tabla publicada por la Universidad de Oxford (Tabla 2).

Tabla 1. Significado de los grados de recomendación

Grado de recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable.
B	Recomendable favorable.
C	Recomendación favorable, pero no concluyente.
D	Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.
√	Indica un consejo de buena práctica clínica sobre el cual el grupo de desarrollo acuerda.

Nota. Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & Uceda Carrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad Andaluz de Traumatología y Ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

Tabla 2. Niveles de evidencia*

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual.
	1c	Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación (all or none**)
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	2b	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	3a	Revisión sistémica de estudios caso-control, con homogeneidad.
	3b	Estudios de caso control individuales.
C	4	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

Nota. Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & Uceda Carrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad Andaluz de Traumatología y Ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

* Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford.

**All or none (todos o ninguno): se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

En las Guías de Práctica Clínica publicadas por el IGSS, el lector encontrará, al margen izquierdo de los contenidos, el nivel de evidencia (1a hasta 5, en números y letras minúsculas) de los resultados de los estudios que sustentan el grado de recomendación de buena práctica clínica, que se anota en el lado derecho del texto (letras A, B, C, D y √, siempre en letras mayúsculas con base en la tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) sobre los aspectos evaluados. Las guías desarrollan cada temática seleccionada, con el contenido de las mejores evidencias documentadas luego de revisiones sistemáticas exhaustivas en lo que concierne a estudios sanitarios, de diagnósticos y terapéuticos farmacológicos y otras.

Las Guías de Práctica Clínica no pretenden describir un protocolo de atención donde todos los puntos deban estar incorporados sino mostrar un ideal para referencia y flexibilidad, establecido de acuerdo con la mejor evidencia existente.

Las Guías de Práctica Clínica Basada en evidencia que se revisaron para la elaboración de esta guía, fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por las siglas en inglés de Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe). Este evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la idoneidad de algunos aspectos de las recomendaciones, lo que permite ofrecer una valoración de los criterios de validez aceptados en lo que hoy es conocido como **“los elementos esenciales de las buenas guías”**. Estos incluyen la credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, multidisciplinariedad del proceso, actualización programada y documentación.

En el IGSS, el programa de elaboración de Guías de Práctica Clínica es creado con el propósito de ser una herramienta de ayuda en el momento de tomar decisiones clínicas. En una Guía de Práctica Clínica (GPC) no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular

procedimiento clínico, diagnóstico o de tratamiento, dependerá de cada paciente en concreto y de las circunstancias y valores que estén en juego. De ahí la importancia del propio juicio clínico.

Este programa también pretende disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ofrecer, tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria como a los del nivel especializado, un referente en su práctica clínica con el cual puedan compararse.

Para el desarrollo de cada tema se ha contado con el esfuerzo de los profesionales —especialistas y médicos residentes— que a diario realizan una labor tesonera en las diversas unidades de atención médica de esta institución, bajo la coordinación de la Comisión de Guías de Práctica Clínica (GPC-BE) que pertenece a los proyectos educativos de la Subgerencia de Prestaciones en Salud, con el invaluable apoyo de las autoridades del Instituto.

La inversión de tiempo y recursos es considerable, pues involucra muchas horas de investigación y de trabajo, con el fin de plasmar con sencillez y claridad los diversos conceptos, evidencias y recomendaciones que se dejan disponibles en cada uno de los ejemplares publicados.

Este esfuerzo demuestra la filosofía de servicio de esta institución, que se fortalece al poner al alcance de los lectores un producto elaborado con esmero y alta calidad científica, aplicable, práctica y de fácil revisión.

Las GPC-BE aportan información valiosa y actualizada, pero no son determinantes para la incorporación de medicamento, tratamientos o procedimientos innovadores. La solicitud de inclusión, modificación o exclusión de medicamentos al Listado Básico de Medicamentos del Instituto debe realizarse de acuerdo con la normativa institucional vigente.

El IGSS tiene el privilegio de poner al alcance de sus profesionales, personal paramédico y de todos los servicios de apoyo, esta guía con el propósito de colaborar en los procesos de atención a nuestros pacientes, en la formación académica de nuevas generaciones y de contribuir a la investigación científica y docente que se desarrolla en el diario vivir de esta institución.

