

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE REFERENCIA RAPIDA **GRR**

Diagnóstico y Tratamiento de **TIÑA Y ONICOMICOSIS** en el Primer Nivel de Atención

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-086-08**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

B35-B49 Micosis
B35 Dermatofitosis
GPC

Diagnóstico y Tratamiento de Tiña y Onicomycosis en el Primer Nivel de Atención
ISBN 978-607-8270-23-1

DEFINICIÓN

Las micosis superficiales son infecciones por diferentes especies de hongos que se localizan en el epitelio o capa más externa de las mucosas, piel y anexos (uñas).

La tiña corporis se presenta más frecuentemente en climas tropicales húmedos calientes. *Trichophyton rubrum* es el agente infeccioso más común en el mundo y es la causa de 47% de los casos de tiña corporis. *T. tonsurans* es el agente más común de tiña capitis. *Microsporum canis* es la tercera causa asociada a 14% de tiña corporis. La tiña capitis (causada por especies del género *Trichophyton* y *Microsporum*) es la dermatofitosis mundial más común en los niños.

FACTORES DE RIESGO

Se han identificado como factores de riesgo para la presentación de tiñas-onicomycosis en el huésped:

- Infancia
- Inmunocompromiso
- Diabetes
- Ictiosis
- Queratodermia palmo plantar
- Atopia
- Uso de corticoides vía tópica y general.

Se han identificado como factores de riesgo para la presentación de tiñas-onicomycosis en el ambiente:

- clima tropical o semitropical
- traumatismos ungueales
- oclusión, maceración y sudoración de manos y pies
- exposición laboral
- exposición en albercas y baños públicos.

La práctica de deportes y/o recreación con equipo potencialmente contaminado por un enfermo de dermatofitosis promueve la aparición de tiñas y onicomycosis.

El realizar actividades sin zapatos en áreas contaminados con dermatofitos promueve la aparición de tiñas y onicomycosis.

DIAGNÓSTICO TEMPRANO

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

EXPLORACIÓN

El diagnóstico de onicomicosis es de acuerdo a:

- Topografía.- uñas de manos y pies
- Morfología.- paquioniquia (engrosamiento), estrías, fragilidad, cambios en coloración, onicolisis o hiperqueratosis subungueal.

El diagnóstico de tiña de acuerdo a su localización se basa en:

- a) piel cabelluda.- zonas de alopecia y/o pústulas y/o costras, placas eritemato-escamosas
- b) barba.- dermatosis con pústulas y/o absceso de tipo inflamatorio
- c) tronco.- placas eritemato-escamosas redondeadas con borde activo
- d) inguinal.- dermatosis con placas eritemato-escamosas, muy pruriginosas.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

El medicamento de elección para tiña capitis y de la barba es la terbinafina.

Prescribir terbinafina en:

- Adultos.- 250 mg/día por 12 semanas, VO.
- Niños.- 10 mg/kg/día durante 6 semanas.

El itraconazol es la alternativa farmacológica para tiña capitis y de la barba VO

Prescribir itraconazol:

- adultos.- 100 mg al día por 6 semanas, VO
- niños.- 5 mg/kg por día por 4 semanas.

El fármaco de elección en tiña corporis y cruris es la terbinafina crema, aplicación tópica.

Prescribir aplicación tópica de terbinafina una vez cada 24 hrs. durante 3 a 4 semanas.

La alternativa farmacológica para la tiña corporis y cruris son los tópicos de miconazol, clotrimazol o ketoconazol.

Prescribir 1 aplicación tópica de miconazol, clotrimazol o ketoconazol 2 veces al día durante 3 a 4 semanas.

El fármaco de elección en tiña pedis y manum es la terbinafina crema en aplicación tópica.

Prescribir 1 aplicación tópica de terbinafina crema al día durante 2 semanas.

La alternativa farmacológica para la tiña pedis y manum son los tópicos de miconazol, clotrimazol o ketoconazol.

Prescribir 1 aplicación tópica de miconazol, clotrimazol o ketoconazol crema 2 veces al día durante 2 semanas.

