

MANEJO DE LA PATOLOGÍA INFECCIOSA MÁS PREVALENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Infecciones cutáneas

Javier Muñoz Gutiérrez
Servicio Madrileño de Salud
Grupo de Enfermedades Infecciosas de SoMaMFyC
jmunozg@salud.madrid.org

<http://grupoinfecsomamfyc.wordpress.com>

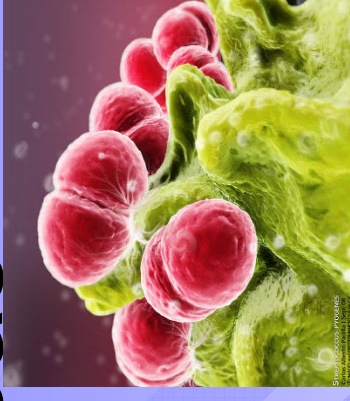
Octubre, 2018

Infecciones cutáneas

Introducción

- 18% motivos de consulta en Atención Primaria son procesos infecciosos
 - De esos, 6% son infecciones cutáneas
- Infecciones bacterianas
 - 2,2% consultas por celulitis
 - 0,3 % consultas por impétigo
- Dermatofitosis
 - Prevalencia de infección fúngica en el pie: 35-40%

Infecciones cutáneas



Infecciones bacterianas

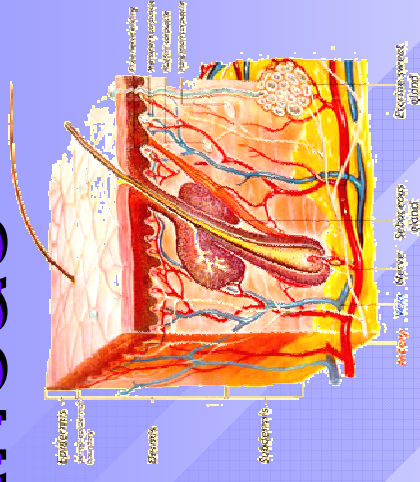
Microbiota habitual

- Microorganismos aerobios (*Corynebacterium* spp., estafilococos coagulasa negativo, *Micrococcus* spp., *Aerococcus* spp., *Neisseria* spp. no patógenas y estreptococos alfa y no hemolíticos, etc.)
- Anaerobios (*Propionibacterium* spp., *Clostridium* spp., *Peptostreptococcus* spp.).

Patógenos habituales

- Estreptococos betahemolíticos, *Staphylococcus aureus*
- Enterococcus* spp., *Bacillus anthracis*, *Pseudomonas aeruginosa*
- Anaerobios (*Bacteroides* spp., *Prevotella* spp., *Porphyromonas* spp. y *Peptostreptococcus* spp.)

Infecciones cutáneas



- # Infecciones bacterianas
 - Superficiales
 - Piodermias
 - Celulitis/Erisipela
 - Infecciones profundas piel y tejidos blandos
- # Infecciones víricas de piel y mucosas
- # Infecciones micóticas superficiales

Infecciones bacterianas superficiales

Eritrasma

Corynebacterium minutissimum

- # Tratamiento tópico
 - # Queratolíticos (peróxido de benzoilo 2,5%)
 - # Ác. Fusídico
 - # Clindamicina 1%
 - # Eritromicina 2%
 - # Azoles
- # Tratamiento sistémico
 - # Eritromicina 500 mg/6h 14 d
 - # Tetraciclina 250 mg/6h 14 d



Infecciones bacterianas superficiales

Queratólisis punctata

- *Micrococcus sedentarius*
Dermatophilus congolensis
Corynebacterium sp.
- Distribución **mundial**, más frecuente entre quienes van **descalzos** en regiones **tropicales** o personas que trabajan con calzado de seguridad.
- Diagnóstico diferencial
 - Tiña pedis interdigital
 - Eritrasma
 - Candidiasis en intertrigo
- Tratamiento tópico
 - Queratolíticos (peróxido de benzoilo 2,5%)
 - Ab tópicos: eritromicina, clindamicina, ácido fusídico, mupirocina



Piodermias

🚩 Infecciones superficiales de la epidermis, que a veces se extienden a dermis, producidas por *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes* localizados en la piel.

- Impétigo/Ectima
- Foliculitis infecciosa
- Forúnculo, absceso

Piodermias

Impétigo/Ectíma

- **Microbiología**
 - *Staphylococcus aureus* (más frecuente, y germen causal del impétigo ampolloso)
 - *Streptococcus pyogenes* β hemolítico grupo A
- **Epidemiología**
 - 3º problema cutáneo más frecuente en niños
 - Incidencia anual: 2,8% 0-4 años y 1,6% 5-15 años
 - Factores predisponentes: temperatura elevada, grado elevado de humedad, enfermedad cutánea de base, edad, tratamiento antibiótico previo, higiene escasa, falta de cuidados en traumatismos leves

Piodermias

Impétigo no ampollosos

- Vesículas o pústulas pequeñas, superficiales, transitorias, que se rompen dando lugar a erosiones que se recubren por costras de color amarillo-oro
- Diseminadas, bien delimitadas, confluentes, con lesiones satélite por autoinoculación



(c) University Erlangen,
Department of Dermatology.
Phone: (+49) 91 31 - 85 - 2727

Piodermias

Impétigo ampollosos

- Vesículas o ampollas
- Con líquido amarillo claro
- Sin eritema alrededor, sobre piel normal



Piodermias

Diagnóstico diferencial

- **Erosión con / sin costra / descamación:** excoriaciones, dermatitis peribucal, dermatitis seborreica, dermatitis de contacto, herpes simple
- **Ampolla intacta:** dermatitis de contacto, herpes simple, herpes zoster, foliculitis bacteriana, quemadura térmica, penfigoide ampoloso, dermatitis herpetiforme, porfiria cutánea tarda
- **Úlcera con / sin costra / descamación:** úlceras herpéticas crónicas, picaduras de insecto con excoriaciones, excoriaciones neuróticas, porfiria cutánea tarda, úlceras venosas



Piodertrias

Ectima

- **Ulceración con costra gruesa y adherente, a veces dolorosa a la palpación**
- **Más frecuente en porciones distales de las extremidades**



Piodermias

Impétigo/Ectima

- **Tratamiento tópico**
- En casos leves y localizados
 - **Mupirocina, retapamulina o ácido fusídico**, 2 veces/d, 5 días
- **Tratamiento sistémico**
 - En ectima, casos más extensos, con linfadenopatías, y en impétigo ampolloso
 - Elección
 - **Cloxacilina**, 250-500 mg/6 h/7 d o **cefalexina** 500 mg/6-8 h/7 d.
 - Si existe constancia de *S. pyogenes*: **penicilina V**, 250-500 mg/6 h/7 d vo.
 - Si hay sospecha de *Staphylococcus aureus* meticilin-resistente (SAMR): **TMP/SMX** oral, 160/800 mg/12 h, o **doxiciclina**, 100 mg/12 h/7 d
 - En alérgicos a penicilinas: **Clindamicina** 300-450 mg/8h, 7 d.

Consenso 2009 **Rec A-I**

IDSA 2014 GRADE Fuerte/alta

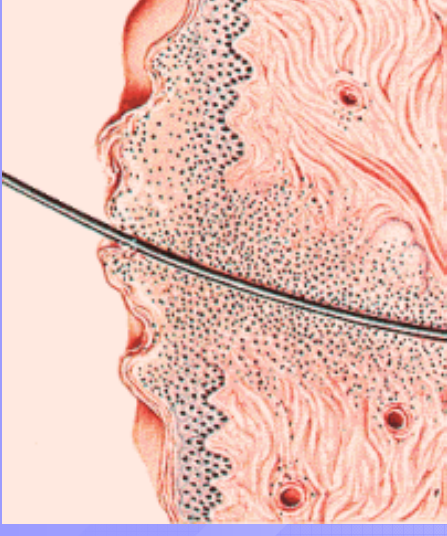
Intervenciones en Impétigo

Revisión de 68 ensayos, con 5578 pacientes

FARMACO	RR (IC 95%)	Nº ensayos/n
Mupirocina o ac. fusídico vs placebo	2,24 (1.61-3.13)	6/575
Mupirocina vs ac. fusídico	1,03 (0.95 - 1.11)	4/440
Mupirocina tópica vs eritromicina oral	1,07 (1.01 - 1.13)	10/581
Eritromicina oral vs Penicilina oral	1.29 (1.07-1.56)	2/79
Cloxacilina oral vs Penicilina oral	1.59 (1.21-2.08)	2/166
Ab tópico vs desinfectantes	1.15 (1.01-1.32)	2/292

Piodermias

Foliculitis infecciosa

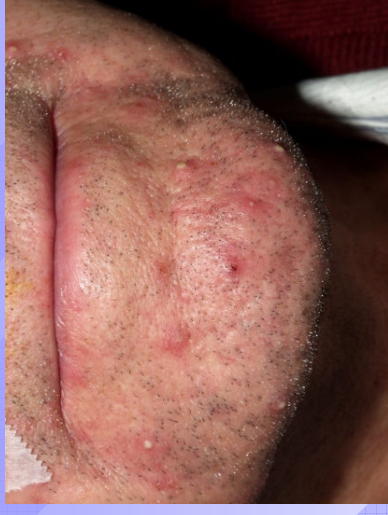


- # Microbiología
 - *Staphylococcus aureus* (más frecuente)
 - *Pseudomonas*, gramnegativos, dermatofitos,
 - *Candida albicans*
- # Factores predisponentes
 - afeitado de zonas pilosas, depilación
 - oclusión, temperatura elevada, humedad alta
 - esteroides tópicos, diabetes, inmunosupresión

Piodermias

Foliculitis infecciosa

- ✚ Pápula o pústula en el orificio de salida del folículo
- Cara
 - foliculitis superficial por *S. aureus*; gramnegativos
- Barba
 - foliculitis de la barba (sicosis) por *S. aureus*; dermatofitos
- Cuero cabelludo
 - *S. aureus*; dermatofitos
- Tronco
 - *S. aureus* en axilas; foliculitis por *P. Aeruginosa* (foliculitis del baño caliente)



Piodermias

Foliculitis infecciosa

🚩 Profilaxis

- Lavado con jabón antiséptico o solución de peróxido de benzoilo

🚩 Tratamiento tópico

- Eritromicina 2% (solución, loción, gel) 2 veces / día
- Clindamicina (solución, loción, gel) 2 veces / día
- Mupirocina 2% crema 2 veces / día
- Peróxido de benzoilo 2.5, 4.0, 5.0, ó 10% (crema, loción, gel) 2-4 veces / día

🚩 Tratamiento sistémico

- En casos generalizados, persistentes o recurrentes, o cuando fracasa el tratamiento tópico **Rec E-III IDSA 2005**
- Cloxacilina 500mg/6h 7-10d
- Cefalexina 500mg /6h 7-10d,
- Clindamicina 300mg/8h 7-10d, Doxiciclina 50-100mg/12h 2-4sem

Piodermias

Foliculitis infecciosa recurrente

- ✚ Factores predisponentes
 - ✚ Presencia *S. Aureus* en fosas nasales (20-40% población general)
- ☀ Tratamiento *
 - ☀ Mupirocina tópica en fosas nasales, 2 veces/d 5 días/mes
 - ☀ Clindamicina oral 150 mg/d, en una sola dosis, 3 meses

Recomendación A-I IDSA 2005

Piodermias

Forúnculo. Absceso

- Absceso
- Quiste epidérmico inflamado
- Forúnculo/Ántrax

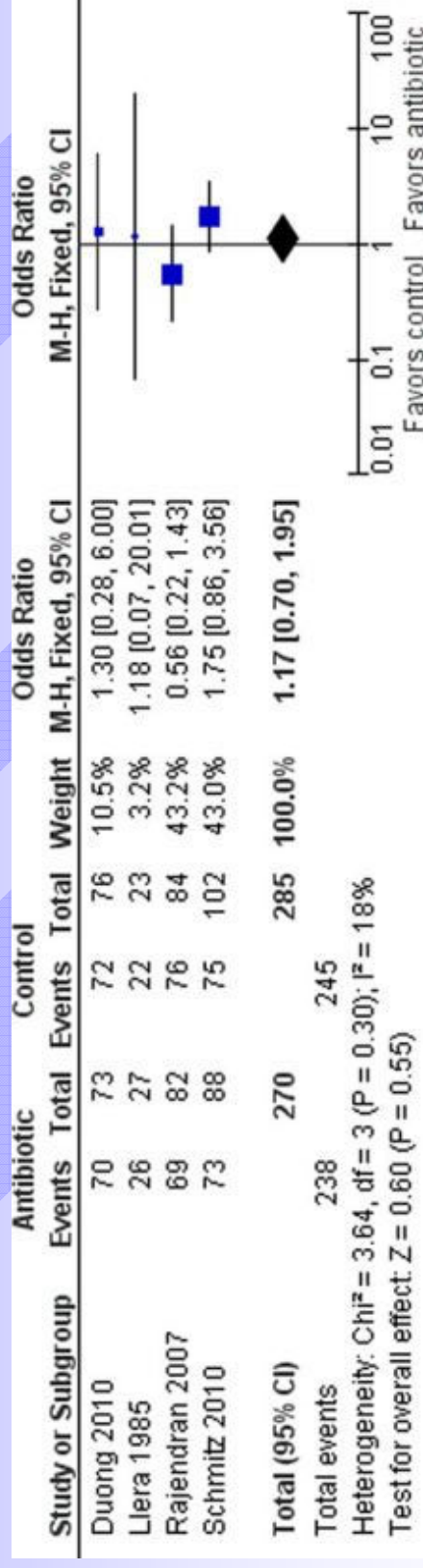
■ ***Staphylococcus aureus***



Piodermias

Forúnculo. Absceso

- 4 ensayos con 589 pacientes con abscesos que fueron asignados al azar a dos grupos, unos que recibía diversos antibióticos y otros que recibía placebo.
- La **adición de antibiótico a la incisión y el drenaje no mejora** de manera significativa el porcentaje de pacientes con resolución completa del absceso tras 7-10 días de tratamiento.