Comisión de Guías de Práctica Clínica, IGSS, Guatemala, 2025

Índice

Introducción	01
Objetivos	03
Metodología	05
Contenido	07
Anexos	23
Glosario	25
Referencias bibliográficas	27

01

Introducción

La palabra “micosis” hace referencia a una enfermedad infecciosa causada por hongos. Las primeras referencias de las micosis superficiales datan del tiempo de los griegos, que les denominaban herpes por su aspecto circular. Desde aquellos tiempos han constituido una patología prevalente en dermatología.

Las micosis superficiales pueden ser producidas por levaduras y por dermatofitos, invaden estructuras queratinizadas, es decir, estrato córneo, pelo, uñas y/o mucosas.

Usualmente se usa la denominación de “oportunistas” para referirse a este grupo de hongos que viven normalmente en humanos y que tienen la capacidad de aumentar en cantidad y transformarse en patógenos bajo determinadas condiciones del huésped.

Los de mayor importancia en dermatología son *Cándida* spp. y *Malassezia* spp.; estas forman parte de la microbiota, se pueden aislar en pacientes normales y la infección es de origen endógeno.

En la presente guía se hace mención a las herramientas básicas para el manejo clínico de estas patologías en pacientes adultos, por parte del médico no especialista. Se señalan los aspectos más relevantes relacionados a esta patología, así como los medicamentos usados en los diferentes tratamientos orales y tópicos. Se sugieren también los criterios para la referencia a los especialistas en dermatología.

02

Objetivos

General

Elaborar una GPC de manejo sencillo que sirva como instrumento para ser usada por el personal de salud en cuanto al diagnóstico y manejo terapéutico del paciente con micosis superficial.

Específicos

- Definir los conceptos básicos acerca de la patología conocida como micosis superficial.
- Describir los rasgos fisiopatológicos de la enfermedad, así como sus factores de riesgo conocidos.
- Presentar los criterios diagnósticos y de clasificación empleados en el abordaje de un paciente con sospecha de micosis superficial.
- Desarrollar una herramienta sencilla y útil para estandarizar el diagnóstico y tratamiento.
- Fomentar la atención integral e integrada a la persona, familiares y a su entorno con una visión multidisciplinaria.

03 Metodología

Definición de preguntas

- ¿Cuál es la definición de micosis superficial?
- ¿Cuál es la presentación clínica de micosis superficial?
- ¿Cómo se realiza el diagnóstico de micosis superficial?
- ¿Cuál es el tratamiento de micosis superficial?

Criterios de inclusión de los estudios

- Estudios con fecha de publicación menor a cinco años, excepto los datos epidemiológicos de los cuales se cuenta con poca información actualizada.
- Estudios de investigación (tesis, GPC, estudios epidemiológicos, entre otros) que se adapten a la población guatemalteca.

Criterios de exclusión de los estudios

- Artículos y publicaciones que impliquen algún costo.

Estrategia de búsqueda: consultas electrónicas a las siguientes referencias: Google académico, www.pubmed.com, www.bjm.com, www.cochrane.org, www.clinicalevidence.com, www.hinary.org

Otras fuentes bibliográficas: revistas internacionales, libros de texto, Guías de Práctica Clínica, entre otras.

Palabras clave: Mycosis, tinea corporis, fermatophyte, tinea capitis, fermatophytosis, cándida, tratamiento tópico, tratamiento oral, epidemiología, clasificación de micosis.

Población diana: personas afiliados, beneficiarias y derechohabientes que asisten a las Unidades Médicas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Usuarios de la guía: profesionales médicos generales, residentes y especialistas, personal de enfermería y paramédico.

Implicaciones para la práctica: la presente GPC pretende establecer las bases científicas que permitan al usuario de la guía abordar de manera apropiada a todo paciente con sospecha de micosis superficial, en relación con su diagnóstico y terapéutica.

Fecha de la actualización, revisión y año de publicación de esta guía

Revisión 2025

Publicación 2026

04

Contenido

Micosis superficiales

Definición

Se denomina micosis a las infecciones producidas por un hongo. Dichas infecciones pueden ser superficiales o sistémicas. Las más habituales y menos graves son las superficiales, y suelen deberse a la proliferación de la microflora mucocutánea. (1)

Algunas condiciones, para su desarrollo son las siguientes:

- Especies de *Candida*, necesitan un microambiente húmedo y tibio.
- Especies de *Malassezia*, precisan un microambiente húmedo y lípidos para su crecimiento.
- Los dermatofitos infectan el epitelio queratinizado, los folículos pilosos y el aparato ungueal. Especies de *Trichosporon*, *Hortaea* (*Exophiala* o *Phaeoannellomyces*) *werneckii* se asocian a la tiña negra.

