



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 17 de febrero de 2026

VISTO:

El Expediente N° 00983-2026, que contiene, el Memorándum N° 003-SD-HNAL-2026, Informe Técnico Sustentatorio N° 06 – Servicio de Dermatología-HNAL-2026, Nota Informativa N° 041-OGC-HNAL-2026 y el Informe N° 43- 2026-OAJ-HNAL, sobre actualización de la **Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Dermatofitosis** del Servicio de Dermatología del Departamento de Especialidades Médicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, y;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, establecen que *“la salud es condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo” por lo que su protección es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla*, respectivamente;

Que, mediante Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, señala en su artículo 15°, entre otros, que: *“Toda persona tiene derecho a recibir información necesaria sobre los servicios de salud a los que puede acceder y los requisitos necesarios para su uso, previo al sometimiento a procedimientos de diagnósticos o terapéuticos; y a recibir en términos comprensibles información completa y continuada sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, así como los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de los medicamentos que se le prescriban y administren”*;

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, disponiendo en su artículo 5° *“los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad y otros que sean necesarios, según sea el caso”*;

Que, mediante Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA se aprueba la Norma para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, el cual tiene como objetivo *“establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los Documentos Normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras”*;

Que, mediante Resolución Ministerial N°302-2015/MINSA, se aprueba la NTS N°117-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud”, cuya finalidad es *“contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos”*; siendo el ámbito de aplicación de la citada Norma Técnica de Salud, los establecimientos de salud, entre otros;

Que, con la Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA se aprueba el Documento Técnico: “Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica” que tiene por objetivo *“Estandarizar la metodología para la generación de la Guía de Práctica Clínica en los establecimientos de Salud Públicos del Sector Salud a través de un marco y herramientas metodológicos necesarios, que permitan la elaboración de una Guía de Práctica Clínica de Calidad, basada en la mejor evidencia disponible”*; En el numeral VII, precisa los tipos de actualización de la Guía de Práctica Clínica, señalando lo siguiente: i) *actualización completa, cuando la mayor parte de las secciones y capítulos de la Guía requieren ser actualizados*; ii) *actualización parcial, cuando existen nuevas áreas relevantes que deben ser incluidas*; y iii) *valorar la retirada, cuando las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica ya no resultan aplicables*;

Que, mediante la Resolución Directoral N° 081-2019-HNAL/DG, de fecha 13 de marzo de 2019, se aprobaron las Guías de Prácticas Clínicas del Servicio de Dermatología del Departamento de Especialidades Médicas, entre las cuales se encuentra la “Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Tiña” en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza;

Que, mediante Memorandum N° 003-SD-HNAL-2026, de fecha 12 de enero de 2026, el Jefe del Servicio de Dermatología y el Jefe del Departamento de Especialidades Médicas, a través del Informe Técnico N° 06 – Servicio de Dermatología – HNAL-2026, sustentan la justificación para la actualización de la “Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Dermatofitosis”, patología comúnmente denominada tiña, señalando que el abordaje de las dermatofitosis debe ser integral, considerando no solo la erradicación del agente causal — principalmente hongos de los géneros *Trichophyton*, *Microsporum* y *Epidermophyton*—, sino también la prevención de recurrencias y la minimización de su impacto en la calidad de vida del paciente, especialmente en formas extensas, crónicas o que comprometen zonas visibles o de alto roce funcional; en tal sentido, el manejo comprende la educación sanitaria del paciente y su entorno respecto de medidas de higiene personal, secado adecuado, uso de calzado ventilado y la no compartición de ropa ni útiles de aseo, así como la identificación y corrección de factores predisponentes, tales como diabetes, inmunosupresión, hiperhidrosis, obesidad o uso prolongado de oclusivos; precisándose que la actualización de la referida Guía permitirá asegurar la atención por profesionales médicos especializados bajo criterios de calidad, equidad, eficiencia y eficacia en el Servicio de Dermatología, además de facilitar la comunicación y estandarización de prácticas entre los miembros del equipo de salud, por lo que se remite a la Oficina de Gestión de la Calidad para su revisión y trámite correspondiente;

Que, mediante Nota Informativa N° 041-OGC-HNAL-2026, de fecha 14 de enero de 2026, el jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad concluye que la actualización de la “Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Dermatofitosis” del Servicio de Dermatología del Departamento de Especialidades Médicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, cumple con la estructura descrita en la Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 117-MINSA/DGSP-V.01, “Norma Técnica de Salud para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud”, por lo que emite opinión favorable, recomendando proseguir con el trámite administrativo para la emisión del acto resolutorio correspondiente;

Que, mediante Informe N° 43-2026-OAJ-HNAL, de fecha de 10 febrero de 2026, la jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica señala que, luego de verificar el Informe Técnico sustentatorio suscrito por el jefe del Servicio de Dermatología y del jefe del Departamento de Especialidades Médicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y contando con la opinión favorable del jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, corresponde emitir el acto resolutorio aprobando la actualización de la “Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Dermatofitosis” del Servicio de Dermatología del Departamento de Especialidades Médicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, aprobado mediante la Resolución Directoral N° 081-2019-DG/HNAL;

Con el visto bueno del jefe del Departamento de Especialidades Médicas, del jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza;

En uso de las atribuciones conferidas por el artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, modificado por la Resolución Ministerial N° 777-2005-MINSA, y considerando la designación temporal del MC Eduardo Franklin Yong Motta en el cargo de Director del Hospital III de la Dirección General del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 428-2024-MINSA, de fecha 17 de junio de 2024;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- ACTUALIZAR la “Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Dermatofitosis” del Servicio de Dermatología del Departamento de Especialidades Médicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, aprobado mediante la Resolución Directoral N° 081-2019-DG/HNAL, la misma que forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO 2°.- ENCARGAR al jefe del Servicio de Dermatología del Departamento de Especialidades Médicas, el cumplimiento de la implementación de la Guía actualizada en el artículo N°1 de la presente resolución, así como la supervisión de la misma.