Systemic antibiotics after incision and drainage of simple abscesses: a meta-analysis.
Singer AJ, Thode HC Jr. Emerg Med J. 2013

Piodermias

Forúnculo. Absceso

✚ Tratamiento

✚ Calor local

✚ Incisión y drenaje cuando hay fluctuación

IDSA 2014 GRADE Fuerte/alta

✚ Tratamiento antimicrobiano sistémico sólo si afectación general o inmunosupresión

IDSA 2014 GRADE Fuerte/baja

- Cloxacilina 500mg/6h 7-10d
- Cefalexina 500mg /6h 7-10d
- Clindamicina 300mg/ 8h 7-10d

Piodermias

Abscesos recurrentes

- ✚ Investigar causas locales: quiste pilonidal, hidrosadenitis, cuerpo extraño
- ✚ Incisión y drenaje, con cultivo

IDSA 2014 GRADE Fuerte/moderada

- ✚ Tratamiento antimicrobiano sistémico 5-10 días, según antibiograma
- ✚ Valorar Mupirocina intranasal (2 veces/día durante 5 días), lavados con clorhexidina y descontaminación de objetos personales


IDSA 2014 GRADE Débil/baja

Piodermias

Absceso


Comparison 1

No antibiotics
Incision and drainage alone



OR

Antibiotics
Incision and drainage plus trimethoprim and sulfamethoxazole or clindamycin



No antibiotics

Applies to
All

Strong Weak

Antibiotics

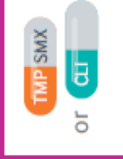
Weak Strong

We suggest TMP-SMX or clindamycin plus incision and drainage rather than incision and drainage alone. Discuss both options with each patient.

Comparison 2


For patients who have chosen to initiate antibiotics:

Trimethoprim and sulfamethoxazole or Clindamycin



OR

Cephalosporins
First and second generation cephalosporins



Trimethoprim and sulfamethoxazole or clindamycin

Applies to
Those initiating antibiotics

Strong Weak

Cephalosporins

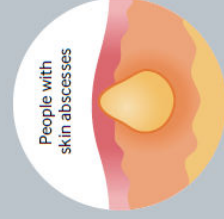
Weak Strong

We recommend trimethoprim and sulfamethoxazole or clindamycin over cephalosporins.

Population

This recommendation applies to almost all patients with skin abscesses:

- Children and adults
- Smaller and larger abscesses
- Unknown or unconfirmed pathogen(s)
- Emergency and primary care settings



People with skin abscesses

However the recommendation is **not** applicable to patients with:

- Evidence of systemic illness (sepsis)
- Pustules and papules
- Deep tissue infections
- Hidradenitis suppurativa
- Immunocompromising conditions
- Patients who do not undergo incision and drainage

45.3-67% SAMR

Talan DA, Mower WR, Krishnadasan A, et al. *Trimethoprim-sulfamethoxazole versus placebo for uncomplicated skin abscess.* N Engl J Med 2016

Daum RS, Miller LG, Immergluck L, et al. *DMID 07-0051 Team. A placebo-controlled trial of antibiotics for smaller skin abscesses.* N Engl J Med 2017

Vermandere M, Aertgeerts B et al. *Antibiotics after incision and drainage for uncomplicated skin abscesses: a clinical practice guideline.* BMJ 2018;360:k243

Erisipela. Celulitis

🚩 Microbiología

- Erisipela
 - Celulitis
 - Erisipeloide
- Str pyogenes β hemolítico grupo A
Str pyogenes, *S.aureus*, *Haemophilus*,
Gramnegativos
Erysipelothrix rhusiopathiae

🚩 Epidemiología

- Edad: cualquier edad, niños < 3años, ancianos
- 30 consultas/año por absceso/celulitis en un cupo 2000 hab
- Puerta de entrada: generalmente a través de cualquier localización mucocutánea por dermatosis subyacentes, traumatismos, heridas quirúrgicas
- Factores de riesgo: h^a previa de celulitis, diabetes, inmunosupresión, alcoholismo, CDVP, linfedema crónico
- 25-30% recurrencias

Erisipela. Celulitis

Clínica

- Erisipela
- Celulitis
- Erisipeloide



Faculdade de Medicina,
Departamento de Dermatologia,
Phone: (+351) 91 311 85 2727



DOIA
Faculdade de Medicina,
Departamento de Dermatologia,
Phone: (+351) 91 311 85 2727

Erisipela. Celulitis

#Tratamiento

- Medidas de soporte
 - Elevación del miembro afecto
 - Tratamiento de factores predisponentes (edema, patología cutánea)
 - Examen de espacios interdigitales en los pies (fisuras, descamación, maceración)
- Valorar Corticoides orales (prednisona 40 mg/d 7 días) en adultos no diabéticos

IDSA 2014 GRADE Fuerte/moderada

IDSA 2014 GRADE Débil/moderada

Erisipela. Celulitis

#Tratamiento

- **Antibioterapia** Activa frente a *Streptococcus*
Duración: 5 días
IDSA 2014 GRADE Fuerte/alta
 - Erisipela
 - **Penicilina V** 250-500mg c/6h, 5 d. o Cefalexina 500mg c/6h
 - Si alergia a betalactámicos, Clindamicina 300-450 mg c/8h
 - Celulitis sin afectación sistémica
 - **Cloxacilina** 500mg c/6h o **Cefalexina** 500mg c/6-8h
 - Si constancia de *S pyogenes*: **penicilina V** 250-500 mg c/6h
 - Si sospecha de SAMR: **TMP/SMX** oral, 160/800 c/12 horas o **Doxiciclina** 100 mg/12h
 - Si alergia a betalactámicos: **Clindamicina** 300-450 mg c/8h
 - Si sospecha de gram negativos: **Amoxicilina/clavulánico** 500 mg/8h
- **Celulitis con afectación sistémica, antibioterapia intravenosa**

Erisipela. Celulitis

#Criterios de derivación

- Empeoramiento severo o rápido de la infección
- Afectación sistémica o vómitos
- Celulitis orbitaria o periorbitaria
- Celulitis facial en niños
- Complicaciones
- Inmunosupresión
- Diabetes mellitus
- Comorbilidad significativa (cardiovascular, renal)
- Neonatos y niños < 1 año
- Problemática sociosanitaria o deterioro cognitivo
- No respuesta al tratamiento inicial

IDSA 2014 GRADE Fuerte/moderada

Cellulitis. PRODIGY GUIDANCE 2005

Erisipela. Celulitis

✚ Criterios de derivación

- Infección de tejidos blandos acompañada de signos/síntomas de toxicidad sistémica (fiebre, hipotermia, taquicardia, hipotensión)
- Analítica con hemograma, creatinina, bicarbonato, CPK, PCR
- Derivación hospitalaria si hipotensión y/o
 - ↑ creatinina
 - ↓ bicarbonato
 - ↑ CPK (x 2-3)
 - Desviación izquierda
 - PCR > 13 mg/dl

Infecciones adquiridas en la comunidad por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM-AC)

- Afectan a pacientes sin los factores de riesgo clásicos para infecciones por SARM (hospitalización, residencias de larga estancia)
- Susceptibles a antibióticos no betalactámicos, como doxiciclina, clindamicina, quinolonas, trimetoprim-sulfametoxazol o rifampicina
- Genotípicamente no están relacionadas con cepas de adquisición hospitalaria
- Se han descrito brotes en niños, reclusos, consumidores de drogas por vía intravenosa, deportistas, homosexuales y ciertos grupos étnicos.

Table 1. Comparison of community-associated and health care-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA).

Characteristic	Community-associated MRSA	Health care-associated MRSA
Susceptibility, ^a drug		
Chloramphenicol	Usually susceptible	Frequently resistant
Clindamycin ^b	Usually susceptible	Frequently resistant
Erythromycin	Usually resistant	Usually resistant
Fluoroquinolone	Geographic variability	Usually resistant
TMP-SMZ	Usually susceptible	Usually susceptible
SCC <i>mec</i> type	IV	II
Lineage	USA 300, USA 400	USA 100, USA 200
Toxin-producing	More	Fewer
Panton-Valentine leukocidin-producing	Common	Rare
Health care exposure	Less frequent	More frequent

NOTE. SCC, staphylococcal chromosome cassette; TMP-SMZ, trimethoprim-sulfamethoxazole.

^a Susceptibility is based on in vitro testing and Clinical and Laboratory Standards Institute break points [2]. A finding of susceptibility does not necessarily make the drug an appropriate treatment choice.

^b See comment on inducible resistance in the main text.

Community-Associated MRSA. CID 2005:41 (Suppl 4)

Infecciones adquiridas en la comunidad por SARM

- Factores de riesgo para SARM-AC
 - Contactos reiterados con el sistema sanitario
 - Institucionalizado
 - UDVP
 - Antecedentes de múltiples tratamientos con antibióticos de amplio espectro

Salgado Ordóñez et al. Infecciones de piel y partes blandas. Conferencia de consenso. Med Clin (Barc) 2009

Infecciones adquiridas en la comunidad por

SARM

- **Tratamiento abscesos cutáneos**
 - Drenaje
 - Tratamiento antibiótico si
 - el paciente lleva una prótesis valvular cardíaca o tiene otra condición que predisponga a endocarditis
 - si existe celulitis alrededor de la lesión
 - datos clínicos de afección sistémica
 - dificultad para realizar un drenaje completo
 - edad avanzada
 - comorbilidad (diabetes, cirrosis hepática, insuficiencia renal crónica)
- Antibióticos recomendados
 - Clindamicina 300 mg/8 h
 - Cotrimoxazol 800/160 mg/12 h
 - Doxiciclina 100 mg/12 h

Celulitis recurrente

#Definición y factores predisponentes

- >3-4 episodios/año a pesar de tratar factores predisponentes
 - Obesidad, linfedema, insuficiencia venosa EEII, afectación interdigital

IDSA 2014 GRADE Fuerte/moderada

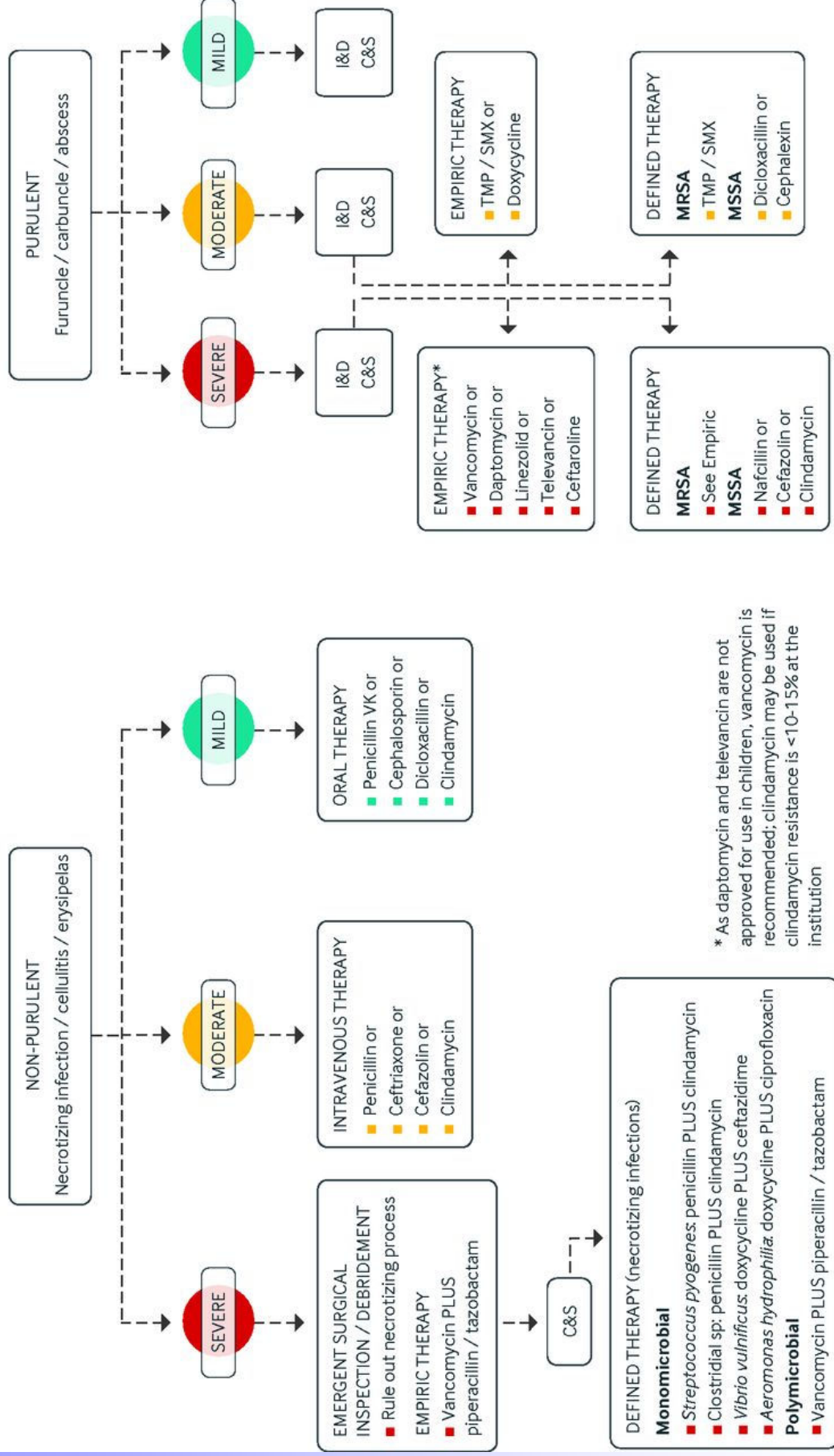
#Profilaxis antibiótica

- Penicilina benzatina 1.200.000U IM mensual
 - Penicilina V 250mg/12h diaria
 - Eritromicina 250mg/12h diaria