Candidosis

Muy a menudo es causada por el hongo *Candida albicans* y con menos frecuencia por otras especies de *Candida*. Pueden ser superficiales o profundas, con afección de la piel, las mucosas u órganos internos, y tener evolución aguda, subaguda o crónica. (1)

Tabla 3. Datos epidemiológicos

Germen identificado	Condición clínica asociada
<i>C. albicans</i>	Unidades de cuidados intensivos, catéteres intravasculares centrales, tratamiento antimicrobiano o con corticoides, cirugía
<i>C. parapsilosis</i>	Prematuridad, catéteres intravasculares, nutrición parenteral
<i>C. tropicalis</i>	Inmunodepresión, enfermedades neoplásicas
<i>C. glabrata</i>	Tratamiento previo con fluconazol, inmunodepresión grave
<i>C. krusei</i>	Tratamiento previo con fluconazol, inmunodepresión, enfermedades neoplásicas

Nota: tomado de Figueras C., et al. (5)

Tabla 4. Factores de riesgo asociados a lesiones micóticas

Factores de riesgo	Condiciones clínicas asociadas
Edad	Neonatos y lactantes, dado que la microflora y la inmunidad local que limitan su crecimiento están insuficientemente desarrollados
Cambios fisiológicos	Embarazo, alteraciones endocrinas o administración de esteroides
Uso de antimicrobianos	Alteración de la microflora bacteriana habitual
Desnutrición o alteración de la inmunidad	Hipovitaminosis, neoplasias y enfermedades o tratamientos que alteren la inmunidad celular
Alteración física de las barreras naturales del organismo	Uso de dispositivos externos como catéteres vasculares y peritoneales, prótesis valvulares o cualquier material que se coloque en el músculo, piel, torrente sanguíneo o sistema nervioso central
Otros	Nutrición parenteral, cirugía abdominal previa, ventilación mecánica, colonización por <i>Candida</i> en más de una localización

Nota: tomado de Figueras C., et al. (5)

Manifestaciones clínicas

Candidiasis cutánea

- **Intertrigo candidósico:** se manifiesta con prurito, hipersensibilidad y dolor. Las pústulas iniciales sobre una base eritematosa se erosionan y confluyen. Después, aparecen placas muy bien delimitadas, policíclicas, eritematosas y erosionadas con pequeñas lesiones pustulosas en la periferia (pustulosis satélite).

Distribución anatómica de las lesiones: inframamaria o submamaria, axilas y áreas inguinales, perineales y la hendidura interglútea. ⁽²⁾

- **Lesiones interdigitales:** son más frecuentes en obesos de edad avanzada. La pústula inicial se erosiona y se forma una lesión superficial o fisura. Puede acompañarse de paroniquia por Candida.
- Distribución anatómica: espacio interdigital, por lo general entre el tercer y el cuarto dedos de los pies, donde puede observarse maceración en el espacio interdigital. ⁽¹⁾
- **Dermatitis por el pañal:** se manifiesta con irritabilidad, molestia a la micción, la defecación o el cambio de pañales. Puede haber eritema, edema con lesiones papulosas y pustulosas; erosiones, descamación en forma de collar en los bordes de la lesión.
- Distribución: piel de genitales y perianal, superficies internas de muslos y nalgas.
Es frecuente también cuando la piel está cubierta, por ejemplo, bajo apósitos oclusivos, aparatos de yeso, o en la espalda de los pacientes hospitalizados. ⁽¹⁾
- **Candidiasis folicular:** pústulas pequeñas delimitadas en los orificios de los folículos pilosos. Por lo general, en piel cubierta.