ARTÍCULO 3°.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones publique la presente Resolución Directoral en el portal de la página institucional del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. (www.gob.pe/hospitalloayza).

Regístrese, Comuníquese y Publíquese,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"
Dr. EDUARDO YONG MOTTA
Director General
E.M.P. 001504 R.N.E. 030350

MINISTERIO DE SALUD



HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA

SERVICIO DE DERMATOLOGÍA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATOFITOSIS

2026



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"
Dr. WENSCELAO CASTILLO FARNESCHI
JEFE DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA
C.M.P. 22902 R.N.E. 10162

ÍNDICE

I.	FINALIDAD	1
II.	OBJETIVOS	1
III.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	1
IV.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATOFITOSIS	1
V.	CONSIDERACIONES GENERALES	1
5.1	DEFINICIÓN	1
5.2	ETIOLOGÍA	2
5.3	FISIOPATOLOGÍA	2
5.4	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	2
5.5	FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS	2
5.5.1.	Medio Ambiente	2
5.5.2.	Estilos de Vida	2
5.5.3.	Factores Hereditarios	3
VI.	CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	3
6.1	CUADRO CLÍNICO	3
6.1.1.	Signos y síntomas	3
6.1.2.	Interacción Cronológica	4
6.1.3.	Gráficos, diagramas, fotografías	5
6.2	DIAGNÓSTICO	6
6.2.1	Criterios de diagnóstico	6
6.2.2	Diagnóstico diferencial	6
6.3	EXÁMENES AUXILIARES	7
6.3.1	De patología clínica	7
6.3.2	De imágenes	7
6.3.3	De exámenes auxiliares complementarios	7
6.4	MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA	7
6.4.1	Medidas generales y preventivas	7
6.4.2	Terapéutica	8
6.4.3.	Efectos adversos o colaterales con el tratamiento	9
6.4.4.	Signos de alarma	9
6.4.5.	Criterios de alta	9
6.4.6.	Pronóstico	9
6.5	COMPLICACIONES	10
6.6	CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	10
6.7	FLUXOGRAMA	10
VII.	ANEXOS	11
VIII.	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	13



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"

[Signature]
Dr. WENSCELAO CASTILLO FARNESCHI
JEFE DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA
C.M.P. 22902 R.N.E. 10162

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATOFITOSIS

I. FINALIDAD

La finalidad de esta guía de práctica clínica es ser una herramienta para facilitar el diagnóstico y tratamiento de las Dermatomitososis o Tiñas en el servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y que esto a su vez conduzca a la homogenización de criterios de manejo en la calidad de atención y uso eficiente de recursos.

II. OBJETIVOS

Los objetivos de esta guía son establecer una guía para el adecuado abordaje y tratamiento de las tiñas formulando recomendaciones utilizando evidencia científica en los aspectos de diagnóstico y tratamiento de tiñas para el servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Esta guía de práctica clínica (GPC) está dirigida a los diferentes profesionales de salud que prestan atención a pacientes con dermatofitososis en el servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

IV. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATOFITOSIS

NOMBRE Y CÓDIGO

Dermatofitososis	CIE-10: B35
Tiña de la barba y del cuero cabelludo	CIE-10: B35.0
Tiña de las uñas	CIE-10: B35.1
Tiña de la mano	CIE-10: B35.2
Tiña del pie o Tiña pedis	CIE-10: B35.3
Tiña del cuerpo o Tiña corporis	CIE-10: B35.4
Tiña imbricada	CIE-10: B35.5
Tiña inguinal o Tiña cruris	CIE-10: B35.6

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIÓN

La tiña o dermatofitososis son infecciones producidas por 3 géneros de hongos que tienen la capacidad especial de invadir y multiplicarse en tejido queratinizado (pelo, piel y uñas). (1,2)

Los principales subtipos clínicos de las infecciones dermatofíticas son(3):

- Tiña corporis: Infección de superficies del cuerpo que no sean los pies, la ingle, la cara, el pelo del cuero cabelludo o el pelo de la barba.
- Tiña pedis: Infección del pie
- Tiña cruris: Infección de la ingle



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"


Dr. WENSCELAO CASTILLO FARNESI
JEFE DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA
C.M.P. 22902 R.N.E. 10162

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATOFITOSIS

I. FINALIDAD

La finalidad de esta guía de práctica clínica es ser una herramienta para facilitar el diagnóstico y tratamiento de las Dermatomifosis o Tiñas en el servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y que esto a su vez conduzca a la homogenización de criterios de manejo en la calidad de atención y uso eficiente de recursos.

II. OBJETIVOS

Los objetivos de esta guía son establecer una guía para el adecuado abordaje y tratamiento de las tiñas formulando recomendaciones utilizando evidencia científica en los aspectos de diagnóstico y tratamiento de tiñas para el servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Esta guía de práctica clínica (GPC) está dirigida a los diferentes profesionales de salud que prestan atención a pacientes con dermatofitosis en el ambiente hospitalario y extrahospitalario.