IDSA 2014 GRADE Fuerte/moderada

Manejo de las Infecciones de Piel y Tejidos Blandos

MANAGEMENT OF SSTIs



Sarah L McClain et al. *BMJ* 2016;355:bmj.i6004
Clin Infect Dis. 2014;59(2):e10-e52. doi:10.1093/cid/ciu296

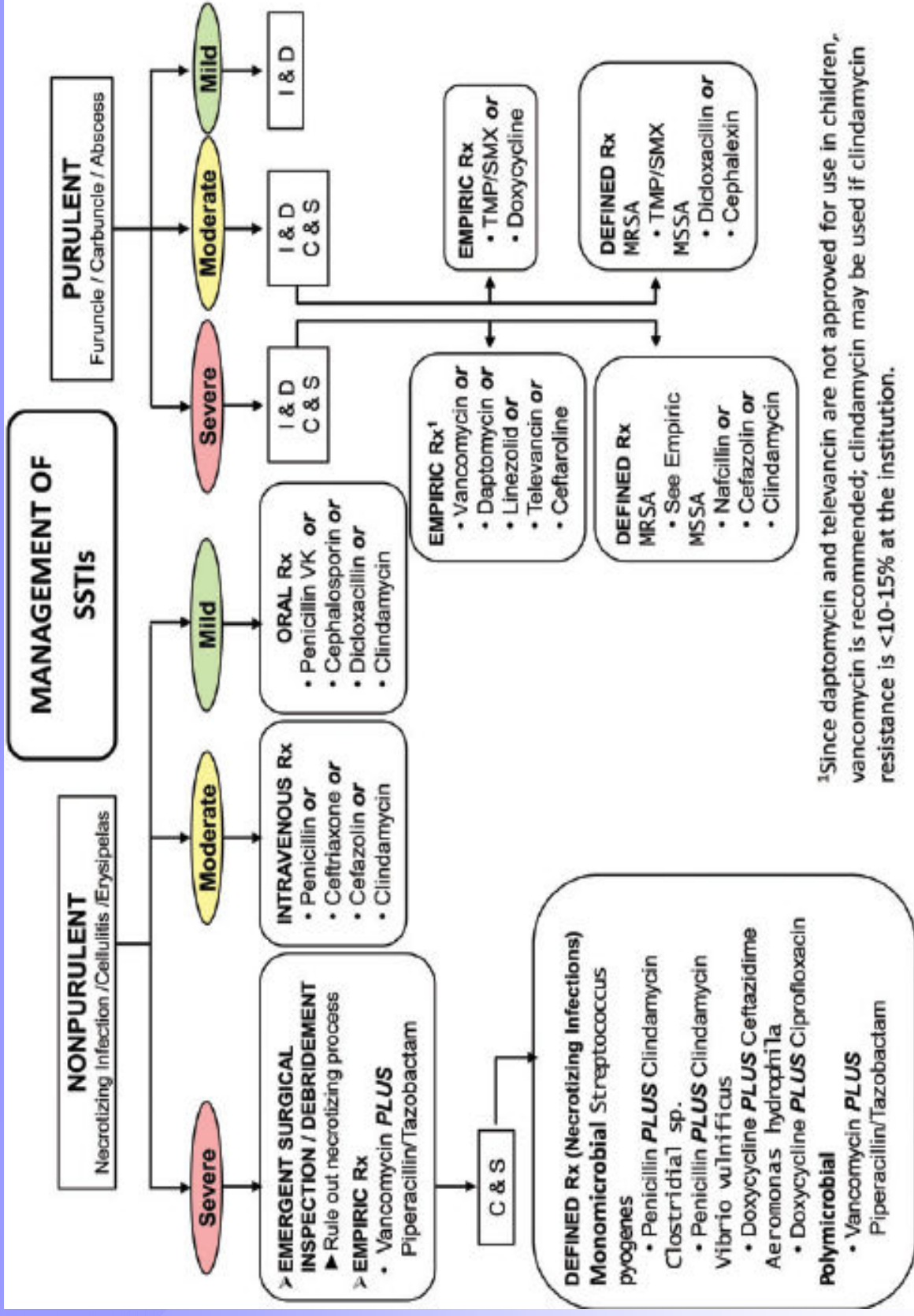
Infecciones profundas de piel y tejidos blandos

Infecciones necrotizantes de piel y tejidos blandos

Mordeduras

Infecciones complicadas de piel y tejidos blandos

- ✦ Por localización y extensión
 - ✦ Profundas
 - ✦ Difusas
 - ✦ Perineales
 - ✦ Cervicofaciales
- ✦ Clínicos
 - ✦ Estado tóxico
 - ✦ Hipotensión y shock
 - ✦ Necrosis
- ✦ Comorbilidad
 - ✦ Inmunodepresión
 - ✦ Arteriopatía
 - ✦ Hepatopatía crónica
 - ✦ Insuficiencia renal
 - ✦ UDVP
- ✦ Secundarias a lesiones previas
 - ✦ Por mordedura
 - ✦ Pie diabético
 - ✦ Posquirúrgicas
 - ✦ Úlceras por presión
 - ✦ Quemaduras
- ✦ Microbiológicos
 - ✦ SARM
 - ✦ Polimicrobianas
 - ✦ Anaerobios
 - ✦ Clostridium spp.



Infecciones necrotizantes de piel y tejidos blandos

⚡ DIFERENCIAS

- ⚡ Presentación clínica
- ⚡ Manifestaciones sistémicas coexistentes
- ⚡ Estrategia terapéutica

Infecciones profundas: afectan a compartimentos musculares y/o fascias

Infecciones “devastadoras”: gran destrucción tisular, desenlace fatal

Infecciones secundarias: tras afectación cutánea por trauma o cirugía

Infecciones necrotizantes de piel y tejidos blandos

Fasciitis necrotizante

Clínica

- 80% casos: por extensión desde lesiones cutáneas (abrasiones, picaduras de insectos, venopunción...)
 - 20% no tiene lesiones visibles
- ### Presentación inicial
- como celulitis (90%), que avanza con mayor o menor rapidez, con edema (80%), decoloración cutánea o gangrena (70%) y anestesia de la piel afectada
 - toxicidad sistémica asociada
 - no es posible distinguir a la palpación los planos fasciales y musculares



Paciente con antecedentes de diabetes
Refiere dolor intenso y tumefacción en la cara
externa del muslo derecho
Presenta además grave afectación del estado
general, con hipotensión y fracaso multiorgánico

Infecciones necrotizantes de piel y tejidos blandos

Fascitis necrotizante

Características bacteriológicas

- Forma monomicrobiana
 - S. pyogenes, S. aureus, V. vulnificus, A. hydrophila, streptococci anaerobios (Peptostreptococcus species)
- La mayoría adquiridas en la comunidad, 2/3 en EEII
- Patología subyacente: diabetes, enfermedad vascular arteriosclerótica, insuficiencia venosa con edema
- Mortalidad 50-70%

Infecciones necrotizantes de piel y tejidos blandos

Fascitis necrotizante

Características bacteriológicas

- # Forma polimicrobiana
 - # Anaerobios procedentes de flora intestinal
 - # Asociada a 4 situaciones clínicas
 - ✓ Cirugía que afecta intestino o trauma abdominal penetrante
 - ✓ Úlceras por decúbito o absceso perianal
 - ✓ Puntos de venopunción en CDVP
 - ✓ Diseminación de un absceso en las glándulas de Bartholino

Infecciones necrotizantes de piel y tejidos blandos

Fascitis necrotizante

Diagnóstico

- # Signos de sospecha de afectación de planos profundos ante un cuadro de celulitis
- # Fracaso en la respuesta al tratamiento antimicrobiano inicial
- # Palpación indurada del tejido subcutáneo, más allá del área cutánea afectada
- # Toxicidad sistémica
- # Lesiones bullosas
- # Equimosis y necrosis cutánea

Infecciones necrotizantes de piel y tejidos blandos

- **Datos clínicos útiles para diferenciar infección necrotizante de celulitis**
 - Dolor severo, constante
 - Presencia de bullas, por oclusión profunda de vasos sanguíneos
 - Necrosis cutánea/equimosis
 - Presencia de gas en tejidos blandos (crepitación)
 - Edema que se extiende más allá del eritema superficial
 - Anestesia cutánea
 - Signos de toxicidad sistémica (sepsis)
 - Rápida diseminación

Infecciones necrotizantes de piel y tejidos blandos

- **CLASIFICACION**
 - Fascitis necrotizante
 - Miositis por estreptococs anaerobios
 - Piomiositis
 - Celulitis necrotizante sinérgica
 - Gangrena de Fournier/Mionecrosis por Clostridium

Infecciones necrotizantes de piel y tejidos blandos

Fasciitis necrotizante

Actitud terapéutica

- # Derivación hospitalaria
- # Desbridamiento quirúrgico
- # Tratamiento antimicrobiano IV
 - # Carbapenem o Cefalosporina 3^a+metronidazol

IDSA 2014 GRADE Fuerte/baja

Mordeduras

Mordeduras de animales

Mordeduras humanas

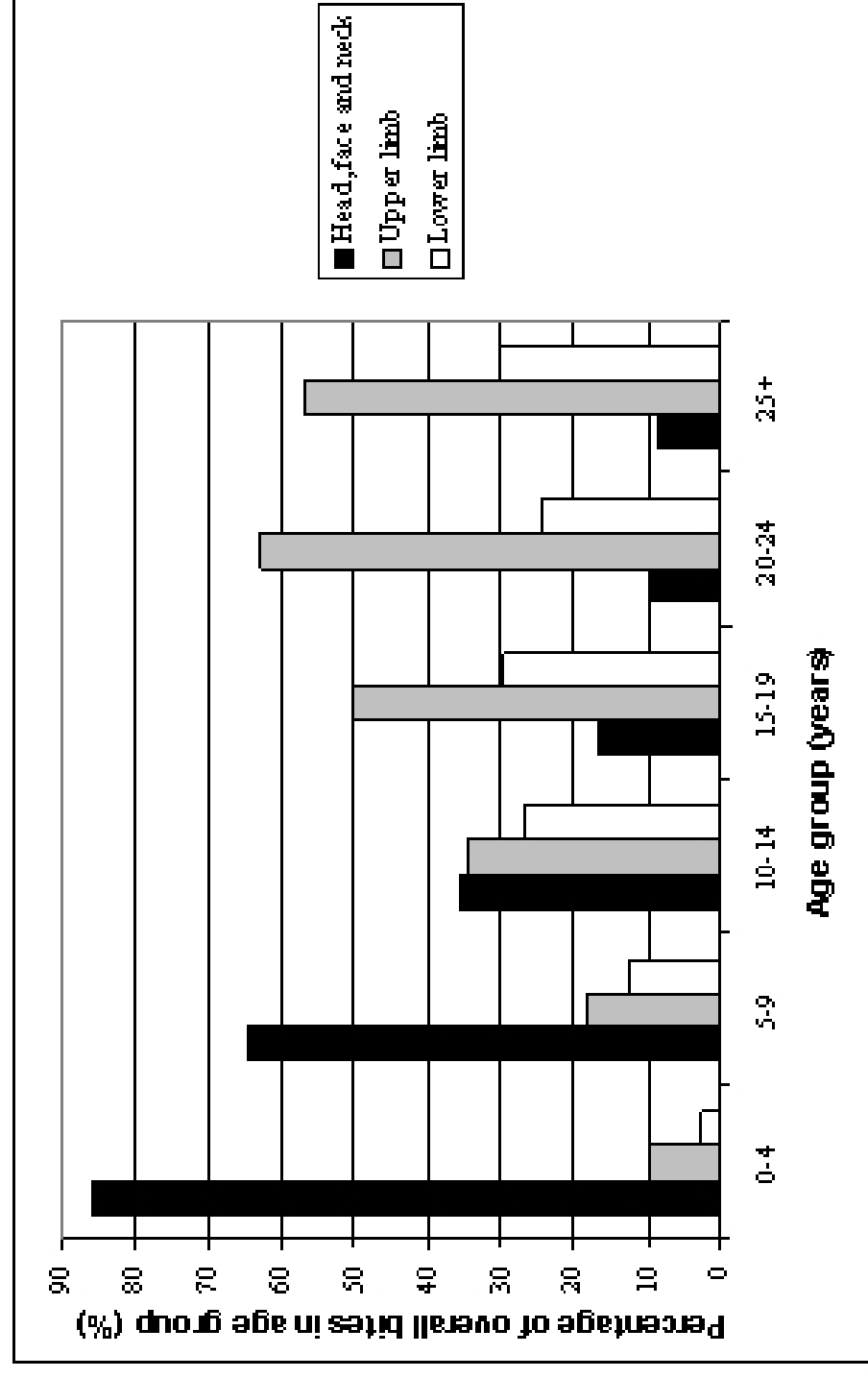
Mordeduras de perros



Datos epidemiológicos

- # La mitad de los norteamericanos son mordidos a lo largo de su vida, generalmente por un perro
- # 80% leves; 20% requieren atención médica; 1% precisan atención hospitalaria urgente
- # Incidencia anual 740 personas/100000 hab
22/1000 en niños < 15 años
- # Hospitalización 2,6/100000 hab
- # Mortalidad anual 7,1/100 millones hab
57% en niños < 10 años

Mordeduras de perros



Mordeduras de perros

¿Cómo deben manejarse las mordeduras de perros?

Historia clínica

- Evaluar riesgo de rabia y considerar la profilaxis antirrábica en viajeros que han sufrido mordeduras fuera del país
- Registrar situaciones de inmunosupresión: esplenectomía, cirrosis, terapia esteroidea
- Tratamientos antimicrobianos (cloxacilina, eritromicina) recientes (riesgo de infecciones por gérmenes resistentes, como *Pasteurella multocida*)

Mordeduras de perros

¿Cómo deben manejarse las mordeduras de perros?