- **Candidiasis bucofaríngea:** a menudo asintomática; sin embargo, puede haber sensación de ardor o dolor al comer condimentos y alimentos ácidos. Además, disminuye la sensación del gusto. Suele haber preocupación estética por el aspecto de requesón en la lengua, así como odinofagia. Esta puede ser la presentación inicial en los pacientes con infección por VIH. ^(1,4)
- **Candidiasis pseudomembranosa:** se manifiesta con partículas parecidas a “queso cottage” blancas (colonias de Candida) en cualquier superficie mucosa oral; tienen un tamaño variable de 1 a 2 mm hasta extensas y generalizadas. La eliminación con un apósito de gasa seca deja una superficie mucosa eritematosa.
- Distribución anatómica: dorso de la lengua, mucosa bucal, paladar duro y blando, faringe que se extiende hacia el esófago y el árbol traqueobronquial. ⁽⁴⁾
- **Candidiasis eritematosa o atrófica:** las lesiones aparecen en el dorso de la lengua que está liso, eritematoso y atrófico. También puede haber zonas de moniliasis. ⁽⁴⁾
- **Leucoplaquia candidósica:** lesión predominantemente blanquecina localizada en la mucosa oral que no puede ser caracterizada como ninguna otra lesión definida ni desde el punto de vista clínico, así como histológico. Llama la atención que no es posible la eliminación de las lesiones mediante el simple rascado, lo cual facilita distinguirla frente a la candidiasis pseudomembranosa, que sí es posible removerla con cierta facilidad.
- Estas lesiones representan la capacidad de transformación en un carcinoma oral de células escamosas (CE), porcentaje que oscila entre un 3 y un 17.5 %, por lo que su diagnóstico y manejo adecuando es particularmente importante. ⁽⁶⁾

- **Queilitis angular:** se presenta como intertrigo en las comisuras de los labios con eritema y erosión leve. ⁽⁴⁾
- **Candidiasis esofágica y traqueobronquial:** se asocia a la infección por VIH cuando el conteo de linfocitos CD4+ es bajo, por lo que se considera un trastorno definitorio de sida. Se presenta con odinofagia, que produce dificultad para ingerir alimentos y desnutrición. Durante la endoscopia suelen observarse lesiones pseudomembranosas. ⁽⁴⁾

Candidiasis genital

- **Vulvitis:** su inicio suele ser súbito, por lo general la semana previa a la menstruación. Los síntomas pueden recidivar antes de cada menstruación. Se presenta prurito, secreción vaginal, molestia vaginal, sensación de ardor vaginal, dispareunia y disuria externa. ⁽²⁾
- **Vulvovaginitis:** se puede manifestar con eritema y edema vaginal; con frecuencia hay placas blancas que pueden retirarse con frotación de la mucosa vaginal o cervicouterina. Así mismo, suele acompañarse de intertrigo candidótico de pliegues inguinales y perineo.
- Se presentan pústulas subcorneales en la periferia con bordes irregulares a su alrededor. En los pacientes crónicos se observa la mucosa vaginal glaseada y atrófica. ⁽¹⁾
- **Balanopostitis:** puede verse como una balanitis del glande y del saco prepucial con pápulas, pústulas y erosiones, lesiones maculopapulosas con eritema difuso. También puede manifestarse con edema, ulceraciones y fisuras en el prepucio. Por lo general se encuentra en varones diabéticos con placas blancas bajo el prepucio. ⁽²⁾

Exámenes complementarios

- **Microscopia directa:** la preparación con KOH permite visualizar las

seudohifas y las formas de hongos. ⁽¹⁾

- **Cultivo:** identifica especies de *Candida*; sin embargo, la presencia de *C. albicans* en cultivo no establece el diagnóstico de candidiasis. Se pueden efectuar pruebas de sensibilidad de la cepa a antimicóticos en casos de infección recidivante. Se descarta infección bacteriana secundaria. ⁽³⁾

Tratamiento farmacológico

Candidosis cutánea

Medidas preventivas	Agentes secantes para evitar la humedad y maceración. En los intertrigos es importante evitar la humedad, seguir medidas higiénicas, aplicar gasas de separación entre estructuras dérmicas en reparación. Es útil el uso de antisépticos secantes y antifúngicos como permanganato potásico o sulfato de cobre o sulfato de zinc al 1/1000.
Antimicóticos tópicos	Tópicos activos contra las especies de <i>Candida</i> : preparados azólicos (miconazol, ketoconazol, cotrimazol, eberconazol), ciclopirox, preparados poliénicos (nistatina, anfotericina B) o terbinafina en crema. Se aplican dos veces al día hasta dos semanas luego de la resolución clínica de las lesiones; si éstas persisten, se pueden utilizar antimicóticos por vía oral
Antimicóticos orales	La terapia oral antifúngica se usa en casos de extensión cutánea (fluconazol 150 mg en dosis única o 100 mg/día 7-14 días; itraconazol 100-400 mg/día dosis única o 7 días) o ciclopirox (este último con la ventaja añadida de que tiene actividad contra bacterias Gram positivas y Gram negativas)