IV. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATOFITOSIS

NOMBRE Y CÓDIGO

Dermatofitosis	CIE-10: B35
Tiña de la barba y del cuero cabelludo	CIE-10: B35.0
Tiña de las uñas	CIE-10: B35.1
Tiña de la mano	CIE-10: B35.2
Tiña del pie o Tiña pedis	CIE-10: B35.3
Tiña del cuerpo o Tiña corporis	CIE-10: B35.4
Tiña imbricada	CIE-10: B35.5
Tiña inguinal o Tiña cruris	CIE-10: B35.6

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIÓN

La tiña o dermatofitosis son infecciones producidas por 3 géneros de hongos que tienen la capacidad especial de invadir y multiplicarse en tejido queratinizado (pelo, piel y uñas).(1,2)

Los principales subtipos clínicos de las infecciones dermatofíticas son(3):

- Tiña corporis: Infección de superficies del cuerpo que no sean los pies, la ingle, la cara, el pelo del cuero cabelludo o el pelo de la barba.
- Tiña pedis: Infección del pie
- Tiña cruris: Infección de la ingle



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"

1

Dr. WENSCELAO CASTILLO FARNESCHI
JEFE DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA
C.M.P. 22902 R.N.E. 10162

- Tiña capitis: Infección del pelo del cuero cabelludo

5.2 ETIOLOGÍA

Las especies de dermatofitos tres géneros de hongos: *Trichophyton*, *Microsporium* y *Epidermophyton*.(3,4)

- *Trichophyton rubrum* es la causa más común de tiña corporis, tiña pedis y tiña cruris.
- *Trichophyton tonsurans* y *microsporium canis* son la causa más común de tiña capitis
- *Epidermophyton floccosum*, considerarlo en tiña cruris por ser un hongo antropofílico

5.3 FISIOPATOLOGÍA

Los dermatofitos presentan un amplio arsenal de enzimas (proteasas queratinolíticas, lipasas, etc)(5) que actúan como factores de virulencia para permitir la adherencia y la invasión de la piel, pelo y uñas; además de utilizar la queratina como fuente de nutrientes para su supervivencia.(6)

Los primeros pasos de las infecciones por dermatofitos son la adherencia a la queratina, seguida de invasión y crecimiento de elementos del micelio; como resultado de la degradación de la queratina y la consiguiente liberación de mediadores proinflamatorios, el huésped desarrolla una respuesta inflamatoria de grado variable.(7)

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Las tiñas son un problema a nivel mundial, según la Organización Mundial de Salud (OMS) la prevalencia a nivel mundial es del 20 al 25% en la población en general, además, se calcula que aproximadamente entre el 10 al 15% de la población general contrajo infección por dermatofitos en algún momento de su vida(8), siendo esta mayor en hombres que en mujeres.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1. Medio Ambiente

Se han identificado como factores de riesgo:(2,7)

- Clima tropical y semitropical
- Exposición laboral
- Exposición de albercas y baños públicos

5.5.2. Estilos de Vida

Se han identificado como factores de riesgo:(9,10)

- La práctica de deportes y/o recreación con equipo potencialmente contaminado por un paciente con dermatofitos
- Realizar actividades sin zapatos en áreas contaminadas con dermatofitos
- El uso de calzados cerrados o zapatillas



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"
Dr. WENSCELAO CASTILLO FARNES
JEFE DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA
C.M.P. 22902 R.N.E. 10162

- El uso de duchas comunes (ejércitos, internos de penales, etc.)
- Prendas de vestir o calzados compartidos
- Hacinamiento

5.5.3. Factores Hereditarios

Se han identificado como factores de riesgo a ciertas condiciones propias del huésped: (5,9,11)

- Inmunosupresión
- Diabetes
- Deficiencia de beta-defensina 4
- Mutación del gen CARD9
- HLA-DR4: factor protector (12)
- HLA-DR8 y HLA-DR1: factor predisponente (12)

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

6.1.1. Signos y síntomas

El principal síntoma de la tiña es el prurito. Los signos clínicos presentan ciertas variaciones de acuerdo al área de localización de la tiña. De acuerdo a ello se clasifican en: (3)

- **Tiña corporis:** comienza como una mancha o placa pruriginosa, eritematosa circular u ovalada, descamativa que se propaga de forma centrifuga. Caracterizado por un centro claro, con bordes bien delimitados y activos, que avanza, resultando en una placa anular. (13)
- **Tiña faciei:** es una infección dermatofítica de la piel facial carente de pelos terminales. La erupción puede comenzar como pápulas pequeñas y escamosas que evolucionan para formar una placa anular. (3)
- **Tiña pedis:** Las tres principales formas clínicas de tiña pedis son: (14)
 - **Tiña pedis interdigital:** se manifiesta como erosiones o descamación pruriginosa, eritematosa entre los dedos, especialmente en el tercer y cuarto espacio interdigital. Las fisuras interdigitales asociadas pueden causar dolor.
 - **Tiña pedis hiperqueratósica (tipo mocasín):** se caracteriza por una erupción hiperqueratósica difusa que afecta a las plantas de los pies y las superficies medial y lateral de los pies, que se asemeja a una distribución de "mocasín" indica cronicidad.
 - **Tiña pedis vesículo-bulosa o deshidrótica:** se caracteriza por una erupción pruriginosa, a veces dolorosa, vesicular o ampollosa con eritema subyacente en el borde lateral del pie. Con poca frecuencia, la tiña pedis puede manifestarse con erosiones interdigitales y úlceras (tiña pedis ulcerativa). Esta presentación suele estar asociada con infección secundaria bacteriana.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"

Dr. WENSCELAO CASTILLO FARNESCHI
JEFE DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA
C.M.P. 22902 R.N.E. 10162