- ✚ Examen clínico
 - ✚ Garantizar inmovilización cervical en niños con heridas craneales o faciales hasta descartar lesiones cervicales
 - ✚ Registrar la localización y distribución de las heridas (fotos)
 - ✚ Valorar el tamaño y profundidad de las heridas, gravedad de las lesiones con destrucción y desvitalización de tejidos, afectación de tendones o nervios y compromiso de huesos y articulaciones
 - ✚ Examen y desbridamiento completo de la herida, bajo anestesia si es necesario
 - ✚ Examen radiológico para descartar impactación de fragmentos dentales, si sospechamos lesiones óseas y en heridas del cuero cabelludo en niños

Mordeduras de perros

Manejo inicial de la herida

- ✚ Si sangra, controlar la hemorragia
- ✚ Lavar abundantemente con suero salino
- ✚ Eliminar cuerpos extraños
- ✚ En heridas pequeñas, cubrir con un apósito estéril
- ✚ En heridas faciales y grandes laceraciones con menos de 6 horas de evolución, acercamiento de los bordes con tiras adhesivas ("Steri-strip") en heridas, y valorar derivación
- ✚ En heridas de la mano (excepto heridas menores), heridas con lesiones por aplastamiento que precise desbridación, y en heridas faciales o con grandes laceraciones de >6 horas de evolución, derivar
- ✚ Tratamiento analgésico si fuera preciso
- ✚ Profilaxis antitetánica

Mordeduras de perros

Factores que incrementan el riesgo de infección

⚠ Dependientes del paciente

- ✓ Alcoholismo
 - ✓ Cirrosis, asplenia
 - ✓ Esteroides, artritis reumatoide
- diabetes mellitus, linfedema postradioterapia

Pasteurella
Capnocytophaga

Pasteurella

⚠ Dependientes de la herida

- ✓ Heridas de >6 horas de evolución
- ✓ Tejido desvitalizado
- ✓ Heridas previamente suturadas
- ✓ Heridas profundas, que afectan tendones, ligamentos y articulaciones
- ✓ Mordeduras en miembros, sobre todo en manos

Mordeduras de perros

Bacteriología

- Las heridas pueden ser no purulentas (30% mordeduras perros y 42% de gatos), purulentas (58% perros y 39% gatos) o abscesificadas (12% perros y 19% gatos)
- 60% presenta flora mixta compuesta por bacterias aerobias y anaerobias
 - Pasteurella multocida 50% perros y 75% gatos
 - Staphylococcus y Streptococcus en 40% mordeduras de ambos animales
 - Capnocytophaga canimorsus puede causar bacteriemia y sepsis fatal tras mordedura de animales, sobre todo en asplénicos o pacientes con enfermedad hepática de base
 - Bacteroides sp, fusobacteria, Porphyromonas species, Prevotella heparinolytica, propionibacteria, y peptostreptococci son anaerobios comúnmente aislados en heridas por mordedura tanto de perros como gatos

Mordeduras de perros

¿Cuándo recomendaremos tratamiento antibiótico?

Profilaxis

- ✓ Heridas en las manos, pies o en la cara
- ✓ Heridas punzantes
- ✓ Heridas que afectan articulaciones, tendones, ligamentos o sospecha de fractura
- ✓ Heridas que han sido suturadas
- ✓ Pacientes con prótesis valvulares o articulares, diabetes, cirrosis, asplenia o inmunosupresión

IDSA 2014 GRADE Fuerte/baja

Tratamiento

- ✓ Heridas con datos clínicos de infección

IDSA 2014 GRADE Fuerte/moderada

Mordeduras de perros

Antibióticos recomendados

Tratamiento oral/pacientes ambulatorios

- ✓ Amoxicilina/clavulánico 875mg c/12h o 500 mg/8h, 5-7 d
- ✓ Si alergia a betalactámicos:
 - ✓ Ciprofloxacino 500-750 mg/12h+Metronidazol 250-500 mg/8h o Clindamicina 300-450 mg c/8h
 - ✓ Moxifloxacino 400 mg/d
 - ✓ Doxiciclina 100 mg/12h
 - ✓ TMP/SMX oral, 160/800 c/12 + Clindamicina 300-450 mg c/8h

IDSA 2014 GRADE Fuerte/moderada

Tratamiento parenteral

- ✓ Combinaciones de β-lactámico/inhibidor de las β-lactamasas (ampicilina sulbactam), cefalosporinas de 2ª generación, carbapenem

Mordeduras de perros

Antibióticos recomendados

- En mujeres embarazadas alérgicas a betalactámicos se han utilizado ocasionalmente macrólidos (azitromicina o eritromicina), aunque deben ser estrechamente vigiladas por riesgo de fracaso terapéutico
- Deben evitarse las cefalosporinas de 1ª generación, penicilinas resistentes a penicilinasas (dicloxacilina), macrólidos (eritromicina) o clindamicina dada su escasa actividad in Vitro frente a Pasteurella multocida (**REC D-III IDSA**)

Mordeduras humanas

- ✚ Frecuentemente más graves que las mordeduras de animales
 - ✚ Heridas por mordedura per se
 - ✚ Heridas sobre el puño, tras golpear los dientes de otro individuo
- ✚ **Microbiología**
 - ✚ *Streptococcus del grupo viridans (80%)*
 - ✚ *Staphylococcus*
 - ✚ *Haemophilus*
 - ✚ *Eikenella corrodens*
 - ✚ Anaerobios: *Fusobacterium*, *peptostreptococcus*, *Prevotella*, *Porphyrromonas*
 - ✚ Transmisión potencial de herpes virus, hepatitis B y C, VIH

Patógenos implicados. Resistencias antimicrobianas

- **Streptococos del grupo *viridans*:**
 - ↑ prevalencia de resistencia a penicilina: 10-15%.
 - ↑ prevalencia de resistencia a macrólidos: 35-70%.
 - ↑ prevalencia de resistencia a clindamicina: 15%.
- ***Eikenella corrodens*:**
 - Resistente a metronidazol.
 - Resistente a clindamicina y macrólidos.
 - Resistente a cefalosporinas de 1ª y 2ª generación.

Aracil B et al. *J Antimicrob Chemother* 2001;48:592-4

Rodríguez-Avial I et al. *Rev Esp Quimioter* 2001;14:275-80

Mordeduras humanas

¿Cuándo recomendaremos tratamiento antibiótico?

■ Se recomienda iniciar profilaxis antimicrobiana tan pronto como sea posible a todos los pacientes independientemente de la apariencia de la herida.

■ Tratamiento oral/pacientes ambulatorios

■ Amoxicilina/clavulánico 875mg c/12h ó 500 mg/8h, 5-7 d

■ Si alérgicos a betalactámicos:

■ Ciprofloxacino 500-750 mg/12h o Levofloxacino 750 mg/d +
Metronidazol 250-500 mg/8h

■ Moxifloxacino 400 mg/d

IDSA 2014 GRADE Fuerte/moderada

■ Tratamiento parenteral

■ β-lactámico/inhibidor de las β-lactamasas (ampicilina sulbactam),
cefalosporinas de 2ª generación, carbapenem

Infecciones víricas de piel y mucosas

✚ Molusco contagioso

✚ Virus del papiloma humano

✚ Virus herpes simple

✚ Virus herpes zoster

Infecciones víricas de piel y mucosas

Molusco contagioso

- ✚ Virus del molusco contagioso (poxvirus VMC 1 y 2)

✚ Tratamiento tópico

- **Curetaje, criocirugía**
- Cantaridina
- Podofilotoxina
- Ac. Salicílico
- Retinoides
- Crema de imiquimod 3 veces/sem 1-3 meses
- Electrodesecación o cirugía con láser en casos extensos y refractarios



Ningún tratamiento definitivamente efectivo

van der Wouden JC, van der Sande R, Kruithof EJ, Sollie A, van Suijlekom-Smit LWA, Koning S. Interventions for cutaneous molluscum contagiosum. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017

Infecciones víricas de piel y mucosas

Virus del papiloma humano

- ✚ Virus del papiloma humano (VPH genotipos 1,2,5,8)

- ✚ *Formas clínicas*

 - ✚ *Verruga vulgar*

 - ✚ *Verruga plantar*

 - ✚ *Verruga plana*

- ✚ Valorar tratamiento en casos refractarios o doloroso

- ✚ Tratamiento tópico

 - En lesiones pequeñas: ácido salicílico 10-20% y ácido láctico en colodión
 - En lesiones grandes: ácido salicílico 40% en emplastro, durante 1 semana, seguido de aplicación de ácido salicílico-ácido láctico
 - Criocirugía, electrocirugía



Infecciones víricas de piel y mucosas

Virus del papiloma humano

Clinical recommendation

	<i>Evidence rating</i>
Topical salicylic acid therapy is recommended for nongenital cutaneous warts.	A
Cryotherapy is not recommended over salicylic acid for treatment of nongenital cutaneous warts.	A
There is poor evidence to recommend pulsed dye laser therapy for nongenital cutaneous warts.	B
There is insufficient evidence to recommend imiquimod for treatment of cutaneous warts.	B
There is inconsistent evidence to recommend bleomycin for treatment of cutaneous warts.	B
Intralesional immunotherapy with Candida skin test antigen can be used as a second-line therapy for cutaneous warts.	B

A = consistent, good-quality patient-oriented evidence; B = inconsistent or limited-quality patient-oriented evidence; C = consensus, disease-oriented evidence, usual practice, expert opinion, or case series

Infecciones víricas de piel y mucosas

Virus del papiloma humano

Tratamiento

- **Ensayo clínico** que compara la efectividad clínica y el coste de la crioterapia y el ácido salicílico tópico en el tratamiento de las verrugas plantares.
- 240 participantes del estudio, mayores de 12 años, fueron randomizados para recibir ácido salicílico tópico como una solución al 50% de auto-aplicada (diariamente un máximo de 8 semanas) o crioterapia (hasta cuatro tratamientos de dos a tres semanas de diferencia).
- **No hubo diferencias significativas entre los grupos de ácido salicílico y la crioterapia** con éxito: 14,29% (17/119) vs 13.64% (15/110) no tenían verrugas a las 12 semanas.
- ***Parece por tanto que el tratamiento definitivo de las verrugas plantares sigue aún sin concretarse, y ni la crioterapia ni el ácido salicílico probablemente sean más eficaces que la simple actitud de "esperar y ver."***

Infecciones víricas de piel y mucosas

Virus del papiloma humano

Tratamiento

INTERVENCIÓN	EFEECTO (RR, IC 95%)
Ácido salicílico (AS) vs placebo (total)	1.56 [1.20, 2.03]
AS vs placebo (manos)	2.67 [1.43, 5.01]
Crioterapia vs placebo	1.45 [0.65, 3.23]
Crioterapia agresiva vs crioterapia suave	1.90 [1.15, 3.15]
Crioterapia vs AS	1.23 [0.88, 1.71]
Crioterapia + AS vs crioterapia	1.24 [1.07, 1.43]

Infecciones víricas de piel y mucosas

Virus herpes simple



‡ Microbiología

- VHS-1
 - Herpes labial (80-90%), genital (10-30%), panadizo herpético en < 20 años
- VHS-2
 - Herpes genital (70-90%), labial (10-20%), panadizo herpético en adultos

‡ Epidemiología

- Más frecuente en adultos jóvenes
 - Transmisión: contacto piel-piel, piel-mucosa
 - Período de incubación: 2-20 días para la infección primaria
- ### ‡ Factores precipitantes
- de las recidivas: irritación de piel/mucosa, alteraciones hormonales, fiebre, IRA

Infecciones víricas de piel y mucosas

Virus herpes simple

Infección primaria

- Gingivostomatitis herpética primaria
- Herpes genital primario
- Infección primaria en otras zonas de inoculación
- Herpes cutáneo diseminado asociado a inmunosupresión cutánea
- Herpes primario en pacientes con inmunosupresión sistémica

Infección recurrente

- Primera infección sintomática
- Herpes labial
- Herpes genital
- Herpes recurrente en otras localizaciones
- Herpes cutáneo diseminado recurrente asociado a inmunosupresión
- Herpes recurrente en pacientes con inmunosupresión sistémica

Herpes primario

- Asintomático
- Gingivostomatitis, más frecuente en niños, o vulvovaginitis
- Eritema, seguido de vesículas (o erosiones en mucosas) en la zona a de inoculación
- Linfadenopatía regional, fiebre, mialgias y malestar general
- Las lesiones cutáneas remiten en 2-4 semanas



🚩 Herpes recurrente

- Placa de eritema con presencia variable de vesículas y erosiones
- Curan en 1-2 semanas
- Más frecuente en zona peribucal (90%), mejillas, nariz, zonas distales de los dedos



✚ Herpes cutáneo diseminado asociado a inmunosupresión cutánea

- Dermatitis atópica subyacente (eccema herpético)
- Vesículas umbilicadas y erosiones, confinadas a la piel eccematosa, no agrupadas
- Más frecuente en cara, cuello y tronco



Infecciones víricas de piel y mucosas

Virus herpes simple

- Tratamiento episódico intermitente
 - Infección primaria
 - Aciclovir 15 mg/kg oral (hasta max 200 mg) 5 veces/día durante 7 días (**REC II**)
 - Valaciclovir 1 gr 2 veces/d 7 días
 - Famciclovir 500 mg 2 veces/d 7 días

- Infecciones recurrentes

Es eficaz cuando se inicia en las primeras 48h tras el inicio del brote

- Tratamiento sistémico (**REC I-II/B**)
 - Aciclovir 400 mg 5 v/d 5 d
 - Valaciclovir 2 g 2 v/d 1 d
 - Famciclovir 500 mg, 3 cp en una sola dosis
- Tratamiento tópico (**REC I/B**)
 - Crema Aciclovir 3-5% 5 v/d 4 d
 - Crema Penciclovir 1% cada 2h 4 d

