

“Infecciones cutáneas comunes: actualización en epidemiología, manifestaciones clínicas y opciones terapéuticas”

(Preda-Naumescu A, Elewski B, Mayo TT. Common cutaneous infections: Patient presentation, clinical course, and treatment options. *Med Clin N Am*. 2021. // Jones N, Bonsall A. Common cutaneous infections. *Medicine (Abingdon)*. 2025. // Saceda-Corrado D, de las Heras-Alonso ME, Olmos-Acebes L. Infecciones cutáneas. *Medicine (Barc)*. 2014.)

Introducción

Las **infecciones cutáneas** son uno de los motivos de consulta más habituales en medicina general y especializada. Su presentación es muy variable: pueden ir desde cuadros leves y autolimitados hasta infecciones profundas con riesgo vital.

La piel, además de ser el órgano más extenso, actúa como barrera frente al ambiente externo. Sobre ella convive una **microbiota residente** compuesta por bacterias como *Staphylococcus epidermidis*, *Corynebacterium spp.* y *Propionibacterium spp.*, que protegen el equilibrio cutáneo. Sin embargo, cualquier alteración en esta barrera (trauma, inmunosupresión, enfermedades crónicas) puede facilitar la invasión de patógenos.

Microorganismo	Características y sitios de colonización
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	Aerobio, constituye hasta el 90% de la flora residente en algunas áreas de la piel.
<i>Staphylococcus aureus</i>	Presente en piel normal, aunque frecuentemente causa infecciones. Sitios de colonización: nariz, periné y piel vulvar. Más común en pacientes con dermatitis atópica u otras dermatosis.
<i>Micrococcus spp.</i>	<i>Micrococcus luteus</i> es la especie más frecuente, representa entre 20% y 80% de los micrococcos aislados en la piel.
Difteroides (género <i>Coryneform</i>)	Lipofílicos: comunes en axila. No lipofílicos: en piel limpia. Anaerobios: frecuentes en zonas con glándulas sebáceas.
Estreptococos	β -hemolíticos: raros en piel normal. α -hemolíticos: predominan en la cavidad oral y en ocasiones pueden colonizar la piel.
Bacilos Gram negativos	Escasos, predominan en áreas húmedas (espacios interdigitales, axila). Especies frecuentes: <i>Enterobacter spp.</i> , <i>Klebsiella spp.</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Proteus spp.</i> , <i>Acinetobacter spp.</i>

Agentes principales

- **Bacterias:** *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*, responsables de impétigo, ectima, erisipela, celulitis y abscesos.
- **Virus:** herpes simple (tipos 1 y 2), varicela-zóster, papilomavirus humano y molusco contagioso.
- **Hongos:** dermatofitosis, candidiasis mucocutánea y pitiriasis versicolor.
- **Parásitos:** escabiosis y pediculosis, relevantes en salud pública por su alta transmisibilidad.

Impacto epidemiológico

Las infecciones cutáneas afectan a todas las edades y estratos sociales. Su incidencia estimada en menores de 65 años alcanza hasta **4,8 episodios por cada 100 personas/año**, lo que genera una importante carga asistencial y costos para los sistemas de salud. Los grupos más vulnerables son niños, adultos mayores e individuos inmunocomprometidos.

Avances recientes

- **Diagnóstico:** uso de PCR, dermatoscopia y ecografía de partes blandas.
- **Terapéutica:** mayor disponibilidad de antimicrobianos y antivirales dirigidos.
- **Prevención:** vacunas frente a varicela, herpes zóster y VPH.

En síntesis, el abordaje clínico requiere una **alta sospecha diagnóstica** y la capacidad de diferenciar presentaciones diversas según el agente causal y el contexto del paciente. Este **narrative review** integra evidencia clásica y actual con el objetivo de actualizar la **epidemiología, manifestaciones clínicas y opciones terapéuticas** de las infecciones cutáneas más frecuentes.

Métodos

Esta revisión se diseñó como un **narrative review**, con el objetivo de integrar la información más relevante y reciente sobre las infecciones cutáneas.

Fuentes de información

Se utilizaron tres artículos principales como base:

- *Med Clin N Am* (2021): revisión de presentación clínica, curso y opciones terapéuticas.
- *Medicine (Abingdon)* (2025): actualización sobre infecciones cutáneas comunes y principios de manejo.
- *Medicine (Barc)* (2014): enfoque clásico sobre etiología, manifestaciones clínicas y tratamiento.