Para onicomicosis por dermatofitos, el fármaco de elección es la terbinafina.

Prescribir terbinafina a una dosis de 250 mg/día por un periodo de 12 a 16 semanas, vía oral para onicomicosis de los pies. En onicomicosis de las manos la dosis es la misma durante 6 semanas. El fármaco alternativo para onicomicosis por hongos dermatofitos es el itraconazol.

Prescribir 200 mg de itraconazol diarios VO por 12 semanas o 400 mg diarios por una semana, descansando tres semanas, por un periodo de 3 a 4 meses.

Otro fármaco alternativo que puede utilizarse para disminuir interacciones medicamentosas es el fluconazol.

Prescribir 150 mg de fluconazol VO a la semana por 24 semanas.

El medicamento de elección para hongos no dermatofitos (levaduras) es el itraconazol.

Prescribir 200 mg itraconazol VO diarios por 12 semanas o 400 mg diarios por una semana, descansando tres semanas, por un periodo de 3 a 4 meses.

El fármaco alternativo para onicomicosis por hongos no dermatofitos es la terbinafina.

Prescribir terbinafina a una dosis de 250 mg/día por un periodo de 12 a 16 semanas, vía oral para onicomicosis de los pies. En onicomicosis de las manos la dosis es la misma durante 6 semanas.

Un fármaco alternativo es el fluconazol; sin embargo, se ha reportado menor eficacia clínica y micológica, por lo que se recomienda 150 mg fluconazol VO a la semana por 24 semanas.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE TIÑA Y ONICOMICOSIS.

Evitar intercambio de objetos de uso personal (peines, toallas, ropa, corta-uñas, zapatos, etc.).

Los artículos de uso personal deben ser exclusivos del paciente

Evitar desprendimiento de costras y pústulas.

No rascar ni desprender costras o pústulas ya que puede condicionar sobre-infección bacteriana

La limpieza cuidadosa de ropa y calzado acelera la curación y evita re-infección.

El paciente debe de ser cuidadoso en la limpieza y lavado de ropa y calzado para evitar re-infección.

Si hay falla al tratamiento, el caso debe ser analizado cuidadosamente y considerar un medicamento alternativo o extracción ungueal en combinación con una terapia que cubra el curso de crecimiento ungueal.

La exéresis ungueal no es procedimiento ampliamente recomendado; sin embargo, puede ser considerada a criterio del médico en caso de onicomicosis refractaria al tratamiento asociado a un fármaco que cubra el crecimiento de la matriz ungueal.

La Referencia al segundo nivel de atención será cuando:

En los casos de tiña de cualquier localización que sea refractaria al tratamiento, y/o lesiones difusas y diseminadas después de 3 a 5 meses de tratamiento, amerita revaloración por médico de segundo nivel.

Existe evidencia de que en los casos de onicomicosis donde se presente más de 5 uñas afectadas o más del 50% de afección ungueal o sea refractaria al tratamiento, amerita revaloración por el segundo nivel.

También considerar los casos en que se presente anomalía en exámenes de laboratorio que sugiera daño hepático y/o renal posterior a tratamiento antimicótico. Tomar en cuenta que puede haber una

enfermedad concomitante relacionada que podría agravar el cuadro micótico (como diabetes mellitus, inmunosupresión, etc.).

Deben vigilarse los pacientes con tiña en cara que ponga en riesgo la aparición de secuelas: manchas hipercrómicas o cicatrices irreversibles, Dermatitis amplia con daño en capas profundas, Tiña con infección bacteriana (celulitis, impetiginización, abscesos, etc.) o proceso necrótico agregado, Agregar tratamiento con dicloxacilina (adulto: 500 mg cada 8 hrs. por 5-7 días; niños: 25-50 mg/kg/día en dosis divididas cada 6 hrs. por 5-7 días) y vigilancia estrecha de la evolución.

