

DERMATOFITOSIS O TIÑAS

DERMATOFITOSIS	CLÍNICA	TÓPICO	ORAL
1. TINEA CAPITIS 2. Tiña de la barba	Tonsurante (no inflamatoria). Placas descamativas sin cicatriz. Querion de Celso (inflamatoria). Placa muy inflamatoria con cicatriz. 1. Diagnóstico diferencial: dermatitis seborreica, atópica, psoriasis, alopecia areata. 2. Diagnóstico diferencial: folliculitis bacteriana, acné, rosácea.	Champú de sulfato de selenio + tratamiento oral.	Griseofulvina. Niños: 15-20 mg/kg/día. Adultos: 0.5-1g/día/6-8 semanas. Terbinafina 250 mg/d/4-6 semanas. Itraconazol 200 mg/d/5 semanas.
3. TINEA CORPORIS 4. TINEA CRURIS	3. Herpes circinado con crecimiento centrífugo. Diagnóstico diferencial: dermatitis de contacto, atópica, psoriasis, pitiriasis, LES, eccema numular. 4. En pliegues genito-crurales, placas bilaterales eritematodescamativas. Asociado a <i>tinea pedis</i> . Diagnóstico diferencial: candidiasis, psoriasis en placas, eritrasma.	Imidazólicos 1/12 h/3-4 semanas (clotrimazol, bifonazol) o terbinafina 1/12 h/3-4 semanas.	Terbinafina 250 mg/d/1-2 semanas. Itraconazol 100 mg/d/1 semana. Fluconazol 150 mg/semana/1-2semanas.
5. TINEA MANUUM 6. TINEA PEDIS	5. Placa unilateral descamativa y crecimiento centrífugo. 6. Espacios interdigitales de pies. Con maceración y fisuras. Diagnóstico diferencial: eccema irritativo, psoriasis, dishidrosis, dermatitis de contacto.		Igual que <i>corporis/cruris</i> , pero fluconazol 150 mg/semana/2-4 semanas.
ONICOMICOSIS (80% per tinea)	Onicomicosis subungueal distal y lateral/onicomicosis blanca superficial/onicomicosis subungueal proximal. Diagnóstico diferencial: infección bacteriana, psoriasis, onicogriposis, traumatismo.	Tioconazol 28%/1-2 v/semana. Amorolfina 5%/1-2 v/semana. Ciclopiroxolamina 8%/1v/día. Tratamiento durante 6 meses manos y 9-12 meses pies.	Oral si: > 2 uñas, afectación matriz ungueal o ID. Terbinafina 250 mg/día. Itraconazol 200 mg/día (6 semanas manos y 12 semanas pies). Fluconazol 150 mg/semana/3-6 meses.
PITIRIASIS VERSICOLOR (Malassezia furfur)	Lesiones maculares descamativas en mitad superior del tronco, hipo o hiperpigmentadas. Diagnóstico diferencial: hipopig.: vitiligo, psoriasis, dermatitis atópica. Hiperpig.: dermatitis seborreica, pitiriasis rosada Gilbert.	Champú de sulfuro de selenio 2,5% o ketoconazol gel: 10 min/d/1 semana. Clotrimazol crema 1%/1/12 h/2 semanas.	Oral si: fracaso tratamiento tópico, extensión o recurrencias. Itraconazol, fluconazol o ketoconazol: 400 mg dosis única.

ID.: inmunodeprimidos; hipopig.: hipopigmentadas; hiperpig.: hiperpigmentadas.

ERITRASMA

ENTIDAD	ETIOLOGÍA	CLÍNICA	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	TRATAMIENTO
ERITRASMA	<i>C. minutissimum</i>	Placas eritematosas o amarillentas, bien delimitadas y finamente escamosas. Localización en grandes pliegues: axilar, inguinal y submamario. Asintomáticas, hallazgo casual. Factores predisponentes: diabetes mellitus, obesidad, humedad.	Tiñas. Psoriasis invertida. Intertrigo candidiásico. Dermatitis de contacto. Dermatitis seborreica. Neurodermitis.	Tratamiento con: clotrimazol, ácido fusídico o eritromicina tópicos 2 v/d/15 días. Casos extensos y recidivas: eritromicina oral 250-500 mg/6 h/10 días. Clarithromicina 1 g monodosis.