Criterios de inclusión

- Se incluyeron datos sobre **epidemiología, agentes etiológicos, clínica, diagnóstico y tratamiento**.
- Se consideraron tanto infecciones **bacterianas, virales, fúngicas como parasitarias**.
- Se integraron aportes de las referencias citadas en los artículos base cuando reforzaban aspectos diagnósticos o terapéuticos.

Enfoque de la síntesis

- La información fue **comparada y contrastada** entre los artículos para identificar consensos y diferencias.
- Se priorizó un enfoque **clínico-práctico**, útil para profesionales de la salud en distintos niveles de atención.
- La estructura se organizó en torno a los principales grupos de patógenos, con discusión transversal sobre diagnóstico, resistencia antimicrobiana, prevención y avances terapéuticos.

Infecciones bacterianas

Las infecciones bacterianas de la piel y partes blandas son las más frecuentes y clínicamente relevantes dentro de las infecciones cutáneas. Se manifiestan en un amplio espectro, desde cuadros superficiales hasta infecciones graves que amenazan la vida.

Epidemiología y fisiopatogenia

Agentes principales: *Staphylococcus aureus* (incluyendo cepas resistentes a meticilina, MRSA/SAMR) y *Streptococcus pyogenes* (estreptococo beta-hemolítico del grupo A).

Reservorio y colonización:

- *S. aureus* coloniza de forma permanente el 20% de la población y transitoriamente hasta el 60%, principalmente en nariz, axilas y periné.
- *S. pyogenes* coloniza la orofaringe en 10% y la piel en ~1%.

Factores de riesgo: diabetes mellitus, insuficiencia venosa, linfedema, obesidad, alcoholismo, hepatopatías, tratamientos inmunosupresores, heridas crónicas o eccemas.

Mecanismos de patogenicidad:

- Proteínas de superficie (ej. proteína M de *S. pyogenes*) que evitan fagocitosis.
- Producción de exotoxinas:
 - Estreptolisinas (O y S) → shock tóxico y escarlatina.
 - Toxinas exfoliativas de *S. aureus* → síndrome de piel escaldada.
 - TSST-1 (*S. aureus*) → shock tóxico estafilocócico.
 - Leucocidina de Panton-Valentine → infecciones necrotizantes agudas.

Infecciones superficiales

- **Impétigo:**
 - No ampollosa: 70% de los casos, causado por *S. aureus* y *S. pyogenes*. Vesículas frágiles que se rompen con rapidez, dejando costras melicéricas. **Primera imagen.**
 - Ampollosa: 30% de los casos, por toxinas exfoliativas de *S. aureus*. Ampollas de pared fina en cuello, axilas y región inguinal. **Segunda imagen.**
 - Complicaciones: riesgo de glomerulonefritis postestreptocócica.
- **Ectima:** variante ulcerada y profunda del impétigo. Úlceras con bordes violáceos e indurados, frecuente en extremidades inferiores de niños, ancianos o inmunocomprometidos.
- **Foliculitis superficial (impétigo de Bockhart):** infección de folículos pilosos, generalmente por *S. aureus*. Puede ser por gramnegativos tras baños termales (ej. *Pseudomonas*). Localización típica: cuero cabelludo en niños, barba en hombres, piernas en mujeres. **Tercera imagen.**



Infecciones profundas

- **Erisipela:** infección dérmica y linfática, habitualmente por *S. pyogenes*. **Segunda imagen.**
 - Placa eritematosa dolorosa, brillante y con bordes netos ("piel de naranja").
 - Localización típica: miembros inferiores, también cara.
 - Síntomas sistémicos: fiebre, escalofríos, náuseas.
 - Analítica: leucocitosis con desviación izquierda, PCR elevada.
- **Celulitis:** infección del tejido celular subcutáneo, causada por *S. pyogenes* y *S. aureus*. **Primera imagen.**
 - Eritema difuso con límites mal definidos, calor, dolor y edema.