Nota: tomado de Aguirre Urizar ⁽⁹⁾

Candidosis bucofaríngea

Medidas preventivas	Las medidas locales incluyen: medidas de higiene bucal (higiene de la prótesis dental y cepillado), reducción de los hidratos de carbono en la dieta, aunque esta medida tiene un efecto limitado en pacientes inmunocompetentes, sustitución de las prótesis inapropiadas, disminución de la xerostomía, control de la diabetes, de la neutropenia o de la ferropenia.
Antimicóticos tópicos	Los fármacos que se utilizan son polienos (nistatina, anfotericina B) y azoles (miconazol, clotrimazol, ketoconazol, fluconazol, itraconazol). En infecciones superficiales también se utilizan con éxito los antisépticos clorhexidina y violeta de genciana
Antimicóticos orales	La candidiasis oral infantil, suspensión de nistatina (250.000 U/ 6 horas, durante 7-10 días) o miconazol (100 mg/ 6 horas); en adultos, ketoconazol (200-400 mg/ 24 horas, durante 2-3 semanas), itraconazol (100-200 mg/ 24 horas, 2-3 semanas) o fluconazol (100-400 mg/ 24 horas, durante el mismo tiempo)

D

✓

Nota: tomado de Aguirre Urizar ⁽⁹⁾

Dermatofitosis

Definición

Micosis superficiales originadas por hongos parásitos de invaden las estructuras queratinizadas (estrato córneo, pelo y uñas). (7) Los dermatofitos pertenecen a los géneros *Trichophyton*, *Microsporum*, *Epidermophyton* y *Chrysosporium*, y constituyen hongos filamentosos pluricelulares capaces de adaptarse a diversas condiciones ambientales. ⁽⁷⁾

Epidemiología

La distribución de estas micosis es mundial. Son más frecuentes en zonas tropicales con climas cálidos y húmedos.

Afectan a ambos sexos y a todas las edades. La OMS estima que la frecuencia global es del 20-25% de la población general, dentro de la cual el 5-10% es causado por dermatofitos. ⁽⁸⁾

Su contagio puede realizarse a través de animales infectados (perros, gatos y otros no domésticos). Entre los patógenos más frecuentes destacan *T. rubrum* (hasta el 80%), *M. canis* (24%) y *T. tonsurans* (18%). ⁽⁸⁾

Clasificación

Clasificación anatomopatológica de las dermatofitosis		
Tiña de la piel pilosa	Tiña de la piel lampiña o glabra	Tiña de las uñas
Tiña de la piel cabelluda Tiña de la barba Tiña del bigote	Tiña de la cara Tiña del cuerpo Tiña inguinocrural Tiña de la mano Tiña del pie	Tiña unguium

Nota: elaborado por grupo de desarrollo.

Características clínicas

- **Tiña capitis:** es una infección de la piel cabelluda, pelo y anexos, generalmente causada por el género *Trichophyton* y *Microsporum*. Se caracteriza por placas eritematosas, escamosas y tonsurantes. Es más frecuente en la niñez (hasta el 98%). ⁽⁸⁾
- **Tiña de la barba y bigote:** se trata de una infección poco frecuente limitada a las áreas de pelo grueso de la barba y el bigote de los hombres. Afecta principalmente a adultos jóvenes que suelen tener contacto con animales. Generalmente causadas por el género *Trichophyton* *metagrophytes* y *verrucosum*.