CANDIDIASIS MUCOCUTÁNEAS

CLASIFICACIÓN	TIPOS	CLÍNICA	TRATAMIENTO TÓPICO	TRATAMIENTO ORAL
CUTÁNEA	1. Candidiasis del pañal. 2. Candidiasis grandes pliegues. 3. Candidiasis interdigital.	Afectación de pliegues con placa eritematosa bien definida, borde geográfico descamativo con lesiones satélite, en el fondo del pliegue hay fisura que causa prurito. Diagnóstico diferencial: 1) Dermatitis irritativa del pañal. 2-3) <i>Tinea cruris/pedis</i> , psoriasis invertida, eritrasma.	1.º Secar la lesión: fomentos PgK 1/10.000/3-5 v/día. 2.º Lesión seca: crema/ polvo de: nistatina o azoles 1%/12 h/15 días.	Itraconazol 100 mg/día/7-15 días. Fluconazol 150 mg/día/15 días.
ORAL	Candidiasis de mucosa oral (muguet)	Placas blanquecinas, se desprenden con el rascado y dejan base eritematodescamativa. Diagnóstico diferencial: leucoplasia, liquen plano, carcinoma.	Nistatina (susp.; crema) 1 v/6 h/15 días o miconazol gel 2%/1 v/6 h/15 días.	Fluconazol 150 mg/día/5-10 días.
	Queilitis candidiásica	Placa eritematosa con fisura en comisura bucal. Diagnóstico diferencial: boquera bacteriana.		
GENITAL	Vulvovaginitis candidiásica	Genitales eritematosos con leucorrea blanquecina y cremosa. Diagnóstico diferencial: infección por gonorrea/tricomonas, psoriasis, dermatitis de contacto, liquen escleroso y atrófico.	Clotrimazol o miconazol crema y 100 mg/día/7 días en óvulos vaginales.	Fluconazol 150 mg dosis única. No es necesario tratar a la pareja si está asintomática.
	Balanitis candidiásica	Placa-erosiones eritematosas circunscritas y depósito blanquecino en prepucio/glande. Diagnóstico diferencial: herpes genital, psoriasis, liquen plano, eritroplasia Queyrat.	Clotrimazol o miconazol crema 1/día/7 días.	
ANEJOS CUTÁNEOS	Foliculitis candidiásica	Más frecuente en ADVP/inmunodeprimidos. Pústulas y costras amarillentas en la zona de la barba.	No	Itraconazol o ketoconazol 400 mg/día/7 días.
	Onicomicosis candidiásica	5% de onicomicosis. Edema periangueal con exudado blanco-amarillento subungueal. Diagnóstico diferencial: onicomicosis por <i>tinea cruris</i> , psoriasis.	Si < 50% uñas: amorolfina 5%/1-2 v/semana/6-12 meses, o ciclopiroxolamina 8%/1v/día/3-6 meses.	Si > 2 uñas o afectación de matriz: fluconazol 150 mg/semana/6-12 semanas.

INFECCIONES POR VIRUS

ENTIDAD	ETIOLOGÍA	CLÍNICA	TRATAMIENTO
HERPES SIMPLE Facial/Corporal/Genital	Virus herpes simple 95% VHS 1, 5% VHS 2 10% VHS 1, 90% VHS 2	Vesículas agrupadas, dolor. Autolimitado, recidivante. Primoinfección asintomática. Primer episodio: vesículas → úlceras y adenopatías dolorosas. Infección recurrente.	Aciclovir tópico: no evidencia científica. Soluciones antisépticas-astringentes*. Aciclovir 200 mg/5 v/7 días si primoinfección, (gingivostomatitis), afectación grave o riesgo de queratit. Alternativas: famciclovir 250 mg/8 h/7 días. Valaciclovir 1 g/12 h/7 días. Aciclovir 400 mg/12 h/6 meses (recidivas > 6 episodios al año).
HERPES ZÓSTER	Virus varicela zóster	Exantema vesículoampoloso en dermatoma. Dolor o parestesias. Unilateral. Torácico (62%), oftálmico, ganglio geniculado, cervical, sacro, diseminado. Puede acompañarse de neuralgia postherpética.	Antivirales tópicos: no indicados. Soluciones astringentes (agua de Burow, permanganato potásico al 1/10.000). Aciclovir 800 mg/5 v/día/7 días. Famciclovir 250 mg/8 h/7 días. Valaciclovir 1 g/8 h/7 días. Brivudina 125 mg/día. Indicaciones: > 50 años, diabetes, herpes oftálmico, herpes ótico (Ramsay-Hunt), gingivostomatitis, erupción severa. Herpes oftálmico: derivación urgente oftalmólogo. Inmunodeprimidos y casos graves derivar al hospital.
MOLLUSCUM CONTAGIOSUM	<i>Poxvirus</i>	Pápulas sobrelevadas 2-5 mm, umbilicadas, afectan sobre todo pliegues y genitales (adultos con actividad sexual). En cara sospechar VIH.	Se resuelven espontáneamente en meses-años. Curetaje. Podofilotoxina al 0,5/12 h: 3 días seguidos. Repetir en 3 semanas.
VERRUGAS**	Papilomavirus (en piel)	Hiperplasia epitelial delimitada. Tipos: vulgares, planas, plantares.	Preparados de ácido salicílico (al 16% manos y al 40% plantas) y ácido láctico. Retinoides tópicos. Imiquimod. Crioterapia con nitrógeno líquido o 5-FU. Fácil recidiva. Evitar ser agresivos en el tratamiento, tanto por las cicatrices residuales como por la evolución natural a la curación en 2 a 6 años.
CONDILOMAS	Papilomavirus (en mucosas)	Pápulas que confluyen en forma de coliflor en pliegues. Otras formas: verrugas queratósicas, pápulas/placas planas. Serotipos 16, 18***, 31, 33, 45, 52, 56, 58 son alto riesgo para desarrollar cáncer de cérvix.	Se deben eliminar todas las lesiones papilomatosas. Podofilino, imiquimod, curetaje, crioterapia. En la mayoría de los casos debe derivarse para el tratamiento.