- **Tiña cruris:** comienza con una mancha eritematosa en la región proximal medial del muslo. La infección se extiende de forma centrífuga, con aclaramiento central parcial y un borde levemente elevado, eritematoso, claramente delimitado que puede tener pequeñas vesículas. La infección puede extenderse al periné y áreas perianales, en la hendidura glútea o sobre las nalgas. En los hombres, el escroto no suele ser afectado.(3)
- **Tiña capitis:** Hay cinco variantes clínicas principales de la tiña capitis así como un estado portador asintomático. El organismo causante y la respuesta inmune del huésped a la infección van a influir en la presentación clínica: (15)
 - Parches escamosos con alopecia: estos parches escamosos pueden ser únicos o múltiples con pérdida del cabello son una presentación común de infecciones por ectotrix (*M. canis*). Los parches de diámetro variable se extienden en forma centrífuga en el transcurso de semanas o meses, además, puede haber eritema.
 - Parches de alopecia con puntos negros: las infecciones endotrix pueden presentarse con manifestaciones a menudo denominadas "tiña capitis de puntos negros". Múltiples puntos negros, que representan los extremos distales de los pelos que se han roto en la superficie del cuero cabelludo, están presentes en los orificios foliculares dentro de áreas de alopecia. Los pelos rotos son el resultado del debilitamiento del eje del cabello secundario a la infección por endotrix.
 - Descamación generalizada con pérdida de cabello sutil: La tiña capitis puede presentar escamas difusas en el cuero cabelludo sin zonas claras de alopecia.
 - Querion: es una manifestación severa de tiña capitis que resulta de una intensa respuesta inmune a la infección. Querion se caracteriza por el desarrollo de una placa inflamatoria gruesa con pústulas que drenan hacia la superficie asociado a la presencia de dolor, el querion persistente puede conducir a la calvicie.
 - Favus: es una presentación clínica única de tiña capitis resultante de la infección por *T. schoenleinii* (y raramente otros dermatófitos). En el favus, el eritema perifolicular avanza hasta el desarrollo característico de las costras amarillas en copa llamadas scutula. Estas placas se unen para formar masas adherentes sobre áreas de alopecia severa. puede haber un olor desagradable asociado. La inflamación intensa puede resultar en cicatrices permanentes.

6.1.2. Interacción Cronológica

Para que se lleve a cabo todo el proceso patogénico se debe desencadenar un proceso de respuesta inmune cuando se ha establecido el proceso de adherencia e invasión del dermatofito en la piel. La cantidad de inóculo requerida para desencadenar una infección espontánea no ha sido establecida(7). En personas afectadas con una inmunidad normal, una respuesta de hipersensibilidad se desarrolla en 30 días con recuperación espontánea aproximadamente a los 50 días.

La tiña o dermatofitosis al ser una infección cutánea superficial suele ser de



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA" 4

Dr. WENSCELAO CASTILLO FARNESCHI
JEFE DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA
C.M.P. 22902 R.N.E. 10462

fácil diagnóstico lo que conlleva a un tratamiento precoz, y una respuesta eficaz al tratamiento con un intervalo de 7 días a 1 mes.

6.1.3. Gráficos, diagramas, fotografías

FIGURA 01: TIÑA FACIEI



Fuente: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. Dermatología. 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018.

FIGURA 02: TIÑA CORPORIS



Fuente: Arenas R. Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. 7ª ed. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana; 2019.

FIGURA 03: TIÑA PEDIS



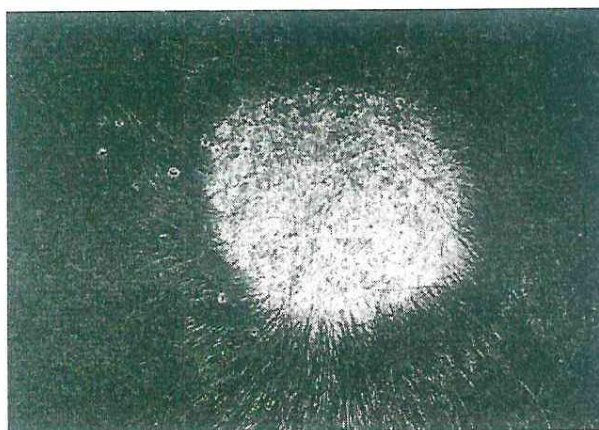
Fuente: Arenas R. Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. 7ª ed. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana; 2019.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"

Dr. WENSCELAO CASTILLO FARNESCHI
JEFE DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA
C.M.P. 22902 R.N.E. 10162

FIGURA 04: TIÑA CAPITIS



Fuente: Arenas R. Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. 7ª ed. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana; 2019.

6.2 DIAGNÓSTICO

6.2.1. Criterios de diagnóstico

El diagnóstico es básicamente clínico, basándose en los síntomas y signos ya descritos en el apartado anterior. Se puede confirmar con la detección de hifas segmentadas en el raspado cutáneo de una zona afectada con una preparación de hidróxido de potasio (KOH) al 10% y cultivo para hongos.(16)

6.2.2. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial varía según el tipo clínico: (7,9)

Tiña corporis

- Lupus eritematoso cutáneo subagudo (SCLE)
- Granuloma anular
- Eritema anular centrífugo
- Psoriasis
- Pitiriasis rosada Gilbert

Tiña cruris

- Psoriasis inversa
- Eritrasma
- Intertrigo por candida
- Pénfigo benigno familiar

Tiña pedis

- Eritrasma
- Infección interdigital por candida
- Dermatitis atópica
- Dermatitis de contacto crónica
- Eczema palmo plantar crónico (dishidrótico)



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"

Dr. WENSCELAO CASTILLO FARNESCHI
JEFE DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA
C.M.P. 22902 R.N.E. 10162