La infección inicia como un área eritematosa pequeña que al crecer forma una placa eritematoescamosa. Los parásitos se forman en las bases de los pelos. ⁽⁷⁾

- **Tiña de la cara:** es una infección superficial por dermatofitos limitada a la piel glabra de la cara, generalmente causada por *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton metagrophytes*, *Microsporum canis* y *Microsporum nanum*.
- Afecta a cualquier grupo de edad; es más frecuente en los niños, adultos jóvenes, y las mujeres. Se caracteriza por una o varias placas eritematosas o serpiginosas, discretamente escamosas, de borde definido papular o vesiculopustuloso, acompañadas de prurito. Afecta mejillas, nariz, región periorbital, mentón y frente. ⁽⁷⁾
- **Tiña del cuerpo:** infección superficial de la piel lampiña causada por los géneros *Trichophyton*, *Microsporum* y *Epidermophyton*. Constituye la variedad topográfica más frecuente de todas las tiñas.

La presentación clínica frecuente consiste en la aparición de las placas circulares eritematoescamosas con bordes de progresión elevados, que crece en forma excéntrica y un centro más pálido que representa la resolución de la infección. Pueden presentarse lesiones únicas o múltiples; el prurito y el grado de inflamación son variables. ⁽⁸⁾

- **Tiña de la ingle:** infección fúngica ocasionada por dermatofitos. Afecta las regiones de los genitales, pubianas y zonas perineales, así como perianales. Los agentes etiológicos más frecuentes son *T. rubrum*, *metagrophytes* y *E. floccosum*. Puede afectar a pacientes de ambos sexos, pero es más frecuente en hombres y suele transmitirse a través de la ropa contaminada o mediante autoinoculación desde lesiones en otras partes del cuerpo.

Las lesiones constituyen placas eritematoescamosas y papulosas circinadas con bordes bien definidos y actividad periférica; suelen ser lesiones bilaterales, no necesariamente simétricas, y suelen acompañarse de prurito. ^(7,8)

- **Tiña de los pies:** infección dermatofítica que suele afectar los pies, generalmente los pliegues interdigitales, plantas y esporádicamente, el dorso.

Los agentes más frecuentes son *T. rubrum*, *T. metagrophytes*, *Epidermophyton floccosum* y *T. metagrophytes* variedad *Interdigitale*. El medio de contagio generalmente es a través de duchas, piscinas, vestuario y saunas contaminados. La forma de presentación clínica incluye interdigital, dishidrótica (vesicular), hiperqueratósica (escamo-hiperqueratósica), tipo mocasín y mixta. ^(7,8)

- **Tiña de las manos:** dermatofitosis superficial de la piel de las manos. Esta afección es causada principalmente por especies de *Trichophyton*; el más frecuente, *T. rubrum*. Es más común en los hombres de la edad adulta. La presentación clínica de esta dermatofitosis es variada, yendo desde hiperqueratosis difusa hasta reacciones inflamatorias caracterizadas por placas papulo-vesiculosas.

Generalmente es unilateral, pero en las formas graves puede ser bilateral. ^(7,8)

- **Tiña ungueal:** es un padecimiento frecuente caracterizado por tener evolución crónica y ser asintomática. Se caracteriza por manifestarse con hiperqueratosis subungueal, onicolisis y destrucción de la lámina.

Es más común en la edad adulta y generalmente en pacientes con comorbilidades inmunosupresoras como diabetes mellitus e inmunodeficiencia adquirida.

El patógeno más frecuentemente aislado es *T. rubrum*, hasta en un 85%, y suele diseminarse a través de tiñas ubicadas en otras áreas del cuerpo. ^(7,8)

Tratamiento farmacológico

Tratamiento de las dermatofitosis

Tiña de la piel pilosa

La griseofulvina es el tratamiento de primera elección en el tratamiento de la tiña capitis por su acción fungistática. Su administración es exclusivamente oral.

B

**(piel cabelluda,
barba, bigote)**

Ya que su absorción gastrointestinal puede ser dificultosa, se recomienda su forma micronizada (20-25 mg/kg/día) o ultramicronizada (15 mg/kg/día) durante 6-12 semanas, así como su administración junto a alimentos grasos.

Tiña del cuerpo

En las formas comunes es suficiente con medicamento de aplicación tópica 1 o 2 veces al día, durante 2 a 4 semanas. Puede emplearse tonalfato, ácido undecilénico, miconazol, clotrimazol, ciclopiroxolamina, terbinafina y tioconazol.