* Sulfato de zinc o de cobre al 1/1.000 en forma de fomentos.

** No confundir con acrocordeones, queratosis seborreica, durezas, callos o nevos verrugosos.

*** La vacuna actual incluye los serotipos 16 y 18.

BIBLIOGRAFÍA

Documento consenso de infecciones de piel y partes blandas. Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas. Vol 8. Supl 3. 2007. Disponible en: <http://www.saei.org>
España A, Redondo P. Actualización en el tratamiento del herpes zóster. Actas Dermosifiliogr 2006; 97:103-14.
Gallo Vallejo F.J., Sánchez Ortega C, Gallo Padilla L. Verrugas. AMF 2010;6 (5): 279-283.
González-Pedraza A, Ortiz Zaragoza C, Inzunza Montiel AE, Raúl Ponce-Rosas E. Aten. Primaria 1998; 21:395-8.
Guía de tratamiento de las infecciones de piel y tejidos blandos. Guía terapéutica. Rev Esp Quimioterap, diciembre 2006; 19(4):378-394.
Martin JM, Villalón G, Jordá E. Actualización en el tratamiento del herpes genital. Actas Dermosifiliogr 2009 (100):22-32.
Mitchell H. Vaginal discharge-causes, diagnosis and treatment. BMJ 2004; 328:1306-08.
Nieto Pomares M, Muñoz González F, Guereña Tomás MJ. Infecciones cutáneas. AMF 2010; 6(2):62-71.
Palop Larrea V, Martínez-Mir L. Tratamiento empírico de las infecciones. Guías Clínicas 2004; 4(33). www.fisterra.com/guías2/empirico.htm
Senan MR, Andreu M, Arangude V, Ballester M, Casanova JM, Cereijo AC et al. La Piel. AMF 2005; 1(4):183-242.
Stevens DL et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft-tissues infections. Clin Infect Dis 2005; 41:1373-1406.
www.dermatoweb.net
www.danderm-pdv.is.kkh.dk

Tratamiento de las infecciones dermatológicas en Atención Primaria

Miguel Perona Pagán
Teresa Sayrol Clois
Ester Valle Cruells

Grupo de Dermatología. CAMFiC


Fundación de Atención Primaria

INFECCIONES BACTERIANAS EPIDÉRMICAS

ENTIDAD	ETIOLOGÍA	CLÍNICA	TRATAMIENTO
IMPÉTIGO	<i>S. pyogenes</i> (A) <i>S. aureus</i> (poco)	Niños. Verano. Vesículas claras, costra melicérica. Contagio afectados y portadores. Complicaciones: glomerulonefritis postestreptocócica. Diagnóstico diferencial: herpes simple, varicela, tiña, pénfigo, picaduras, epidermolisis ampollosas.	Tópico: ácido fusídico o mupirocina 3 v/día/7 días, retapamulina 2 v/día/5 días. Oral: si mucha extensión, amoxicilina-ácido clavulánico 25-40 mg/kg/día/8 h (niños). Amoxicilina-ácido clavulánico 500 mg/8 h/10 días. Alérgicos: clindamicina 300 mg/6-8 h/10 días.
IMPÉTIGO AMPOLLOSO	<i>S. aureus</i>	Ampollas grandes en grandes pliegues, áreas exudativas y costrosas.	Cloxacilina 500 mg/6 h/10 días. Ácido fusídico 250-500 mg/12 h/10 días.
ECTIMA	<i>S. pyogenes</i> (A)	Lesión ulcerada con costra en piernas. Lesión previa. Causas: mala higiene, humedad. Diagnóstico diferencial: úlcera vascular, picadura, micosis, sífilides ulceradas.	Amoxicilina 500 mg/8 h/15 días. Alérgicos: eritromicina 500 mg/6 h o clindamicina 300 mg/6-8 h/15 días.
ECTIMA GANGRENOSO	<i>P. aeruginosa</i>	Úlcera necrótica por ampolla hemorrágica. Inmunodeprimidos.	Hospitalario: cefalosporinas de 3.ª generación i.v.