Infecciones víricas de piel y mucosas

Virus herpes simple

- Tratamiento crónico supresor
 - Beneficio clínico pequeño
 - Indicado en pacientes con recurrencias frecuentes acompañadas de dolor severo, lesiones importantes, dificultades para la masticación o duración prolongada de los síntomas **(REC II)**
- Aciclovir 800 mg/d 4 meses
- Valaciclovir 500-1000 mg 1 vez/d 4-6 meses
- Fanciclovir 250-500 mg 2 veces/d en ciclos de 10 d

Infecciones Víricas de Piel y Mucosas

Virus herpes zoster

Microbiología

- Infección dermatomérica aguda por la reactivación del virus varicela-zoster, que permanece latente en ganglios nerviosos sensitivos tras la primoinfección (varicela)

Epidemiología

- Incidencia 1,2-3,4/ 1000 hab y año, alcanzando 12/1000 en >65 años
- < 1% presentan un segundo episodio
- Factores de riesgo
 - Edad avanzada
 - Neoplasias
 - Infección por VIH
 - Quimioterapia, radioterapia

Infecciones Víricas de Piel y Mucosas

Virus herpes zoster

- # Fase prodrómica
- # Erupción cutánea
 - Pápulas en las primeras 24h, que evolucionan a vesículas-ampollas (48h), pústulas (96h) y costras (7-10 días), con base eritematosa
 - Distribución dermatomérica unilateral
 - Más frecuente torácico (62%), lumbar (14%) y cervical (11%)
- # Complicaciones



Infecciones Víricas de Piel y Mucosas

Virus herpes zoster

- # **Objetivos del tratamiento**
 - # **Controlar la sintomatología aguda**
 - # Acelerar la curación de las lesiones
 - # Limitar la severidad y duración del dolor agudo asociado
 - # **Reducir el riesgo de complicaciones**
 - # Neuralgia postherpética
 - # Afectación ocular en herpes zoster oftálmico
 - # Otras: encefalitis, mielitis, parálisis de pares craneales o nervios periféricos, hemiparesia contralateral tardía

Infecciones Víricas de Piel y Mucosas

Virus herpes zoster

Fármacos antivirales

ACICLOVIR	Análogo nucleósido de guanina Inhibe ADN polimerasa viral	Biodisponibilidad oral 20%	5-10 mg/kg 3v/d 7d IV 800 mg 5v/d 7d oral
VALACICLOVIR	1-valil-éster aciclovir	Biodisponibilidad oral 65%	1000 mg 3v/d 7 d
FAMCICLOVIR	Profármaco de penciclovir Análogo nucleósido de guanina	Biodisponibilidad oral 77%	500 mg 3v/d 7 d
BRIVUDINA	Derivado desoxiuridina Interacciona con ADN polimerasa viral	Biodisponibilidad 30%	125 mg 1v/d 7d

Infecciones Víricas de Piel y Mucosas

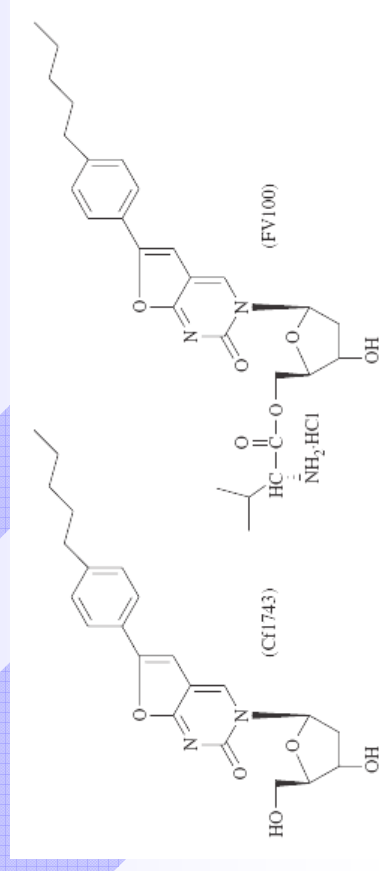
Virus herpes zoster

🚩 Fármacos antivirales en investigación

Análogos bicíclicos de nucleósidos

(Bicyclic nucleoside analogues o BCNAs)

- Actividad inhibitoria in vitro 1000 veces más potente que aciclovir
- Alta selectividad frente al virus varicela-zoster



Infecciones Víricas de Piel y Mucosas

Virus herpes zoster

- # Control de la sintomatología aguda
 - # Resolución de las lesiones cutáneas y el dolor agudo
 - # Aciclovir
 - # Reduce el tiempo de resolución de lesiones cutáneas
 - # Reduce el dolor durante el tratamiento

Oral acyclovir in acute herpes zoster. McKendrick Mw et al. Br Med J (Clin Res Ed). 1986

- # Reducción de la mediana de tiempo con dolor (de 101 a 41 días) y de la persistencia del dolor a los 6 meses (de un 35% a un 15% de los pacientes)

Oral acyclovir therapy accelerates pain resolution in patients with herpes zoster: a metaanalysis of placebo-controlled trials. Wood Mj et al. Clin Infect Dis 1996.

Infecciones Víricas de Piel y Mucosas

Virus herpes zoster

- # Control de la sintomatología aguda
 - # Resolución de las lesiones cutáneas y el dolor agudo
- # **Valaciclovir**
 - # Eficacia similar a aciclovir en la resolución de lesiones
 - # Reduce el tiempo medio de resolución del dolor
- # **Famciclovir**
 - # Acelera la curación de las lesiones y reduce el tiempo de diseminación viral
 - # Reduce la duración del dolor postherpético en 2 meses
 - # Famciclovir 500 mg/8h es similar a valaciclovir en la resolución de las lesiones cutáneas y en el control del dolor

Randomized, Controlled Clinical Trial of Valaciclovir and Famciclovir Therapy in Immunocompetent Patients 50 Years and Older S Tying et al. Arch Fam Med. 2000
- # **Brivudina**
 - # Eficacia similar a aciclovir en la resolución de las lesiones

Oral brivudin in comparison with acyclovir for improved therapy of herpes zoster in immunocompetent patients: results of a randomized, double-blind, multicentered study. Wassilew SW Antiviral Res. 2003

Infecciones Víricas de Piel y Mucosas

Virus herpes zoster

Controlar la sintomatología aguda

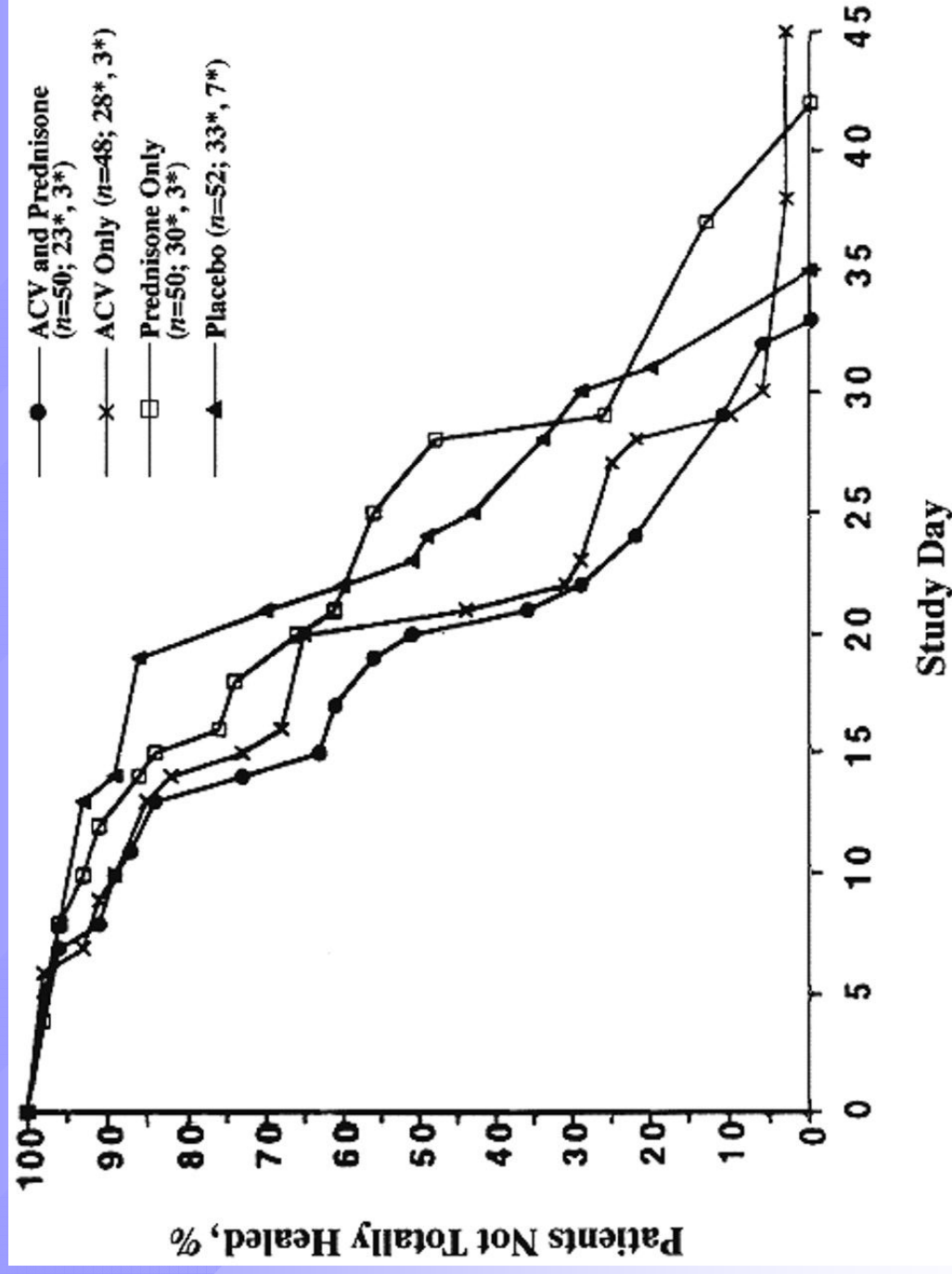
- # Tratamiento del dolor agudo
 - # Analgésicos
 - # Esteroides orales
- # Cuidados de las lesiones dérmicas
 - # No está indicado el tratamiento tópico con antivirales
 - # Antisépticos (?)

Dependent Variable	Risk Ratio (95% CI)				
	Acyclovir plus Prednisone Compared with Placebo	Acyclovir plus Prednisone Placebo Compared with Placebo	Prednisone plus Acyclovir Placebo Compared with Placebo	Main Effect of Acyclovir: Compared with No Acyclovir	Main Effect of Prednisone: Compared with No Prednisone
One-month evaluation of cutaneous healing					
Time to total crusting	2.27 (1.46 to 3.55) [†]	1.51 (0.98 to 2.33)	1.04 (0.67 to 1.63)	1.81 (1.32 to 2.48) [†]	1.25 (0.90 to 1.74)
Time to total healing	2.07 (1.26 to 3.38) [†]	1.57 (0.97 to 2.53)	0.90 (0.53 to 1.52)	1.88 (1.32 to 2.67) [†]	1.11 (0.78 to 1.59)
One-month evaluation of quality of life					
Time to cessation of acute neuritis	3.02 (1.42 to 6.41) [†]	1.47 (0.67 to 3.21)	2.54 (1.22 to 5.31) [†]	1.29 (0.79 to 2.10)	2.28 (1.35 to 3.86) [†]
Time to uninterrupted sleep	2.12 (1.25 to 3.58) [†]	1.18 (0.68 to 2.05)	1.52 (0.90 to 2.58)	1.29 (0.88 to 1.89)	1.65 (1.14 to 2.41) [†]
Time to return to 100% usual activity	3.22 (1.92 to 5.40) [†]	1.63 (0.96 to 2.76)	1.50 (0.89 to 2.53)	1.90 (1.33 to 2.71) [†]	1.74 (1.21 to 2.51) [†]
Time to no use of analgesic agents	3.15 (1.69 to 5.89) [†]	1.27 (0.66 to 2.49)	2.02 (1.06 to 3.85) [†]	1.44 (0.95 to 2.15) [†]	2.25 (1.42 to 3.54) [†]
Six-month evaluation of pain					
Time to cessation of zoster-associated pain	1.56 (0.92 to 2.66)	1.39 (0.84 to 2.32)	1.26 (0.72 to 2.21)	1.29 (0.94 to 1.77)	1.26 (0.91 to 1.75)

* Prognostic variables included in the model were sex, race, age, number and duration of lesions before enrollment, surface area of lesions, and severity of pain at baseline.
[†] P < 0.05.