En ocasiones, en donde existe gran componente inflamatorio o mala respuesta a tratamiento tópico es necesario el uso de medicamentos de uso sistémico en las siguientes dosis:

Adultos:

- Fluconazol 150 mg/semana, durante 4-6 semanas.
- Itraconazol 100 mg/día x 2 semanas.
- Terbinafina 250 mg/día x 2 semanas.
- Griseofulvina 500 mg/día de 2-6 semanas.

Niños:

- Griseofulvina ultramicronizada 10-20 mg/kg/día x 6 semanas.
- Itraconazol 5 mg/kg/día x 2 semanas.
- Terbinafina 3-6 mg/kg/día de 2-6 semanas.

Tiña de las manos

Cuando existe forma hiperqueratósica se sugiere utilizar queratolíticos de aplicación tópica, como ácido salicílico+colodión+ácido láctico y/o urea, durante 4-6 semanas.

Tratamiento tópico:

Azoles: miconazol, clotrimazol, ketoconazol, isoconazol, sulconazol, bifonazol; por un tiempo mínimo de 4 semanas.

Tratamiento alternativo (en casos refractarios a tratamiento tópico):

Adultos:

- Terbinafina 250 mg/día x 2 semanas.
- Itraconazol 200 mg 2 veces/día x 1 semana.
- Fluconazol 150 mg/semana, durante 3-4 semanas.

Niños:

- Itraconazol 5 mg/kg/día x 2 semanas.

Tiña ungueal

Cuando la afección fúngica llega a la matriz ungueal el tratamiento podrá ser por vía sistémica únicamente o en combinación con algún medicamento de uso tópico.

Tratamiento sistémico:

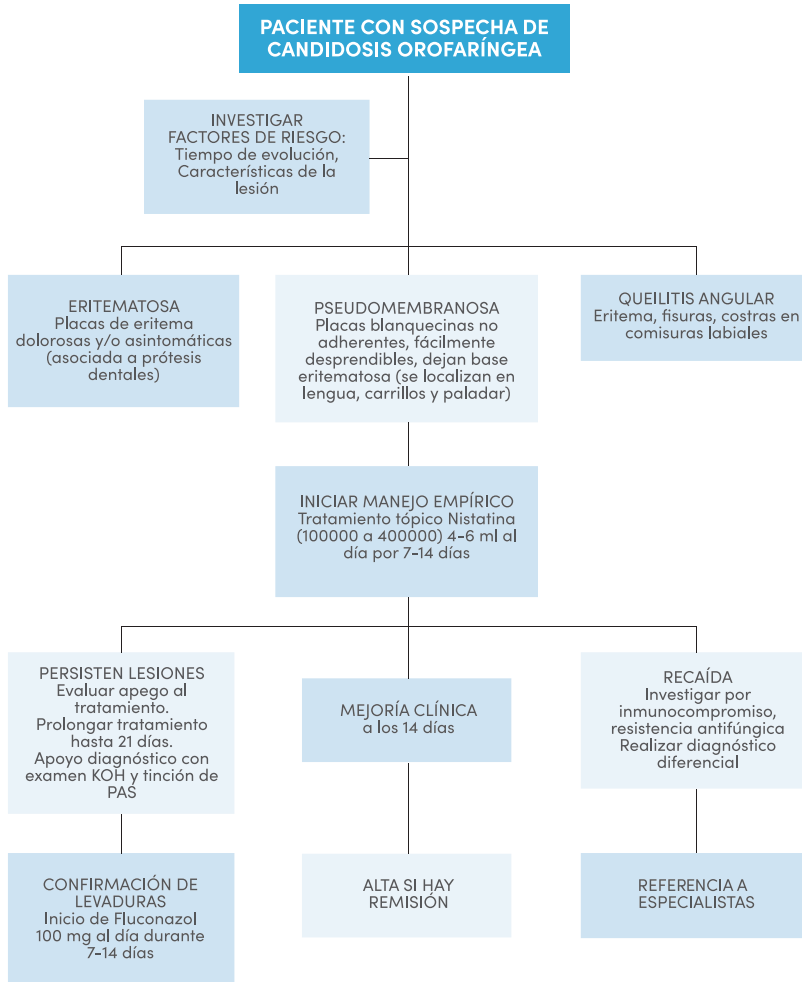
- Terbinafina 250 mg/día x 6 semanas en manos y durante 12 semanas en pies.
- Itraconazol 200 mg/día x 2 meses en manos y 3 meses en pies.
- Fluconazol 150-300 mg/semana, durante 3-12 semanas. En onicomycosis refractarias a tratamiento indicar 450mg/semana.