INFECCIONES BACTERIANAS SECUNDARIAS

TIPO LESIÓN	ETIOLOGÍA*	TRATAMIENTO**
Quistes, abscesos, herida quirúrgica, forúnculo, catéter, úlcera venosa	<i>S. aureus</i> .	Cloxacilina 500 mg/6 h. Alérgicos: clindamicina 300 mg/6 h o eritromicina 500 mg/6 h.
Inmunodepresión, ADVP	<i>S. aureus</i> , BGN, polimicrobiana.	Amoxicilina-ácido clavulánico 500 mg/8 h.
Agua de río o mar	Aeromonas, <i>vibrio</i> sp.	Cefalosporina de 3.ª generación o quinolonas.
Úlceras vasculares (pie diabético). 14 días de tratamiento	Leves: monomicrobianas (<i>S. aureus</i> , estreptococos y enterobacterias). Graves: polimicrobianas (BGN, CGP, anaerobios).	Leves: amoxicilina-ácido clavulánico, clindamicina o cefalosporina de 1.ª generación. PMC: ciprofloxacino 750 mg/12 h + clindamicina o metronidazol. Grave: derivar al hospital.
Úlceras por presión	Polimicrobianas: CGP, enterobacterias y BGN.	PMC: ciprofloxacino 750 mg/12 h + clindamicina o metronidazol. Grave: derivar al hospital.
Mordedura humana	<i>S. viridans</i> , <i>S. aureus</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>E. corrodens</i> .	Amoxicilina-ácido clavulánico 500 mg/8 h.
Mordedura de perro o gato	<i>Pasteurella (multocida o canis)</i> , <i>S. aureus</i> , anaerobios.	Amoxicilina-ácido clavulánico 500 mg/8 h.

* **Diagnóstico:** realizar buena exploración de la herida y descartar lesión subyacente. Si podemos cultivar pus o tejidos desbridados.

** **Normas generales:** lavado con solución salina, desbridamiento y limpieza del tejido desvitalizado.

Antisépticos con precaución (retrasan epitelización).

No se aconseja la utilización de antibióticos tópicos (sensibilización).

Desbridar abscesos fluctuantes, no hace falta antibioterapia posterior.

Las mordeduras no se tienen que suturar por el riesgo de infección, aunque en la cara, cuello y manos se puede hacer.

Valorar estado de vacunación antitetánica. En caso de mordedura, estado de controles veterinarios del animal.

En lesiones extensas, celulitis y afectación del estado general, se pautarán antibióticos sistémicos y valoraremos derivación hospitalaria.