- Psoriasis palmo plantar
- Queratodermia palmo plantar adquirida y congénita
- Eczema palmo plantar agudo (dishidrótico)
- Dermatitis de contacto aguda
- Pustulosis palmo plantar
- Sarna
- Ides dishidrótica

6.3 EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1 De patología clínica

- Preparación de KOH 10% con sensibilidad de 40% a 80% y especificidad de 50% a 70%.(2,3,17)
- Cultivo de hongos: se debe suspender la toma de antimicóticos por lo menos dos semanas antes. Es menos sensible: 40% a 59%, con una especificidad del 80%, además de requerir entre 4 a 6 semanas para un resultado.(16,18)
- Métodos moleculares: métodos que permiten la identificación del agente causal específico de manera rápida reduciendo la espera del cultivo de 4 semanas a 7 horas (19), actualmente los más usados son la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) convencional (20) y en tiempo real (21), con sensibilidad de 83.8% y 97% respectivamente (17). Adicionalmente se han desarrollado kits en donde se incluyen chips para la detección de hasta 50 dermatofitos con alta sensibilidad (82%) y especificidad (91%).(22,23)

6.3.2 De imágenes

No aplica

6.3.3 De exámenes auxiliares complementarios

El diagnóstico es básicamente clínico, basado en los síntomas y signos, no suele requerir exámenes médicos complementarios.

En pacientes inmunodeprimidos, la depresión de la inmunidad mediada por células y la respuesta inflamatoria pueden contribuir a la progresión de la infección, en estas situaciones se evaluará cada caso en forma particular.

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas generales y preventivas

El tratamiento farmacológico debe ir acompañado de ciertas medidas generales y preventivas como:(2,3)

- No compartir prendas de vestir con otras personas
- El uso de sandalias o calzados en piscinas, duchas u otras áreas públicas
- Baño después de cualquier práctica deportiva que involucre contacto piel a piel
- Evitar uso de ropas ajustadas



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"

Dr. WENSCELAO CASTILLO FARNESCHI
JEFE DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA
C.M.P. 22902 R.N.E. 10162

- Cambiar calcetines y ropa interior al menos una vez al día
- Mantener la piel limpia y seca

6.4.2 Terapéutica

TIÑA PEDIS, CORPORIS, CRURIS Y OTRAS (EXCEPTO TIÑA CAPITIS)

Terapia de primera línea: La terapia antifúngica tópica es el tratamiento de elección: (2,3)

- Alilaminas: pueden ser ligeramente más eficaces que los azoles
 - ✓ Terbinafina 1%: Una o dos veces al día
- Azoles:
 - ✓ Clotrimazol 1%: Dos veces al día
 - ✓ Sertaconazol 2%: Dos veces al día
 - ✓ Isoconazol 1%: Una vez al día
 - ✓ Econazol 1%: Una vez al día
 - ✓ Tioconazol 1%: Una vez al día

El tratamiento antifúngico tópico se aplica generalmente una o dos veces al día y se continúa durante dos a cuatro semanas en el caso de tiña pedis y tiña manus, tiña corporis, tiña cruris y tiña faciei. El punto final del tratamiento es la resolución clínica. En pacientes embarazadas Clotrimazol tópico es considerado primera línea frente a Terbinafina (24).

En el tratamiento de tiña corporis en formas diseminadas es necesario el tratamiento antimicótico oral.

Terapia de segunda línea: el tratamiento con agentes orales se utiliza para las infecciones cutáneas extensas o refractarias; y las infecciones que se extienden a folículos de la dermis. La duración del tratamiento es hasta la resolución clínica, en promedio 2 a 4 semanas (2). En pacientes embarazadas la prescripción de Itraconazol y Fluconazol se debe diferir debido a que pertenece a la categoría C de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), mientras que Terbinafina pertenece a la categoría B. (25)

Adultos:

- Terbinafina: 250 mg por día de una a dos semanas. En el caso de tiña pedis 2 semanas
- Itraconazol: 200 mg dos veces al día durante una semana
- Fluconazol: 150 mg una vez por semana durante dos a cuatro semanas. En caso de tiña pedis Hasta 6 semanas

Pediátricos: (26)

- Terbinafina
 - ✓ 10 a 20 kg: 62,5 mg por día
 - ✓ 20 a 40 kg: 125 mg por día
 - ✓ Por encima de 40 kg: 250 mg por día
- Itraconazol: 3 a 5 mg / kg por día
- Fluconazol: 6 mg / kg una vez por semana



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"

Dr. WENSCELAO CASTILLO FARNESCHI
JEFE DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA
C.M.P. 22902 R.N.E. 10162

TIÑA CAPITIS

Terapia de primera línea: Terapia sistémica (27)

Griseofulvina

Formulación de micronizada: 20 a 25 mg / kg por día durante 6 a 12 semanas. La dosis inicial típica es de 20 mg/kg por día durante seis a ocho semanas. Si hay respuesta parcial, la dosis se puede aumentar hasta 25 mg/kg/día y/o la duración de la terapia extendida hasta 12 semanas. La dosis diaria máxima es de 1000 mg al día.

Terapia de primera línea alternativa: Terbinafina (28)

Los regímenes de dosis pediátricas típicos para los comprimidos de terbinafina son:

- 10 a 20 kg: 62,5 mg al día durante cuatro a seis semanas
- 20 a 40 kg: 125 mg diarios durante cuatro a seis semanas
- Por encima de 40 kg: 250 mg al día durante cuatro a seis semanas

Querion: La terapia antifúngica oral es el pilar del tratamiento del querion. En pacientes con inflamación severa se puede utilizar glucocorticoides sistémicos: 0,5 a 1 mg/kg de prednisona durante una semana, junto con la terapia antifúngica y terapia antibacteriana. (15)

6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

Los efectos adversos del tratamiento de las tiñas son poco frecuentes, al ser el tratamiento antifúngico tópico tratamiento de primera línea de las diversas presentaciones clínicas.