Tratamiento tópico:

- Ciclopirox (laca 8%) aplicar diario durante 48 semanas.
- Amorolfina (laca 5%) aplicar 1-2 veces por semana durante 6 meses en manos y durante 9-12 semanas en pies.

Nota: elaborado por grupo de desarrollo.

05 Anexos



Nota: elaborado por grupo de desarrollo.

06 Glosario

Azoles: Fármacos que inhiben la enzima 14α -esteroldemetilasa e impiden la unión de ergosterol; esto altera la estructura y función de la pared celular fúngica.

Edema: Hinchazón, acumulación de líquidos en los tejidos.

Hiperqueratosis: Aumento del grosor de la capa córnea de la piel.

Micosis: Enfermedad infecciosa causada por hongos.

Pápula: Lesión elemental de la piel consistente en una elevación sólida menor de 1 cm y bien delimitada.

Prurito: Sensación que induce al rascado.

Queratina: Proteína fibrilar

Sabouraud, agar de: Medio de cultivo que contiene peptona y dextrosa.

Tiña negra: Micosis cutánea causada por *Hortaea werneckii*. Es poco frecuente, limitada a países tropicales o subtropicales.

Leucocitos CD4: Tipo de glóbulos blancos. También conocidos como linfocitos T4 o “célula T auxiliar”.

Piel glabra: Piel que carece de pelo o cabello, especialmente en una superficie que normalmente lo posee

Referencias bibliográficas

1. **Wolff, K., Johnson R.A., Saavedra,A.P., & Roh, E.K.** (2017). Fitzpatrick's color atlas, 8th ed (8th ed.). McGraw hill / medical.
2. **Arenas, R.** **Dermatología atlas diagnóstico y tratamiento (7a ed.).** (2019) Mcgraw-hill.
3. **Nardin M.E., Pelegri D.G., Manias V.G., Méndez E. de los A.** **Agentes etiológicos de micosis superficiales aislados en un Hospital de Santa Fe, Argentina. Revista Argentina de Microbiología** (2006) 38: 25-27. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-75412006000100006&script=sci_arttext
4. **Holmstrup, P. & Bessermann, M.** Clinical, therapeutic and pathogenic aspects of chronic oral multifocal candidiasis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1983; 56: 388–95. doi: 10.1016/0030-4220(83)90349-3.
5. **Figueras, C.,** Díaz de Heredia, C., García, J.J., Navarro, M., Ruiz-Contreras, J., Rossich, R., Rumbao J, et al. The Spanish Society of Paediatric Infectious Diseases (SEIP) recommendations on the diagnosis and management of invasive candidiasis. An Pediatr 2011;74(5): 337.e1-337.e17.
6. **Martorell-Calatayud,A.,Botella-Estrada,R.,Barragán-Sebastián, J.V., et al** (2009). La leucoplasia oral: definición de parámetros clínicos, histopatológicos y moleculares y actitud terapéutica. Actas Dermo-Sifiligráficas. DOI: 10.1016/S0001-7310(09)72280-X
7. **Documento de consenso SEIP-AEPap-SEPEAP** sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones cutáneas micóticas de manejo ambulatorio. (2016). Rev Pediatr Aten Primaria. <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2012/pdf/Vol80-2-2012-8.pdf>

8. **Suárez-Valle, A., Domínguez-Santás, M., Guimaraens, B. D., & González, M. M.** (2022). Protocolo diagnóstico y terapéutico de las infecciones fúngicas de la piel. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(47), 2769-2774. <https://doi.org/10.1016/j.med.2022.01.007>
9. **Aguirre Urizar, J.M.** **Candidiasis orales.** *Rev Iberoam Micol* 2022;19: 17.21. <https://www.reviberoammicol.com/2002-19/017021.pdf>



Instituto Guatemalteco de
Seguridad Social

7ª avenida 22-72 zona 1
Centro Cívico, Ciudad de Guatemala
Guatemala, Centroamérica
PBX: 2412-1224
www.igssgt.org



ISBN: 978-99939-56-02-0



9 789993 956020