INFECCIONES BACTERIANAS DE LOS ANEJOS

ENTIDAD	ETIOLOGÍA	CLÍNICA	TRATAMIENTO
FOLICULITIS* SICOSIS barba	<i>S. aureus</i> coagulasa positivo	Pústulas foliculares favorecidas por oclusión y maceración en la cara, pelo cabeza y extremidades. Prurito leve inicial.	Antisépticos. Sicosis barba: ácido fusídico o mupirocina tópico. Foliculitis profunda, gran extensión o resistencia al tratamiento: amoxicilina-ácido clavulánico. 500 mg/8 h, cloxacilina 500 mg/8 h o ácido fusídico 250 mg/12 h/7-10 días.
FOLICULITIS POR PSEUDOMONA*	<i>P. aeruginosa</i>	Foliculitis de piscina (1-4 días tras el baño). Lesiones pruriginosas y urticariformes.	Ácido acético 5%.
FORÚNCULO*	<i>S. aureus</i> coagulasa positivo	A partir de foliculitis nódulo inflamatorio doloroso.	Antisépticos. Forunculosis repetición: tratar estado portador. Mupirocina 2 v/día/5 días/mes.
ÁNTRAX*	<i>S. aureus</i> coagulasa positivo	Tejido subcutáneo espalda y cuello. Fiebre, dolor y MEG.	Drenar ántrax. Cloxacilina 500 mg/6 h o ácido fusídico 250-500 mg/12 h/10 días.
PARONQUIA	<i>S. pyogenes</i> <i>P. aeruginosa</i> (uña verde)	Eritema, dolor, edema y supuración pliegue periungueal proximal. Manos mojadas.	Tópico: ácido fusídico o mupirocina. Oral: si extensa. Cloxacilina 500 mg/6 h/7 días +/- drenaje.
HIDROSADENITIS SUPURATIVA	<i>S. aureus streptococos</i> BGN y anaerobios	Zona ano-genital en hombres. Zona axilar en mujeres. Factores predisponentes: calor, obesidad, tabaco. Uno o varios nódulos inflamatorios, dolorosos y que drenan espontáneamente. Curso recidivante.	Evitar factores irritantes locales. Liciones antisépticas (solución alcohólica aluminio 6%). Tratamiento sistémico: antibióticos, retinoides, hormonas, inmunosupresores. Si extensión importante o recidivas: tratamiento quirúrgico, láser CO ₂ , radioterapia, crioterapia.

* **Diagnóstico diferencial:** foliculitis por candida, dermatofitos, lupus cutáneo crónico, rosácea, carbunco.



INFECCIONES BACTERIANAS HIPODÉRMICAS

ENTIDAD	ETIOLOGÍA	CLÍNICA	TRATAMIENTO
ERISPELA	<i>S. pyogenes</i> (A)	Subcutánea superficial. En piernas y cara. Eritema, edema y dolor intensos, linfangitis. Fiebre y MEG. Adenopatías regionales. Puerta entrada: intertrigo pies, ragadias, erosión retroauricular. Diagnóstico diferencial: celulitis, angioedema, tromboflebitis, paniculitis, erisipeloide, dermatitis de contacto.	Elección: cloxacilina 500 mg/6 h/10-14 días. Clínica importante: penicilina procaina 1.200.000 UI/12 h i.m., v.o. si mejoría en 48 h. Mala evolución, extensa y enfermedad base valorar ingreso. Alérgicos: clindamicina, levofloxacino.
CELULITIS	<i>S. pyogenes</i> (A)	Subcutánea profunda. Placa mal delimitada. Adenopatía regional. Valorar signos de necrosis (dolor, crepitación, ampollas, flictenas) y afectación del estado general para descartar fascitis necrotizante.	Mismo que erisipela. Amoxicilina-ácido clavulánico 500 mg/8 h/15 días. Si: sintomática o puerta de entrada por mordedura o ADVP. Alérgico: clindamicina 150-300 mg/6 h/10 días. Celulitis orbitaria: derivación hospitalaria.
ERISPELOIDE	<i>E. rhusopathiae</i>	Placa violácea con dolor, bien delimitada. Dedos o manos. Manipuladores de carne o pescado.	Penicilina benzatina 1,2 millones UI i.m. dosis única. Fenoximetilpenicilina/6 h o eritromicina/6 h o doxicilina/12 h/10 días.
FASCITIS NECROTIZANTE	<i>S. pyogenes</i> y anaerobios	Necrosis progresiva del tejido subcutáneo hasta fascia profunda. Dolor intenso y MEG.	Derivación hospitalaria para desbridamiento y tratamiento i.v.



PARASITOSIS MÁS FRECUENTES

ENTIDAD	ETIOLOGÍA	CLÍNICA	TRATAMIENTO
ESCAPIOSIS (sarna)	<i>Sarcoptes scabiei</i> *	Pápulas generalizadas con distribución irregular. Prurito sobre todo nocturno. Las lesiones más frecuentes son las secundarias al rascado. Las típicas: surco y perla acarina en manos, muñecas, axilas, genitales**.	Normas generales: tratar contactos íntimos, lavar la ropa. Permetrina 5% crema: desde el cuello a los pies dejar 8-12 h. Repetir tratamiento en 1 semana. Embarazadas y < 2 meses: pasta agua azul 20%.
PEDICULOSIS	<i>Phytirus pubis</i> * <i>Pediculus humanus: corporis, capitis</i>	Prurito por la picadura. Observación microscópica del piojo o «liendre».	Loción permetrina al 1,5%, piretrinas en loción o champú. Dimeticona (su mecanismo es físico y actúa como una silicona que engancha los piojos y las liendres).

* Contagio por contacto directo.

** Respetar la cabeza.



Fundación de Atención Primaria

Con el patrocinio de:

