

TIÑA CORPORAL — ALGORITMO TERAPÉUTICO PARA EL CLÍNICO

Guía rápida descargable (tópicos, sistémicos y puntos clave)

Objetivo

Apoyar la toma de decisiones en consulta: seleccionar tratamiento tópico u oral, detectar escenarios especiales, definir estudios complementarios y seguimiento.

ALGORITMO (PASO A PASO)

1) Sospecha clínica

Placa(s) anular(es) eritemato-descamativas, borde activo, crecimiento centrífugo ± prurito.

2) Valoración inicial

- Extensión (<5% vs. ≥5% SC), número de lesiones.
- Área: tronco/extremidades; pelo terminal comprometido (pápulas/nódulos foliculares).
- Factores de riesgo: uso de corticoides tópicos (tiña incognita), contacto con mascotas, convivientes con tiña pedis/onicomicosis, inmunosupresión.

3) Confirmación rápida cuando sea posible

- KOH del borde activo (suspender tópicos 3–7 días antes).
- Si recidiva/falla o cuadro atípico: **cultivo ± PCR**.

4) Decidir tratamiento

A. Enfermedad limitada (<5% SC, sin foliculitis): TÓPICO (ver tabla).

B. Enfermedad extensa (≥5% SC), lesiones múltiples, foliculitis (sugiere Majocchi), inmunosupresión o falla a tópico: SISTÉMICO (ver tabla).

5) Educación y control de focos

Medidas higiénicas, tratar tiña pedis/onicomicosis en paciente/convivientes, revisar mascotas y fómites (toallas/ropa/equipo deportivo).

6) Seguimiento

- Revisión a **2 semanas**: evaluar tamaño del borde activo, prurito y adherencia.
- **Meta clínica**: aclaramiento del borde activo y prurito; continuar 1 semana más con tópico tras resolución visible.

7) Falla terapéutica (no mejoría a 2–4 semanas)

- Verificar adherencia y técnica de aplicación.
 - Re-tomar muestra (**KOH/cultivo ± PCR**).
 - Buscar reservorios (pie/uña, mascotas).
 - **Sospecha de resistencia** (p. ej., ****T. indotineae***) o **recaídas rápidas**:* solicitar AFST y cambiar a itraconazol.
 - **Si hay pápulas/nódulos foliculares → tratar como Majocchi**** (sistémico).
-

TRATAMIENTOS TÓPICOS (lesión limitada)

Reglas de uso: capa fina **2 cm más allá del borde**, 1–2 veces/día según fármaco, **2–4 semanas**. Continuar **1 semana** tras resolución visible.

Fármaco	Potencia/forma	Dosis y duración sugerida
Terbinafina 1%	crema/gel	1 vez/día x 1–2 sem (preferente por tasa de curación)
Naftifina 1–2%	crema/gel	1 vez/día x 2 sem
Butenafina 1%	crema	1 vez/día x 2 sem
Luliconazol 1%	crema	1 vez/día x 1–2 sem
Clotrimazol 1%	crema/loción	2 veces/día x 2–4 sem
Miconazol 2%	crema/loción	2 veces/día x 2–4 sem
Ketoconazol 2%	crema	1–2 veces/día x 2–4 sem
Sertaconazol 2%	crema	2 veces/día x 2 sem

Evitar combinaciones “antifúngico + corticoide” salvo indicación estricta.

TRATAMIENTOS SISTÉMICOS (indicaciones: extensa, foliculitis/Majocchi, fallo a tópico, inmunosupresión)

Elegir 1 fármaco y ajustar por interacciones/comorbilidades. Realizar **transaminasas basales** si se inicia terapia oral o hay hepatopatía previa.

Fármaco	Adultos	Pediatría*
Terbinafina	250 mg VO c/24 h x 2–4 sem	<20 kg: 62.5 mg/d; 20–40 kg: 125 mg/d; >40 kg: 250 mg/d x 2–4 sem
Itraconazol (cápsulas o sol.)	200 mg/d (100 mg c/12 h) x 2–4 sem ; recalcitrante o sospecha de resistencia: 4–8 sem	3–5 mg/kg/d (en 1–2 tomas) x 2–4 sem
Fluconazol	150 mg/semana x 2–4 dosis (alternativa)	6 mg/kg una vez/semana x 2–4 dosis
Griseofulvina micro	500–1000 mg/d x 4–6 sem (si no hay otras opciones)	20–25 mg/kg/d x 4–6 sem

*Usos y dosis pediátricas deben individualizarse según peso/edad y disponibilidad farmacéutica local.

Escenarios especiales:

• **Majocchi (foliculitis/granuloma):** **terbinafina 250 mg/d** o **itraconazol 200 mg/d 4–8 sem**; añadir antibacteriano si sobreinfección.

- **Sospecha de ***T. indotineae** / resistencia a terbinafina***: preferir itraconazol 200 mg/d 4–6 sem y solicitar AFST; evaluar interacciones.
 - Tiña incognita (por esteroides)**: suspender corticoide, prolongar curso (tópico 3–4 sem; sistémico si extensa).
-

SEGURIDAD Y MONITOREO

Antes de iniciar sistémico

- Historia de hepatopatía, alcohol, insuficiencia cardíaca, fármacos concomitantes.
- **Pruebas hepáticas basales** (ALT/AST ± FA/Bilirrubina) si terapia oral.

Durante el tratamiento

- Educar sobre signos de **hepatotoxicidad** (ictericia, coluria, astenia marcada).
 - **Itraconazol**: evitar en **insuficiencia cardíaca**; revisar **CYP3A4** (estatinas, benzodiacepinas, ACO, algunos antiarrítmicos).
 - **Terbinafina**: precaución en hepatopatía; interacciones vía **CYP2D6** (tricíclicos, ISRS, metoprolol).
 - **Fluconazol**: ajustar en **insuficiencia renal**; interacciones con warfarina, sulfonilureas, antiepilépticos.
 - Embarazo/lactancia: **preferir tópicos**; evitar azoles sistémicos salvo valoración especializada.
-

DIAGNÓSTICO OPERATIVO Y LABORATORIO

- **Muestra ideal**: escamas del **borde activo** (previamente limpiar con alcohol 70%).
 - **KOH 10–20%**: visualiza hifas septadas.
 - **Cultivo** (SDA/DTM) para identificación y, en casos recalcitrantes, **sensibilidad (AFST)**.
 - **PCR/MALDI-TOF** (según disponibilidad) acelera confirmación.
 - **Biopsia punch 3–4 mm** si diagnóstico incierto, tiña incognita, **Majocchi** o inmunosupresión; solicitar H&E + PAS-D/GMS.
-

CRITERIOS DE ÉXITO Y ALTA

- **Clínico**: desaparición del borde activo, prurito mínimo o ausente.
 - **Microbiológico** (si se realizó previo): KOH/cultivo negativo o descenso claro de carga.
 - **Prevención**: tratar reservorios; educación sobre higiene y fómites.
-

CUÁNDO DERIVAR

- Fracaso terapéutico pese a adherencia y escalamiento adecuado.
- Sospecha de **dermatofitosis profunda** (nódulos, dolor, supuración) o **Majocchi** extenso.
- **Inmunosupresión significativa**, embarazo con lesiones extensas, o múltiples comorbilidades/hepatopatía.
- Necesidad de **AFST** o manejo de interacciones complejas.

Notas: Adaptar dosis a normativas locales y disponibilidad farmacéutica. Este material es de uso profesional y no sustituye la valoración clínica individual.