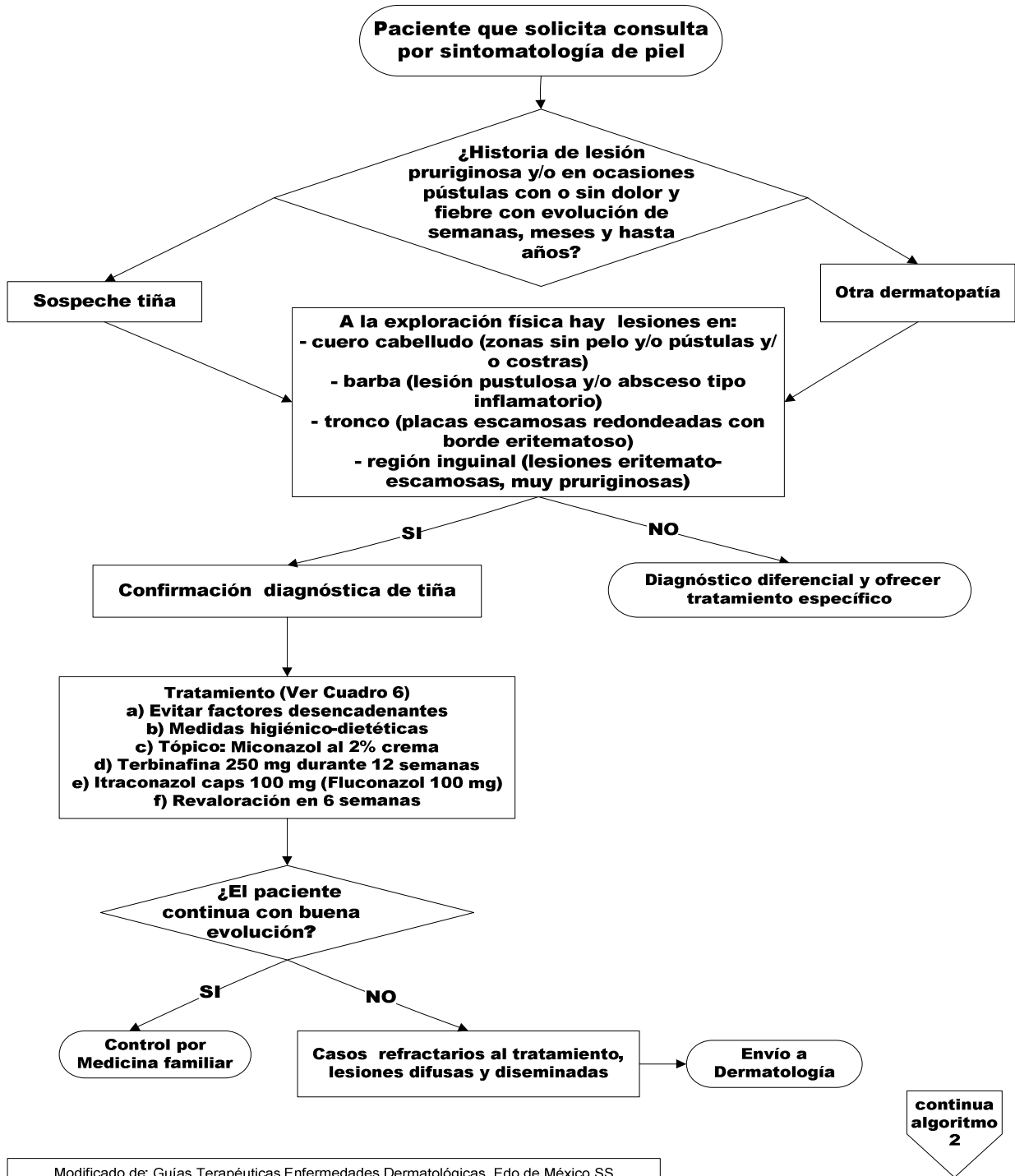
En paciente con dermatosis grave, amplia, recurrente y refractarios al tratamiento requiere evaluación periódica y/o envío a segundo nivel.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

No identificadas para el primer nivel.

ALGORITMOS

Algoritmo 1
Dermatofitosis o tiña



Modificado de: Guías Terapéuticas Enfermedades Dermatológicas, Edo de México SS
Grupo de trabajo del IMSS La Trinidad, Tlaxcala 2008.