En caso de terapia antifúngica sistémica, pudiera presentarse elevación de las transaminasas; sin embargo, debido a la corta duración de tratamiento antifúngico sistémico es poco frecuente esta condición. (14)

6.4.4. Signos de alarma

Se consideran como signos de alarma:

- No mejoría clínica de lesiones pese a haber instaurado la terapia antifúngica adecuada en el lapso de 1 mes
- En el caso de infecciones cutáneas extensas o refractarias que se extienden a los folículos o la dermis (por ejemplo, granuloma de Majocchi) o que involucran uñas
- En estos casos hay que evaluar la posibilidad de toma de biopsia para estudio anatomopatológico, con la finalidad de descartar otras patologías.

6.4.5. Criterios de alta

Se considera que un paciente está en condiciones de alta, cuando esté presente clínicamente la remisión total de la lesión.

6.4.6. Pronóstico

El pronóstico es bueno. La mayoría de los pacientes logran la recuperación en un periodo aproximado de 1 a 2 meses de tratamiento.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"
DR. WENSCELAO CASTILLO FARNESCHI
JEFE DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA
C.M.P. 22902 R.N.E. 10162

6.5 COMPLICACIONES

En algunos pacientes con tiña se suele presentar una infección sobreagregada, por lo que es necesario agregar al tratamiento establecido terapia antibiótica para gérmenes frecuentes.

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Criterios de Referencia:

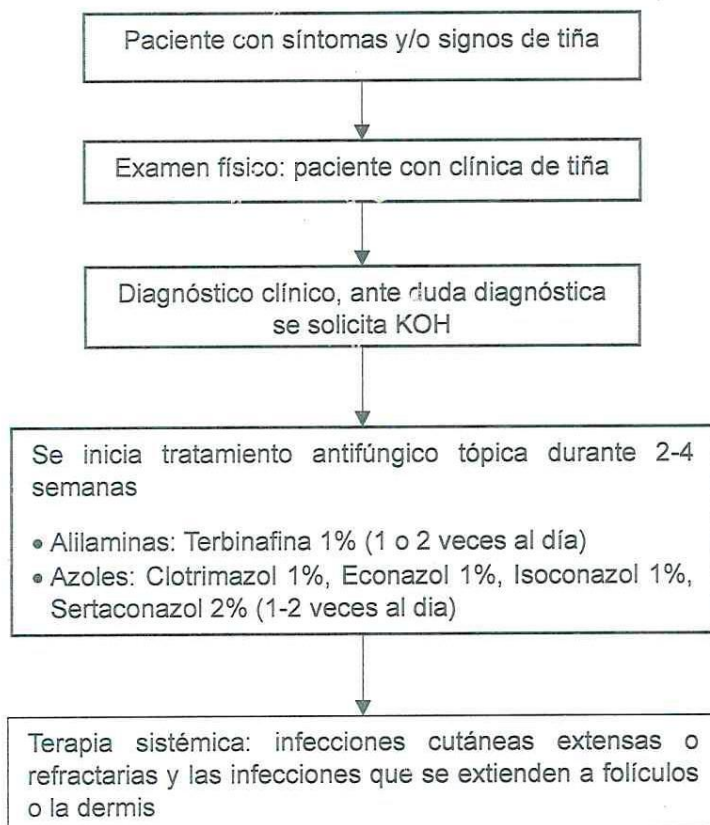
No aplica

Criterios de Contrarreferencia:

Tratar de acuerdo a protocolo y derivar al menor nivel de atención para control y seguimiento del caso.

6.7 FLUXOGRAMA

FLUXOGRAMA DE ATENCION A PACIENTES CON DERMATOFITOSIS



Fuente: Cruz Ch. Rodrigo, Vielle O. Peggy. Actualización en taxonomía, diagnóstico y tratamiento de las dermatofitosis. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2024 Abr; 41(2): 218-224.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"

ISCÉLAO CASTILLO FARNESCHI 10
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA
C.M.P. 22902 R.N.E. 10162

VII. ANEXOS

ANEXO 01: ETIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA DERMATOFITOSIS

Enfermedad	Dermatofitos más frecuentes	Diagnóstico diferencial
Tiña del cuerpo (<i>tinea corporis</i>)	<i>Microsporum canis</i> <i>Trichophyton mentagrophytes</i> var. <i>interdigitalis</i> <i>Trichophyton mentagrophytes</i> var. <i>mentagrophytes</i> <i>Trichophyton rubrum</i> <i>Trichophyton tonsurans</i> <i>Epidermophyton floccosum</i>	Pitiriasis rosada Granuloma anular Eritema anular centrifugo Dermatitis atópica Eccema numular Psoriasis Pitiriasis versicolor
Tiña inguinal (<i>tinea cruris</i>)	<i>Trichophyton rubrum</i> <i>Trichophyton mentagrophytes</i> var. <i>interdigitalis</i> <i>Epidermophyton floccosum</i>	Intertrigo candidiásico Eritrasma (<i>Corynebacterium minutissimum</i>) Dermatitis de contacto Foliculitis
Tiña del pie (<i>tinea pedis</i>)	<i>Trichophyton rubrum</i> <i>Trichophyton mentagrophytes</i> var. <i>interdigitalis</i> <i>Epidermophyton floccosum</i>	Eccema dishidrótico Dermatitis de contacto Dermatitis candidiásica Psoriasis Queratólisis punteada
Tiña del cuero cabelludo (<i>tinea capitis</i>)	<i>Microsporum canis</i> <i>Trichophyton mentagrophytes</i> var. <i>interdigitalis</i> <i>Trichophyton mentagrophytes</i> var. <i>mentagrophytes</i> <i>Trichophyton verrucosum</i> <i>Trichophyton rubrum</i> <i>Trichophyton tonsurans</i>	Alopecia areata Alopecia por tracción (tricotilomanía) Histiocitosis Dermatitis seborreica Psoriasis Foliculitis Impétigo
Tiña ungueal (<i>tinea unguium</i>) u onicomicosis	<i>Trichophyton rubrum</i> <i>Trichophyton tonsurans</i> <i>Trichophyton mentagrophytes</i> var. <i>interdigitalis</i>	Onicólisis postinfecciosa o traumática Psoriasis Paquioniquia congénita y crónica Traquioniquia Verrugas subungueales Onicomicosis por <i>Candida</i> Eccema