Acyclovir with and without Prednisone for the Treatment of Herpes Zoster A Randomized, Placebo-Controlled Trial Whitley et al. Ann Intern Med 1996

Time to total healing of localized herpes zoster in the normal host



Whitley, R. J. et. al. Ann Intern Med 1996;125:376-383

Infecciones Víricas de Piel y Mucosas

Virus herpes zoster

Reducir el riesgo de complicaciones

NEURALGIA POSTHERPÉTICA

- # Definición: la persistencia de síntomas sensoriales (dolor, parestesias alodinia) al menos 1 mes después del comienzo del herpes zoster
- # Neuralgia herpética Aguda: en los primeros 30 días tras la aparición del rash
- # Neuralgia herpética Subaguda: entre 30 y 120 días
- # Neuralgia postherpética: más de 120 días

RW Johnson and RH Dworkin, *BMJ* 2003;326:748-750

Infecciones Víricas de Piel y Mucosas

Virus herpes zoster

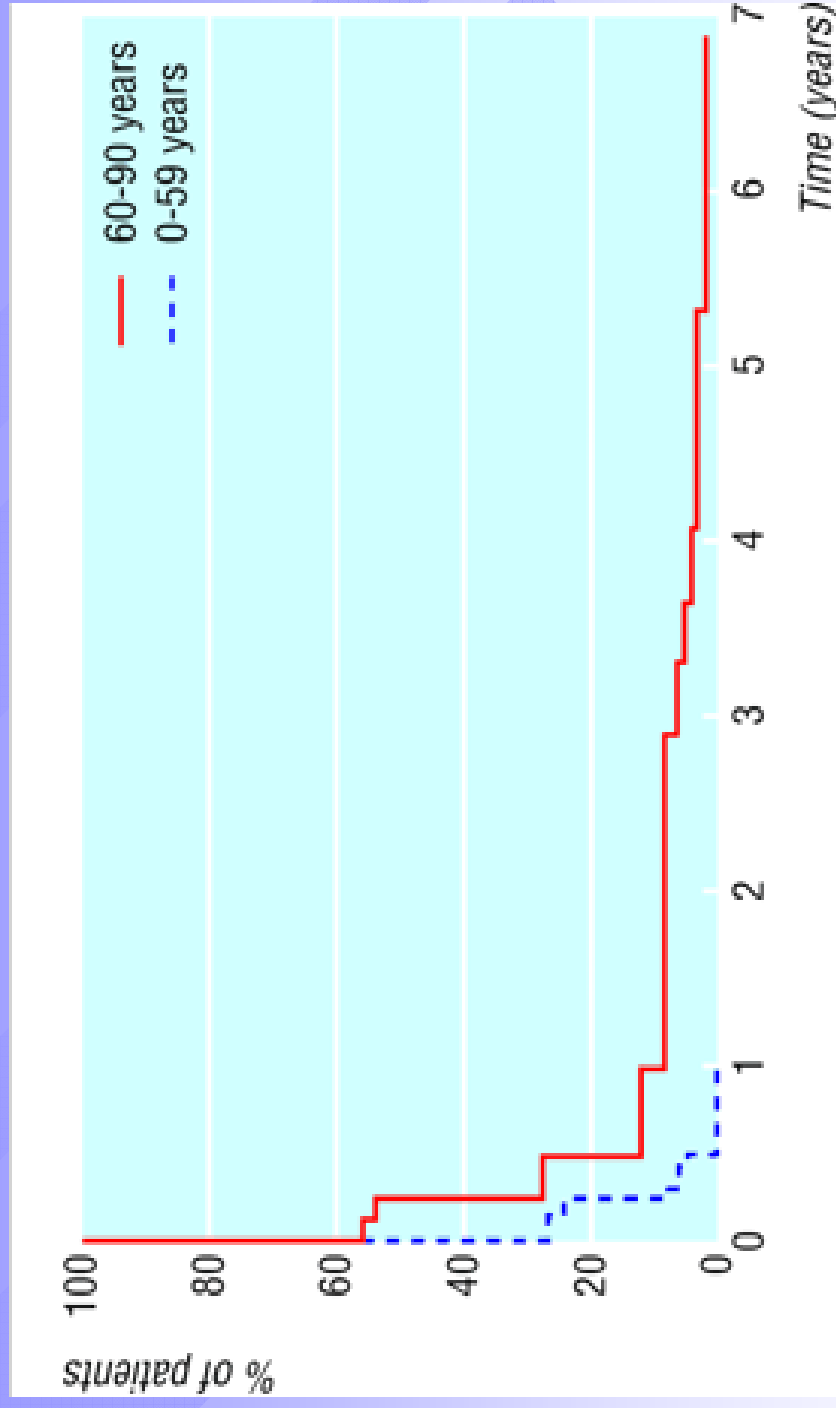
NEURALGIA POSTHERPETICA

#Factores de riesgo

- #Edad (> 50-60 años)
- #Severidad del dolor agudo durante el rash
- #Severidad del rash cutáneo
- #Presencia de pródromos de dolor neurálgico antes de la aparición del rash

La presencia de estos factores eleva a un 50-75% el riesgo de padecer dolor persistente 6 meses después del inicio del rash

NEURALGIA POSTHERPETICA



Prevalence of postherpetic neuralgia after a first episode of herpes zoster: prospective study with long term follow up.

Helgason S et al. BMJ 2000

Infecciones Víricas de Piel y Mucosas

Virus herpes zoster

NEURALGIA POSTHERPETICA

🚩 Papel de los fármacos antivirales

Fármaco	NNT
<u>Aciclovir</u>	3-8
Valaciclovir	17*
<u>Famciclovir</u>	12

Does treatment of acute herpes zoster prevent or shorten postherpetic neuralgia? A systematic review of the literature.

Alper BS, Lewis PR. *J Fam Pract* 2000

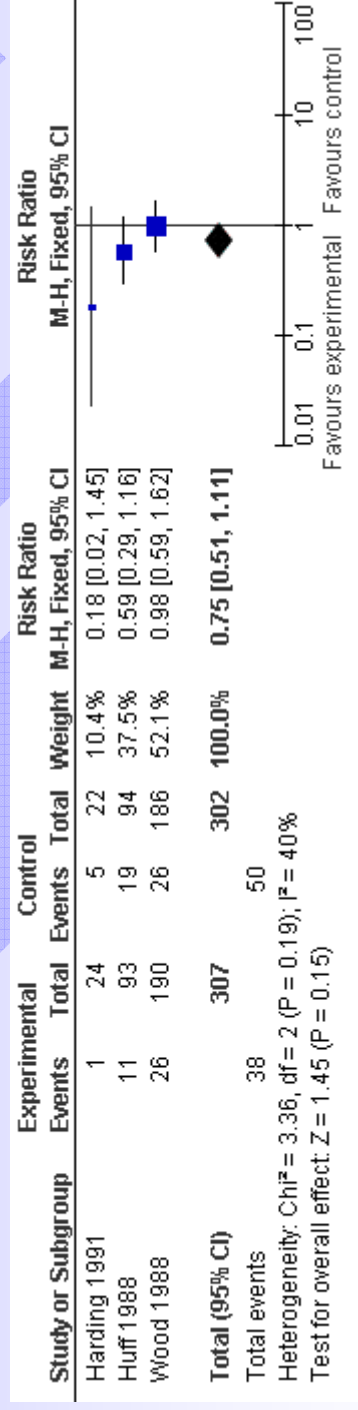
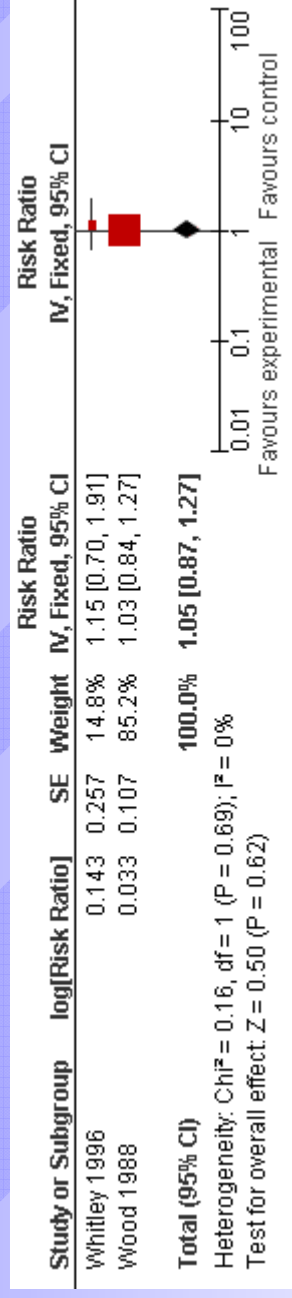
Rec A AFP 2005

Infecciones Víricas de Piel y Mucosas

Virus herpes zoster

NEURALGIA POSTHERPETICA

ACICLOVIR



Qifu Li et al. *Tratamiento antiviral para la prevención de la neuralgia posherpética (Revision Cochrane traducida)*. En: *Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3*.

Antiviral treatment for preventing postherpetic neuralgia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 2. Art. No.: CD006866

Aciclovir oral no redujo significativamente la incidencia de NPH, definida como el dolor de 120 días de duración o más a partir de la aparición de la erupción cutánea.

Hubo algunas pruebas de una reducción de la incidencia del dolor cuatro semanas después de la aparición de la erupción cutánea.

No hubo suficientes pruebas de ensayos controlados aleatorios para apoyar el uso de otros antivirales para prevenir la NPH.

Qifu Li et al. Tratamiento antiviral para la prevención de la neuralgia postherpética (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3.

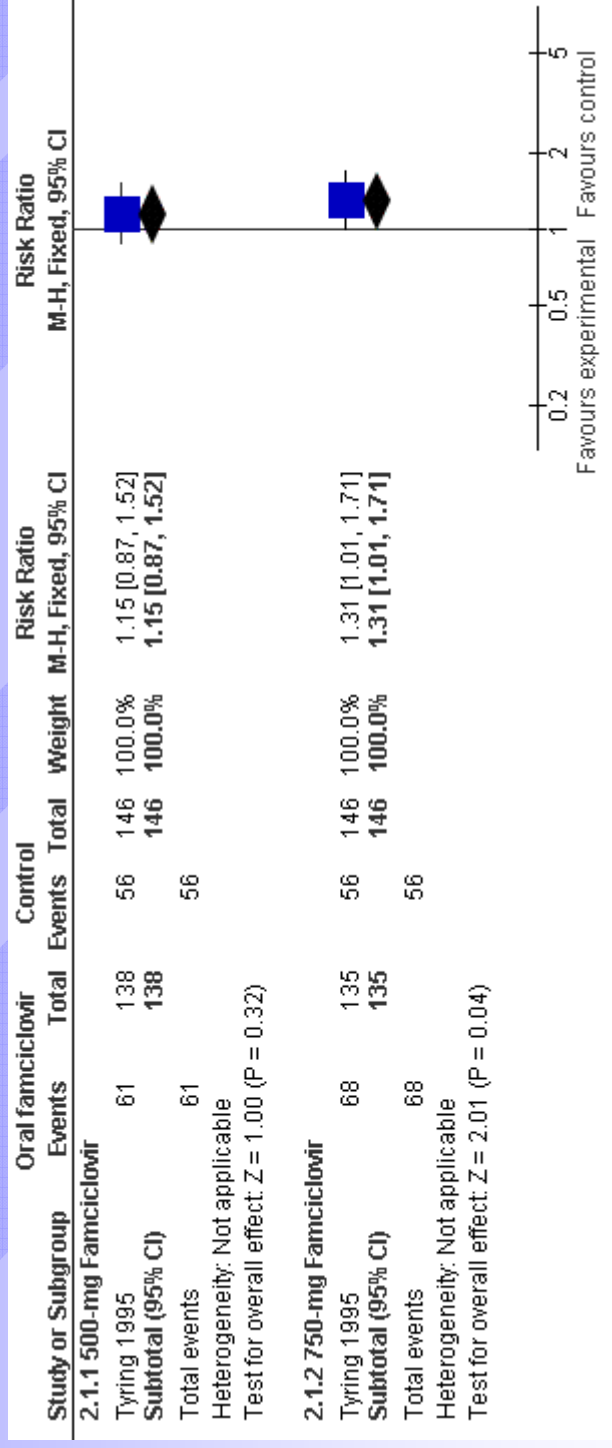
Antiviral treatment for preventing postherpetic neuralgia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 2. Art. No.: CD006866

Infecciones Víricas de Piel y Mucosas

Virus herpes zoster

NEURALGIA POSTHERPETICA

#FAMCICLOVIR



Qifu Li et al. *Tratamiento antiviral para la prevención de la neuralgia posherpética (Revision Cochrane traducida)*. En: *Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3*.

Antiviral treatment for preventing postherpetic neuralgia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 2. Art. No.: CD006866

Infecciones Víricas de Piel y Mucosas

Virus herpes zoster

NEURALGIA POSTHERPETICA

🚩 Papel de los corticoides

5 ensayos clínicos (EARC) 787 pacientes	Presencia de neuralgia postherpética 6 meses después del rash RR (IC 95%)
Corticoides vs grupo control	1,27 (0.2-7.97)
Corticoides + antivirales vs placebo + antivirales	0.9 (0.40-2.03)

He L, Zhang D, Zhou M, Zhu C. Corticosteroids for preventing postherpetic neuralgia.
Cochrane Database of Systematic Reviews 2008

Infecciones Víricas de Piel y Mucosas

Virus herpes zoster

NEURALGIA POSTHERPETICA

🚩 Tratamiento de la neuralgia postherpética
establecida **Rec A AFP 2005**

FARMACO	NNT
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS	2,64
GABAPENTINA	4,39
PREGABALINA	4,93
OPIOIDES	2,67
TRAMADOL	4,76

Hempenstall K, Nurmikko TJ, Johnson RW, A'Hern RP, Rice AS (2005) Analgesic Therapy in Postherpetic Neuralgia: A Quantitative Systematic Review. *PLoS Med* 2(7): e164

Infecciones Víricas de Piel y Mucosas

Virus herpes zoster

NEURALGIA POSTHERPÉTICA

Tratamiento

Fármaco	Dosis inicio	Incrementos	Dosis máxima	Efectos adversos
Opioides (oxicodona)	5 mg/4 h	5 mg 4 veces al día cada 2 días	Consultar si >120 mg/d	Náuseas, vómitos estreñimiento, sedación
Tramadol	50 mg /12-24 h	50-100 mg/d en dosis divididas cada 2 días	400 mg/d; en >75 años, 300 mg/d	Náuseas, vómitos, estreñimiento, sedación, inestabilidad, convulsiones, hipotensión
Gabapentina	300 mg al acostarse, o 100-300 mg/8h	100-300 mg/8h cada 2 días	1200 mg/8h	Sedación, inestabilidad, edema periférico
Pregabalina	75 mg al acostarse o 75 mg/ 12 h	75 mg/12 h cada 3 días	600 mg diarios (300 mg/12 h)	Sedación, inestabilidad, edema periférico
Antidepresivos tricíclicos	25 mg al acostarse	25 mg diarios cada 2-3 días	150 mg diarios	Sedación, sequedad de boca, visión borrosa, ganancia de peso, retención urinaria
Prednisona	60 mg/d 7 días	Pauta descendente	60 mg diarios	Gastrointestinales, náuseas, edema

