

Algoritmo rápido — “Placas en moneda” (Eccema numular y diferenciales)

Guía de bolsillo para clínicos

1) Inicio

Paciente con una o varias placas redondeadas/ovaladas, pruriginosas, bien delimitadas (“en moneda”).

Historia breve dirigida → inicio/tiempo de evolución; picor nocturno; brotes previos y estacionales; uso reciente de corticoides tópicos o sistémicos; cosméticos/ocupacionales (jabones, solventes, fragancias, metales); contactos con prurito; fiebre/dolor/exudado; antecedentes atópicos.

Exploración → número/tamaño (1–10 cm), borde activo escamoso, exudación/costras, liquenificación, xerosis generalizada, distribución (piernas>brazos>manos, ± tronco), adenopatías, signos de infección.

2) Prueba a pie de cama (hacer antes de tratar)

Escama del borde activo para KOH - KOH positivo (hifas) → **Tinea corporis / tinea incognita** → antimicótico tópico u oral según extensión; **evitar** corticoide tópico como monoterapia. - **KOH negativo o no concluyente** → continuar algoritmo.

Si prurito nocturno intenso + surcos/nódulos genitales + contactos → **descartar escabiosis** (raspado/dermatoscopia; tratar si positivo).

Si costras miel, dolor, calor local → **impetiginización** → cultivo/antibiótico según clínica.

3) ¿Corresponde a ECCEMA NUMULAR típico?

Claves a favor: múltiples placas **redondeadas**, eritemato-escamosas, a veces exudativas al inicio; **prurito intenso**; xerosis; curso crónico-recurrente (invierno); mejora con **corticoide tópico potente + emoliente**.

Si SÍ → trate como EN (ver Salida del algoritmo).

Si NO / atípico / solitaria persistente → considerar diferenciales de abajo + biopsia.

4) Diferenciales clínicos (qué buscar)

- **Tinea corporis:** escama **periférica** en “cola de cometa”, borde más activo que centro; KOH/PAS positivos.

- **Psoriasis nummular:** placas más **infiltradas**, escama micácea difusa, **signo de Auspitz**, cambios ungueales; historia familiar.
 - **Dermatitis de contacto (ACD/irritativa):** distribución en **manos**, párpados o zonas de contacto; parches positivos; recidiva con exposiciones.
 - **Pitiriasis rosada:** “placa heraldo” + erupción en **árbol de Navidad**; collarete periférico; autolimitada.
 - **Micosis fungoide temprana:** placas **persistentes**/asimétricas, pobre respuesta a TCS, poiquilodermia; adultos; requiere biopsias múltiples.
 - **Lupus cutáneo subagudo/análogos:** anulares policíclicas, fotosensibles; descamación periférica fina; serología/biopsia con interfaz.
-

5) Dermatoscopia (perlas rápidas)

- **EN:** fondo marrón-blanquecino, puntos/vasos irregulares dispersos; escama difusa.
 - **Tinea:** anillo con **escama periférica** prominente y “cola”.
 - **Psoriasis:** vasos puntiformes **uniformes** y escama blanca gruesa.
-

6) Decidir pruebas complementarias (según escenario)

- **KOH de escama** (si no se hizo o duda persiste).
 - **Cultivo bacteriano** si impetiginización franca.
 - **Pruebas epicutáneas (patch test)** si manos/párpados, recidivas, ocupacional o **refractario**.
 - **Biopsia punch 4–5 mm** de **borde activo** si **lesión solitaria persistente**, patrón atípico, falta de respuesta en 4–6 semanas o sospecha de **MF/lupus**; solicitar **PAS** en el bloque.
 - **DIF** solo si sospecha lupus/vasculitis (no rutinaria en EN).
-

7) Red flags (derivar/biopsiar)

- Placa **única** que **no mejora** con TCS potente + emoliente en 4–6 semanas.
 - **Adulto de novo** con curso **refractario** o progresivo.
 - Infiltración marcada, **dolor**, ulceración, linfadenopatías.
 - Sospecha de **micosis fungoide** u otra dermatosis tumoral.
-

8) Salida del algoritmo — Manejo práctico del EN

Medidas básicas: emoliente liberal (2×/día, post-baño), duchas tibias breves, evitar jabones/perfumes fuertes; algodón.

Antiinflamatorio tópico: **corticoide potente** 1–2×/día 2–4 semanas → luego **proactivo** 2×/sem en zonas reincidentes; considerar **tacrolimus/pimecrolimus** como ahorradores.

Soporte: wet-wrap en brotes exudativos seleccionados.

Antibiótico: solo si infección clínica.

Refractario/extenso: **fototerapia NB-UVB/UVA1**; valorar **patch test** y escalada (según guías de DA) si fenotipo EN-atípico.

9) Checklist mínimo (para no olvidar)

- [] KOH de escama **antes** de esteroides si anular/periférica sospechosa.
- [] Educar **emoliente + proactivo**.
- [] Evaluar **irritantes/ocupación** y considerar **patch test** si crónico.
- [] Revisar respuesta a 4–6 semanas; si pobre → **biopsia** y redefinir.

Formato clínico imprimible; adaptar a protocolos y disponibilidad local.