Fuente: Conejo Fernández A, Martínez Roig A, Ramírez Balza O, Álvez González F, Hernández Hernández A, Baquero Artigao F et al. Documento de consenso SEIP-AEPap-SEPEAP sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones cutáneas micóticas de manejo ambulatorio. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2016 Dic; 18(72): e149-e172.

ANEXO 02: TRATAMIENTO DE DERMATOFITOSIS SEGÚN LOCALIZACIÓN

Localización	Tratamiento
Tiña del cuero cabelludo	Terbinafina sistémico de elección. Como alternativa itraconazol o griseofulvina.
Tiña del cuerpo y crural	Terbinafina o azoles tópicos de elección. Si las lesiones involucran dos o más áreas simultáneamente o existe compromiso extenso se recomienda tratamiento sistémico con terbinafina de elección o itraconazol como alternativa.
Tiña palmar o plantar	Terbinafina o azoles tópicos de elección. En caso de lesión extensa o respuesta clínica insuficiente se recomienda terbinafina sistémico de elección o itraconazol como alternativa.

Fuente: Cruz Ch. Rodrigo, Vielle O. Peggy. Actualización en taxonomía, diagnóstico y tratamiento de las dermatofitosis. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2024 Abr; 41(2): 218-224.



MINISTERIO DE SALUD
UNIDAD EJECUTIVA DE ATENCIÓN PRIMARIA

CASTILLO FARNESCHI
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA
102 R.N.E. 10162

ANEXO 03: INDICACIÓN DE ANTIFÚNGICOS EN DERMATOFITOSIS EN ADULTOS Y NIÑOS

Antifúngico	Adultos	Niños
Tratamiento tópico con terbinafina al 1% o clotrimazol al 1%	Dos aplicaciones al día en las lesiones por 2 o 3 semanas	Dos aplicaciones al día en las lesiones por 2 o 3 semanas.
Terbinafina sistémica	• 250 mg día por 3-4 semanas en tiña de cuero cabelludo. • 250 mg día por 1-2 semanas en tiña palmar, plantar, crural o lesiones extensas o múltiples de cuerpo. • En casos recidivantes se puede extender hasta 4 semanas el tratamiento.	Se encuentra aprobado por la <i>Food and Drug Administration</i> (FDA) para niños mayores de 2 años. • 62,5 mg si peso es menor a 20 kg. • 125 mg si peso es entre 20-40 kg. • 250 mg si peso es sobre 40 kg. El tiempo de tratamiento es similar al de adultos.
Itraconazol sistémico	• 100-200 mg día por 4 semanas en tiña de cuero cabelludo. • 100-200 mg día por 1-2 semanas en tiña palmar, plantar, crural o lesiones extensas o múltiples de cuerpo.	5 mg/kg/día (pulsos por 1 semana al mes por 2 o 3 meses en onicomiosis).
Griseofulvina sistémica	500 mg día por 6-8 semanas en tiña de cuero cabelludo	10 mg/kg/día por 6-8 semanas en tiña de cuero cabelludo

Fuente: Cruz Ch. Rodrigo, Vielle O. Peggy. Actualización en taxonomía, diagnóstico y tratamiento de las dermatofitosis. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2024 Abr; 41(2): 218-224.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"

Dr. WENSCELAO CASTILLO FARNESCHI¹²
JEFE DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA
C.M.P. 22902 R.N.E. 10162