Infecciones Víricas de Piel y Mucosas

Virus herpes zoster

NEURALGIA POSTHERPETICA

#Profilaxis. Inmunoterapia

- Vacuna con cepas Oka/Merck atenuadas de virus varicela zoster ("vacuna zoster")
- EC randomizado, controlado con placebo, administrándola a 38,546 adultos >60 años.
- 957 casos de herpes zoster (315 en el grupo vacunado y 642 en el grupo placebo)
- Reducción 61,1% carga de enfermedad
 - Reducción 66,5% incidencia de neuralgia postherpética
 - Reducción 51,3% incidencia de herpes zoster

Infecciones Víricas de Piel y Mucosas

Virus herpes zoster

HERPES OFTÁLMICO

- ✚ Sin tratamiento antiviral, 50% pacientes presentarán complicaciones oculares (queratopatía, epiescleritis, iritis)
- ✚ El tratamiento antiviral reduce las complicaciones
- ✚ Aciclovir, famciclovir y valaciclovir son eficaces en el tratamiento
- ✚ Es necesaria una valoración por un oftalmólogo experimentado

International Herpes Management Forum (IHMF) Improving the Management of Varicella, Herpes Zoster and Zoster-associated Pain (November 2002)

Infecciones Víricas de Piel y Mucosas

Virus herpes zoster

- Tratamiento
 - Medidas generales: soluciones astringentes, analgésicos
 - Tratamiento sistémico **Rec A AFP 2005**
 - <50 años (pacientes inmunocompetentes) si hay afectación oftálmica, afectación cutánea severa, complicaciones
 - >50 años (pacientes inmunocompetentes)
 - A todos los pacientes dentro de las primeras 72 horas tras la aparición de las lesiones dérmicas
 - Aconsejan tratamiento en aquellos que tras 72 horas siguen apareciendo lesiones dérmicas nuevas
 - Pacientes inmunodeprimidos
- Fármacos
 - Aciclovir 800 mg/ 5 veces al día VO 7-10 días
 - Famciclovir 250 mg /8 h/ o 750 mg VO dosis única diaria 7 días
 - Valaciclovir 1000 mg/ 8 h/ 7 días VO

Infecciones Víricas de Piel y Mucosas

Virus herpes zoster

- Actuación ante contacto con caso de herpes zoster
 - En individuos expuestos con h^º conocida de inmunidad o no inmunodeprimidos **NO INTERVENCIÓN**
 - Garantizar **INMUNIZACIÓN PASIVA** con Ig Varicela-Zoster tras *contacto significativo* en:
 - Inmunodeprimidos no inmunizados (por vacuna o enfermedad previa)
 - Embarazadas con serología negativa para VZ
 - Neonatos
- *Contacto significativo*
 - Contacto cara a cara o en la misma habitación durante >15 min
 - Herpes zoster diseminado
 - Lesiones en zonas expuestas
 - Inmunodeprimido con herpes zoster

Infecciones Micóticas Superficiales

#Pitiriasis versicolor

#Dermatofitosis

#Onicomycosis

#Candidiasis cutánea

Infecciones micóticas superficiales

Pitiriasis versicolor



- ✚ **Microbiología**
 - *Malassezia globosa*, *M. furfur*
- ✚ **Clínica**
- ✚ **Tratamiento tópico**
 - Ketoconazol 2% crema o champú c/24h, 3 d.
 - Solución jabonosa de sulfuro de selenio al 2,5% , 1 aplic/d 1 sem
 - Piritionato de zinc al 1% 1 aplic/d 2 sem
 - Terbinafina al 1% en solución 2 aplic. c/24h, 7 d
- ✚ **Tratamiento sistémico**
 - Sólo en casos muy extensos o resistentes al tratamiento tópico
 - Fluconazol 300mg c/sem, 2-3 sem.
 - Itraconazol 200mg c/24h, 5 d.
- ✚ **En recurrencias**
 - Itraconazol, 400 mg en dos dosis, 1 día al mes durante 6 meses
 - Sulfuro de selenio, 1º y 3º día de cada mes, 6 meses

Infecciones micóticas superficiales

Dermatofitosis

- Etiología
 - 3 géneros de dermatofitos: *Trichophyton*, *Microsporum* y *Epidermophyton*
 - *T. rubrum* es la causa más frecuente de dermatofitosis epidérmica y onicomicosis
 - *T. tonsurans* y *T. violaceum* ocasionan con más frecuencia tiñas del cuero cabelludo
- Epidemiología
 - 10-20% riesgo estimado a lo largo de la vida
 - Niños (tiña del cuero cabelludo) y adultos jóvenes (pie de atleta, zona intertriginosas)
 - Transmisión: de persona a persona (fómites o contacto directo), de animales o del suelo
- Factores predisponentes: atopia, aplicación de esteroides tópicos, inmunosupresión

Infecciones micóticas superficiales

TABLA 4. Presentaciones clínicas de las dermatofitosis y rentabilidad del examen microscópico directo

Dermatofitosis	Nº de casos/porcentaje	Examen microscópico directo (n.º de casos/porcentaje)		
		Positivo	Negativo	No realizado
<i>Tinea unguium</i>	192/39,1	50/26,0	15/7,8	127/66,2
<i>Tinea corporis</i>	123/25,1	30/24,4	19/15,4	74/60,2
<i>Tinea pedis</i>	62/12,6	16/25,8	10/16,1	36/58,1
<i>Tinea capitis</i>	55/11,2	15/27,3	5/9,1	35/63,6
<i>Tinea barbae</i>	22/4,5	4/18,2	9/40,9	9/40,9
<i>Tinea manuum</i>	17/3,5	1/5,9	4/23,5	12/70,6
<i>Tinea cruris</i>	11/2,2	4/36,4	4/36,4	3/27,2
No indicada	9/1,8	3/33,3	3/33,3	3/33,3

Monzón de la Torre A, Cuenca-Estrella M y Rodríguez-Tudela JL.
 Estudio epidemiológico sobre las dermatofitosis en España (abril-junio 2001).
 Enferm Infecc Microbiol Clin 2003;21(9):477-83

Infecciones micóticas superficiales

TABLA 5. Identificaciones más frecuentes de las cepas enviadas a la unidad de micología estratificadas por tipo de dermatofitosis

Dermatofitosis	Especie	Nº de casos/porcentaje
<i>Tinea unguium</i> (n = 157)	<i>Trichophyton rubrum</i>	116/73,9
	<i>T. mentagrophytes</i>	35/22,3
<i>Tinea corporis</i> (n = 111)	<i>T. rubrum</i>	41/36,9
	<i>Microsporium canis</i>	23/20,7
	<i>T. mentagrophytes</i>	23/20,7
<i>Tinea pedis</i> (n = 56)	<i>T. rubrum</i>	31/55,3
	<i>T. mentagrophytes</i>	16/28,5
	<i>Epidermophyton floccosum</i>	5/8,9
<i>Tinea capitis</i> (n = 51)	<i>M. canis</i>	20/39,2
	<i>T. violaceum</i>	8/15,7
	<i>T. tonsurans</i>	7/13,7
	<i>T. mentagrophytes</i>	6/11,7
<i>Tinea barbae</i> (n = 22)	<i>T. mentagrophytes</i>	15/68,2
	<i>T. rubrum</i>	4/18,2
<i>Tinea manuum</i> (n = 13)	<i>T. mentagrophytes</i>	6/46,1
	<i>T. rubrum</i>	5/38,5
<i>Tinea cruris</i> (n = 11)	<i>T. rubrum</i>	8/72,7
	<i>E. floccosum</i>	2/18,2

Monzón de la Torre A, Cuenca-Estrella M y Rodríguez-Tudela JL.
 Estudio epidemiológico sobre las dermatofitosis en España (abril-junio 2001).
 Enferm Infecc Microbiol Clin 2003;21(9):477-83

Infecciones micóticas superficiales

Dermatofitosis

- # Tinea pedis
- # Tinea manus
- # Tinea cruris
- # Tinea corporis



⚠ Tinea pedis

- ⚠ Afectación interdigital, con descamación, maceración y fisuras, más frecuente entre el 4º y 5º dedo
- ⚠ En ocasiones, afectación plantar (en mocasín) o con vesículas-ampollas



🚩Tinea manus

- 🚩Hiperqueratosis difusa, con escamas en las rayas de las manos y fisuras en la palma
- 🚩Unilateral en 50% casos



┆ Tinea cruris

- ┆ Placas de gran tamaño, en ingles y muslos
- ┆ Descamadas, bien delimitadas, de color rojo mate/pardo
- ┆ Con pápulas o pústulas en los bordes

‡Tinea corporis

- ‡Placas escamosas, bien delimitadas, de pequeño o gran tamaño, anulares
- ‡Con pústulas o vesículas en el borde, con aclaramiento central
- ‡Por autoinoculación o contacto con animales



Valor diagnóstico de signos y síntomas en la tiña

Signo/ síntoma	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN
Descamación	77%	20%	17%	80%
Eritema	69%	31%	18%	83%
Prurito	54%	40%	16%	80%
Aclaramiento central	42%	65%	20%	84%
Anillos concéntricos	27%	80%	23%	84%
Maceración	27%	84%	26%	84%

Lousbergh et al. Fam Practice 1999

Valor diagnóstico de signos y síntomas en la tiña

Prueba	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN
Diagnóstico clínico	81%	45%	24%	92%
Exámen KOH	88%	95%	73%	98%

Lousbergh et al. *Fam Practice* 1999

Infecciones micóticas superficiales

Dermatofitosis

Tiña del pie, de la mano, corporal y crural

Tratamiento tópico

Imidazoles

Clotrimazol, miconazol, econazol, ketoconazol, oxiconazol

Alilaminas

Terbinafina, naftifina

Ciclopiroxolamina

Crawford F, Hollis S. Tratamientos tópicos para las infecciones micóticas de la piel y de las uñas del pie (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008

FARMACO	RRFC (IC 95%)
Alilaminas vs placebo	0,33 (0.24-0.44)
Imidazoles vs placebo	0.30 (0.20 -0.45)
Ciclopiroxolamina vs placebo	0,27 (0,11 a 0,66)
Alilaminas vs imidazoles	0.63 (0.42 -0.94)

*El-Gohary M, van Zuuren E, Fedorowicz Z, Burgess H, Doney L,
Stuart B, Moore M, Little P.*

*Tratamientos antimicóticos tópicos para la tiña crural y la tiña
corporal. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014*

FARMACO	CR (IC 95%)	NNT (IC 95%)
Terbinafina vs placebo	4.51 (3.1-6.5)	3 (2-4)
Naftifina vs placebo	2.38 (1.8-3.1)	3 (2-4)
Clotrimazol vs placebo	2.87 (2.28 – 3.62)	2 (2-3)
Alilaminas vs imidazoles	1.01 (0.94 – 1.07)	

Brian Thomas. Clear choices in managing epidermal tinea infections. J Fam Practice 2003

FARMACO	NNT
Clotrimazol	2.9
Miconazol	2.8
Econazol	2.6
Oxiconazol	2.9
Terbinafina	1.6
Naftifina	1.9

NNT: calculado en ensayos controlados para tiña pedis tras 6 semanas de tratamiento

Crawford F, Hollis S. Tratamientos tópicos para las infecciones micóticas de la piel y de las uñas del pie (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008

- ✦ En ensayos controlados con placebo, imidazoles y alilaminas son eficaces
- ✦ Existen suficientes ensayos comparativos para valorar la eficacia relativa entre imidazoles y alilaminas
- ✦ La alilaminas curan ligeramente más infecciones que los azoles

Infecciones micóticas superficiales

Dermatofitosis

Tiña del pie, de la mano, corporal y crural

Tratamiento oral

Indicaciones

- ✚ Afectación de palmas o plantas
- ✚ Infección extensa o que afecte a múltiples áreas
- ✚ Pacientes inmunocomprometidos
- ✚ Intolerancia al tratamiento tópico
- ✚ Fracaso del tratamiento tópico
- ✚ Infección crónica

Infecciones micóticas superficiales

Dermatofitosis

Tiña del pie, de la mano, corporal y crural

Tratamiento oral

Fármacos

Terbinafina

¿Son eficaces?

Azoles: itraconazol, fluconazol

Griseofulvina

¿Son seguros?

FARMACO	NNT o RRFC	Comentarios
Terbinafina vs placebo	NNT 1.5	Revisión sistemática Tiña pedis, corporis, cruris
Terbinafina vs itraconazol	No diferencias	Revisión sistemática Tiña pedis
Terbinafina vs griseofulvina	RRFC 50%	Revisión sistemática Tiña pedis
Itraconazol vs placebo	NNT 1.7 NNT 1.8	Tiña pedis Tiña corporis, cruris
Itraconazol vs fluconazol	RRFC 5% (NS)	Pequeños ensayos Tiña manos, pedis
Itraconazol vs Griseofulvina	RRFC 19% RRFC 37%	Tiña cruris, corporis Tiña pedis, manos
Fluconazol vs Griseofulvina	RRFC 12% (NS)	Tiña corporis, cruris
Fluconazol vs ketoconazol	RRFC 4%	Pequeños ensayos

Brian Thomas. J Fam Practice 2003

Bell-Syer SEM et al. Oral treatments for fungal infections of the skin of the foot. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2004

Chia-Hsuiin Chang et al. The Safety of Oral Antifungal Treatments for Superficial Dermatophytosis and Onychomycosis: A Meta-analysis. The American Journal of Medicine 2007

FARMACO	Riesgo suspender tratamiento (IC 95%)	Riesgo elevación transaminasas (IC 95%)
Terbinafina 250 mg/d	3.44 (2.28–4.61)	0.34 (0.09–0.60)
Terbinafina 500 mg/d 1/4sem	2.09 (0.00–4.42)	0.56 (0.00–1.33)
Itraconazol 100 mg/d	1.96 (0.35–3.57)	0.11 (0.00–0.32)
Itraconazol 200 mg/d	4.21 (2.33–6.09)	0.70 (0.33–1.06)
Itraconazol 400 mg/d 1/4sem	2.58 (1.15–4.01)	0.39 (0.00–0.93)

Infecciones micóticas superficiales

Dermatofitosis

Tiña del pie, de la mano, corporal y crural

✚ Tratamiento tópico

- Terbinafina 1% 1-2 aplic. c/24h 1-4 semanas
- Alternativas: Imidazoles 1-4 semanas (Clotrimazol 1% 2-3 aplic. c/24h., Miconazol 1% o 2% 1-2 aplic. c/24h., Ketoconazol 2% crema 1aplic. c/24h., Oxiconazol 1% crema 1-2 apli. c/24h. o Sertaconazol 2% crema 2 aplic. c/24h.