VIII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Begum J, Mir NA, Lingaraju MC, Buyamayum B, Dev K. Recent advances in the diagnosis of dermatophytosis. *J Basic Microbiol.* abril de 2020;60(4):293-303.
2. Sahoo AK, Mahajan R. Management of tinea corporis, tinea cruris, and tinea pedis: A comprehensive review. *Indian Dermatol Online J.* abril de 2016;7(2):77.
3. Cruz Ch. R, Vielle O. P, Cruz Ch. R, Vielle O. P. Actualización en taxonomía, diagnóstico y tratamiento de las dermatofitosis. *Rev Chil Infectol.* abril de 2024;41(2):218-24.
4. de Hoog S, Monod M, Dawson T, Boekhout T, Mayser P, Gräser Y. Skin Fungi from Colonization to Infection. *Microbiol Spectr.* 14 de julio de 2017;5(4):10.1128/microbiolspec.funk-0049-2016.
5. García-Romero MT, Arenas R. New Insights into Genes, Immunity, and the Occurrence of Dermatophytosis. *J Invest Dermatol.* 1 de marzo de 2015;135(3):655-7.
6. Martínez-Rossi NM, Peres NTA, Rossi A. Pathogenesis of Dermatophytosis: Sensing the Host Tissue. *Mycopathologia.* febrero de 2017;182(1-2):215-27.
7. Martínez-Rossi NM, Peres NTA, Bitencourt TA, Martins MP, Rossi A. State-of-the-Art Dermatophyte Infections: Epidemiology Aspects, Pathophysiology, and Resistance Mechanisms. *J Fungi.* agosto de 2021;7(8):629.
8. Speciation and In vitro Activity of Four Antifungal Drugs against Clinical Isolates of Dermatophytes by E-Test Method. [citado 2 de agosto de 2025]; Disponible en: [https://www.worldwidejournals.com/international-journal-of-scientific-research-\(IJSR\)/article/speciation-and-in-vitro-activity-of-four-antifungal-drugs-against-clinical-isolates-of-dermatophytes-by-eandndash-test-method/MTk2MDE=?is=1&b1=797&k=200](https://www.worldwidejournals.com/international-journal-of-scientific-research-(IJSR)/article/speciation-and-in-vitro-activity-of-four-antifungal-drugs-against-clinical-isolates-of-dermatophytes-by-eandndash-test-method/MTk2MDE=?is=1&b1=797&k=200)
9. Dogra S, Narang T. Emerging Atypical and Unusual Presentations of Dermatophytosis in India. *Clin Dermatol Rev.* octubre de 2017;1(Suppl 1):S12.
10. Gnat S, Nowakiewicz A, Łagowski D, Zięba P. Host- and pathogen-dependent susceptibility and predisposition to dermatophytosis. *J Med Microbiol.* 2019;68(6):823-36.
11. Rouzaud C, Hay R, Chosidow O, Dupin N, Puel A, Lortholary O, et al. Severe Dermatophytosis and Acquired or Innate Immunodeficiency: A Review. *J Fungi.* marzo de 2016;2(1):4.
12. Genetic Predisposition and its Heredity in the Context of Increased Prevalence of Dermatophytoses | *Mycopathologia* [Internet]. [citado 3 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11046-021-00529-1>
13. Australian Journal of General Practice [Internet]. [citado 3 de agosto de 2025]. Superficial fungal infections. Disponible en: <https://www1.racgp.org.au/ajgp/2019/october/superficial-fungal-infections>
14. Leung AK, Barankin B, Lam JM, Leong KF, Hon KL. Tinea pedis: an updated review. *Drugs Context.* 29 de junio de 2023;12:2023-5-1.
15. Hay RJ. Tinea Capitis: Current Status. *Mycopathologia.* 2017;182(1):87-93.
16. Begum J, Mir NA, Lingaraju MC, Buyamayum B, Dev K. Recent advances in the diagnosis of dermatophytosis. *J Basic Microbiol.* 2020;60(4):293-303.
17. Rudramurthy SM, Shaw D. Overview and Update on the Laboratory Diagnosis of Dermatophytosis. *Clin Dermatol Rev.* octubre de 2017;1(Suppl 1):S3.
18. Gupta AK, Versteeg SG, Shear NH. Onychomycosis in the 21st Century: An Update on Diagnosis, Epidemiology, and Treatment. *J Cutan Med Surg.* 2017;21(6):525-39.
19. Álvarez-Mosquera I, Hernández S, Sánchez J, Suárez MD, Cisterna R. Diagnosis of Superficial Mycoses by a Rapid and Effective PCR Method from Samples of Scales, Nails and Hair. *Mycopathologia.* octubre de 2018;183(5):777-83.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"
13
Dr. WENSCELAO CASTILLO FARNESCHI
JEFE DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA
C.M.P. 22902 R.N.E. 10162

20. Verrier J, Monod M. Diagnosis of Dermatophytosis Using Molecular Biology. *Mycopathologia*. febrero de 2017;182(1-2):193-202.
21. Jacobson LS, McIntyre L, Mykusz J. Assessment of real-time PCR cycle threshold values in *Microsporum canis* culture-positive and culture-negative cats in an animal shelter: a field study. *J Feline Med Surg*. febrero de 2018;20(2):108-13.
22. Ständer S, Ha L, Kridin K, Bieber K, Zillikens D, Ludwig R j., et al. DNA-chip-based molecular testing as a clue for the diagnosis of tinea: a case series. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021;35(8):e522-4.
23. Pihet M, Le Govic Y. Reappraisal of Conventional Diagnosis for Dermatophytes. *Mycopathologia*. febrero de 2017;182(1-2):169-80.
24. Patel VM, Schwartz RA, Lambert WC. Topical antiviral and antifungal medications in pregnancy: a review of safety profiles. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV*. septiembre de 2017;31(9):1440-6.
25. Kaul S, Yadav S, Dogra S. Treatment of Dermatophytosis in Elderly, Children, and Pregnant Women. *Indian Dermatol Online J*. 2017;8(5):310-8.
26. Chen S, Sun KY, Feng XW, Ran X, Lama J, Ran YP. Efficacy and safety of itraconazole use in infants. *World J Pediatr WJP*. noviembre de 2016;12(4):399-407.
27. Leung AKC, Hon KL, Leong KF, Barankin B, Lam JM. Tinea Capitis: An Updated Review. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov*. 14(1):58-68.
28. Gupta AK, Friedlander SF, Simkovich AJ. Tinea capitis: An update. *Pediatr Dermatol*. marzo de 2022;39(2):167-72.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"

Dr. WENSCELAO CASTILLO FARNESCHI
JEFE DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA
C.M.P. 22902 R.N.E. 10162