✚ Tratamiento oral

- ✚ Piel lampiña
 - ✚ Terbinafina 250 mg/24 h 1-2 sem
 - ✚ Itraconazol 100 mg/24 h 2 sem o 200 mg/24 h 1 sem
 - ✚ Fluconazol 150 mg/ semana, 1-4 sem
- ✚ Plantas y palmas
 - ✚ Terbinafina 250 mg/ 24 h 2 sem
 - ✚ Itraconazol 100mg /24 h 4 sem o 200 mg/24 h 2 sem
 - ✚ Fluconazol 150 mg semana, 1-4 sem

Infecciones micóticas superficiales

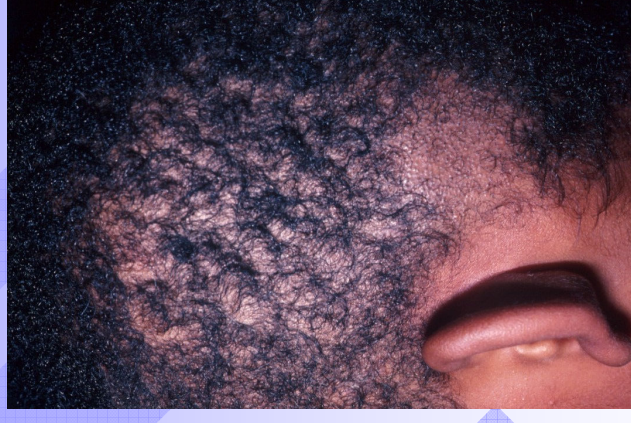
Dermatofitosis

Tinea capitis

- ✚ Tipo ectotrix en "placa gris" (*Microsporum*)



- ✚ Tipo endotrix en "punto negro" (*Trichophyton*)



- ✚ Querión (*T. verrucosum*, *mentagrophytes*)



Infecciones micóticas superficiales

Dermatofitosis

Tiña del cuero cabelludo y barba

FARMACO	Dosis	Grado* de recomendación
Griseofulvina	0,5-1 g/día 6-8 semanas 15-20 mg/kg/d	A
Terbinafina	250 mg/día 4 semanas <20 kg 6,25 mg/d 20-40 kg 125 mg/d	A
Itraconazol	100 mg/día 5 semanas 3-5 mg/kg/d	B
Tratamiento tópico	Sulfuro de selenio 2,5 % o ketoconazol 2%	B

Infecciones micóticas superficiales

Onicomycosis

✚ Etiología

- ✚ Dermatofitos (>95%) *T. rubrum*, *T. mentagrophytes*
- ✚ Levaduras (2%) *C. Albicans*
- ✚ Hongos (*Scopulariopsis*, *Acremonium*, *Aspergillus*)

✚ Epidemiología

- ✚ En España (onicomycosis por dermatofitos)
 - ✚ Prevalencia 2,6%
 - ✚ Más frecuente en mujeres (1,8%) y en > 55 años (1,2%)
- ✚ Factores predisponentes: atopia, diabetes, inmunosupresión, uso de calzado cerrado

Infecciones micóticas superficiales

Onicomycosis

#Formas clínicas

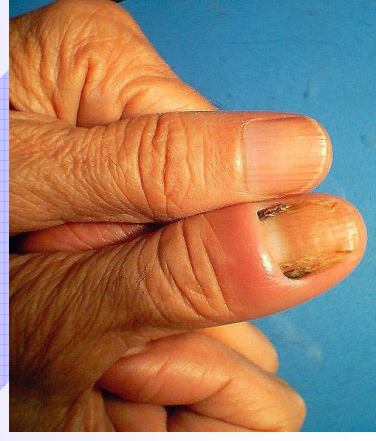
#Onicomycosis subungueal distal y lateral



#Onicomycosis blanca superficial



#Onicomycosis subungueal proximal



#Paroniquia por *Candida*

Infecciones micóticas superficiales

Onicomycosis

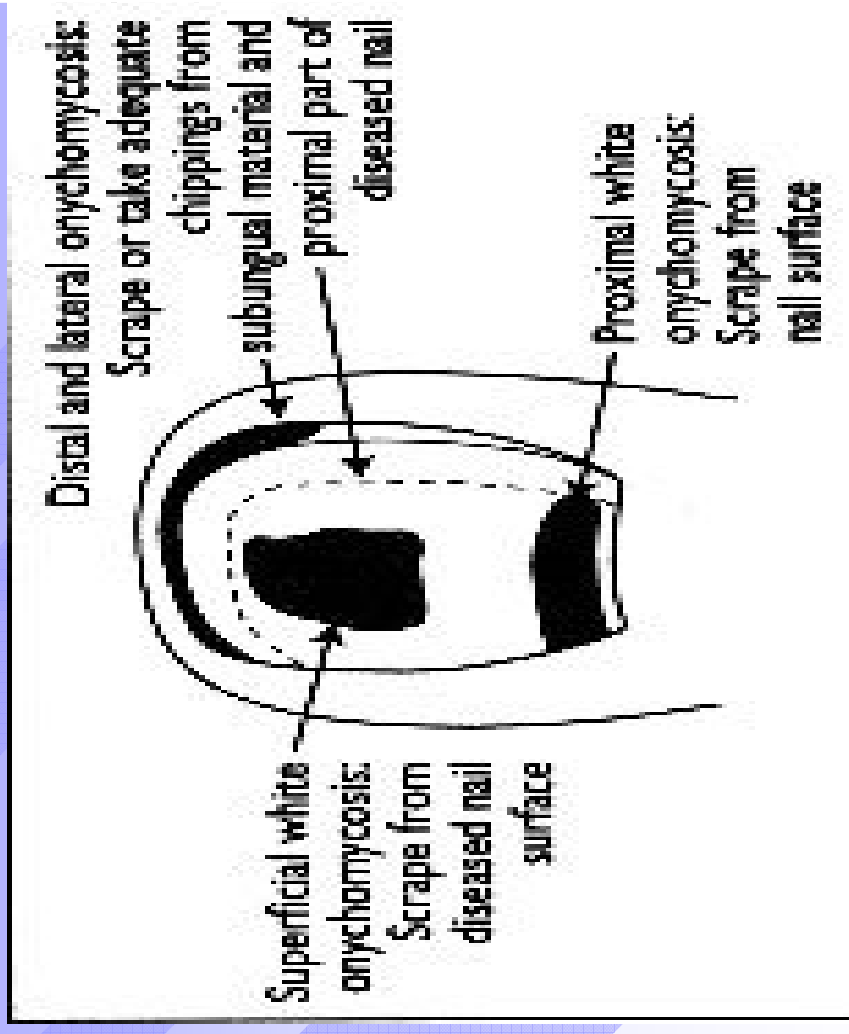
- # **Diagnóstico**
- # Sólo un 50% de las distrofias ungueales son ocasionadas por hongos
- # Diagnóstico diferencial
 - # Psoriasis, liquen plano, dermatitis de contacto, traumatismos, tumores del lecho ungueal
- # **El diagnóstico de onicomycosis precisa de confirmación con KOH, cultivo o histología**

Onicomiosis

Diagnóstico microbiológico

PERIODO LAVADO

- 15 días si se han utilizado cremas antifúngicas
- 1 mes para las lacas
- 1-3 meses para los antifúngicos sistémicos (1 mes para la griseofulvina y 3 para la terbinafina)



Infecciones micóticas superficiales

Onicomiasis. Tratamiento

Indicaciones

- # Afectación de las uñas de las manos
- # Afectación de la uña del pie asociadas a limitación funcional, dolor o fuente de dermatofitosis recidivante

Justificación

- # Causa importante de consultas médicas y absentismo laboral
- # Disminución en la calidad de vida de quien las padece (36% de los pacientes con OM en los pies referían dolor)
- # Auto-contaminación a otras partes del cuerpo
- # En pacientes mayores, especialmente con diabetes y problemas vasculares periféricos, la OM puede ser la puerta de entrada que desencadene una celulitis o una erisipela
- # Causa de gran contaminación fúngica que existe en piscinas, vestuarios y baños públicos

Infecciones micóticas superficiales

Onicomiasis. Tratamiento

- **Tratamiento tópico**
- **Indicaciones**
 - Candidiasis ungueales
 - *Tinea unguium* (OM superficial blanca y OSDL incipiente que afecte a menos del 50% de la superficie de la placa ungueal)
 - Micosis superficiales por hongos oportunistas
 - Complemento a los tratamientos sistémicos.
- **Antimicóticos tópicos**
 - Ciclopiroxolamina: 1º mes 1 aplic./48horas, 2º mes 2 aplicac./sem, a partir del 3º mes:1 aplic./sem (máximo 6 meses)
 - Tioconazol 28%, 2 aplicaciones/d 6-12 meses
 - Amorolfina 5%. 1-2 aplic. c/sem, 6 meses (manos) ó 9-12 meses (pies)

Infecciones micóticas superficiales

Onicomiasis. Tratamiento

Tratamiento sistémico

Indicaciones

Tinea unguium

- # Micosis ungueales por hongos oportunistas
- # Algunas candidiasis agresivas con destrucción de la lámina ungueal (afectación profunda de la uña)
- # Cuando fracasan los tratamientos tópicos

Antimicóticos

- # Terbinafina 250 mg / 24 h durante 6 semanas en las manos y 12-16 semanas en los pies
- # Itraconazol 200mg / 24 h durante 12 semanas o ciclos de 400 mg / 24 h una semana al mes, 2 ciclos en las manos y 3 en los pies
- # Fluconazol 150–450 mg por semana, 3 meses en las manos y al menos 6 meses en los pies

FARMACO	RESOLUCIÓN CLÍNICA (RR, IC)	RESOLUCIÓN MICOLÓGICA (RR, IC)	EFECTOS ADVERSOS (RR, IC)	RECURRENCIAS (RR, IC)
Terbinafina vs placebo	6.00 [3.96, 9.08]	4.53 [2.47, 8.33]	1.13 [0.87, 1.47]	0.05 [0.01, 0.38]
Azoles vs placebo	22.18 [12.63, 38.95]	5.86 [3.23, 10.62]	1.04 [0.97, 1.12]	0.55 [0.29, 1.07]
Azoles vs terbinafina	0.82 [0.72, 0.95] <i>GRADE MODERADO</i>	0.77 [0.68, 0.88] <i>GRADE MODERADO</i>	1.00 [0.86, 1.17] <i>GRADE MODERADO</i>	1.11 [0.68, 1.79] <i>GRADE BAJO</i>
Griseofulvina vs terbinafina	0.32 [0.14, 0.72]	0.64 [0.46, 0.90]	2.09 [1.15, 3.82]	

Kreijkamp-Kaspers S, Hawke K, Guo L, Kerin G, Bell-Syer SEM, Magin P, Bell-Syer SV, van Driel ML. Oral antifungal medication for toenail onychomycosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 7. Art. No.: CD010031.

Infecciones micóticas superficiales

Onicomiosis

Tratamiento adicional

- # Eliminación quirúrgica o química de la uña
- # Prolongar el tratamiento
- # Antifúngicos tópicos
- # Medidas higiénicas

Recaídas

- # Uñas libres de infección al año
 - # Terbinafina 44%
 - # Itraconazol 34%
- # Confirmar etiología micótica (cultivo)
- # Utilizar terapia continua
- # ¿Resistencias?

Infecciones micóticas superficiales

Candidiasis cutánea

✚ Etiología

✚ *Candida albicans*

✚ Epidemiología

✚ Más frecuente en jóvenes y ancianos

✚ Factores predisponentes

✚ diabetes mellitus, obesidad, hiperhidrosis, maceración, glucocorticoides, antibioterapia de amplio espectro, inmunodepresión

Infecciones micóticas superficiales

Candidiasis cutánea

Candidiasis cutánea

- Intertrigo
- Interdigital
- Dermatitis del pañal



Candidiasis bucofaríngea

- Candidiasis pseudomembranosa (muguet)
- Candidiasis atrófica
- Leucoplasia candidiásica
- Queilitis angular



Infecciones micóticas superficiales

Candidiasis cutánea

	Tratamiento tópico	Tratamiento oral
Candidiasis orofaríngea	Cotrimazol cp 10 mg, 5 v/día 7-14 d Miconazol mucoadhesivo bucal 50 mg 1 cp/d 7-14 d REC Fuerte/alta	Fluconazol 100-200 mg/día 7-14 días REC Fuerte/alta
Candidiasis cutánea	Azoles tópicos	Si rebelde al tratamiento y/o extensa: Itraconazol VO 50-100 mg, 2-6 sem
Paroniquia	Drenaje	Itraconazol 400 mg / 24 h 1 sem/mes durante 1-3 meses REC A