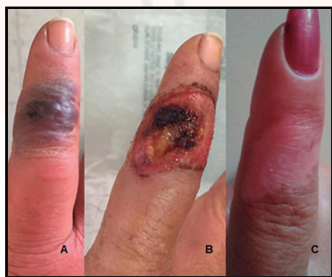


- Puede acompañarse de fiebre, adenopatías dolorosas y linfangitis.
- Diagnóstico diferencial: dermatitis de estasis, picaduras, fascitis necrotizante, trombosis venosa profunda.
- **Fascitis necrotizante:** infección rápidamente progresiva con compromiso de la fascia muscular. **Tercera imagen.**
 - Tipo I: polimicrobiana.
 - Tipo II: monomicrobiana, frecuentemente *S. pyogenes*.
 - Cuadro clínico: dolor desproporcionado a la exploración, necrosis cutánea, ampollas hemorrágicas y crepitación por gas subcutáneo.
 - Manejo: diagnóstico precoz, desbridamiento quirúrgico urgente y antibióticos de amplio espectro (penicilina G + clindamicina).



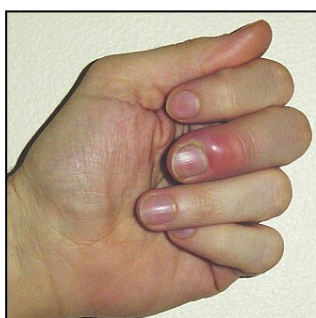
Infecciones foliculares y abscesos

- **Forúnculo:** inflamación aguda de un folículo piloso, con abscesificación progresiva. Localización típica: cara, axilas, periné.
- **Ántrax:** conglomerado de forúnculos con múltiples pústulas y drenaje central; más grave, con fiebre y afectación sistémica. **Primera imagen.**
- **Abscesos cutáneos:** colecciones purulentas profundas, que requieren drenaje quirúrgico y, en ocasiones, terapia antibiótica. **Segunda imagen.**



Síndromes y variantes específicas

- **Síndrome estafilocócico de piel escaldada (SSSS):** exotoxinas exfoliativas de *S. aureus*. Ampollas generalizadas que dejan aspecto de “piel escaldada”; afecta sobre todo a niños <5 años.
- **Paroniquia bacteriana:** infección periungueal por *S. aureus*, asociada a “padrastros” o microtraumas. Puede evolucionar a absceso periungueal. **Primera imagen.**
- **Dactilitis ampollosa (bullae repens):** infección por *S. pyogenes* en niños/adolescentes; ampollas tensas en dedos de manos y pies. **Segunda imagen.**



Tratamiento

- **Medidas generales:** higiene local, lavado frecuente, evitar compartir ropa o toallas, curaciones locales.
- **Tratamiento tópico:** mupirocina o ácido fusídico en impétigo limitado; peróxido de hidrógeno 1%.
- **Antibióticos sistémicos:**
 - Infecciones extensas, profundas o con compromiso sistémico.
 - Celulitis y erisipela: betalactámicos (penicilina, amoxicilina, cefalexina).
 - Considerar MRSA: clindamicina, doxiciclina, trimetoprim-sulfametoxazol, linezolid en casos graves.
- **Abscesos:** drenaje quirúrgico como primera medida; antibióticos solo si hay fiebre, extensión o inmunosupresión.
- **Profilaxis:** en episodios recurrentes de erisipela/celulitis (≥ 2 en 12 meses), puede considerarse profilaxis con penicilina oral bajo control especializado.

Infecciones virales

Las infecciones virales cutáneas constituyen un grupo clínicamente diverso. En la mayoría de los casos son **autolimitadas en pacientes inmunocompetentes**, pero en individuos inmunodeprimidos pueden progresar hacia cuadros diseminados y graves. El diagnóstico es principalmente clínico, aunque técnicas como la PCR han mejorado la confirmación en casos atípicos.

Herpes simple (VHS-1 y VHS-2)

Epidemiología y fisiopatogenia:

- VHS-1 predomina en infecciones orolabiales; más del 70% de la población es seropositiva antes de los 25 años.
- VHS-2 es la causa principal de herpes genital, con seroprevalencias cercanas al 25% en adultos >30 años.
- Ambos virus permanecen **latentes en ganglios nerviosos** (trigémino para VHS-1, lumbosacro para VHS-2), con reactivaciones asociadas a fiebre, inmunosupresión, menstruación, traumatismos o exposición solar.

TIPOS DE HERPES VIRUS			
VIRUS	ENFERMEDAD	TRANSMISIÓN	VACUNA
Herpes simple tipo 1 (VHS1)	Herpes labial	Respiratorio Saliva	NO
Herpes simple tipo 2 (VHS2)	Herpes genital	Contacto sexual	NO
Virus varicela zoster (VHH3)	Herpes zoster	Respiratorio Tópico	SI
Virus Epstein-Barr (VHH4)	Mononucleosis infecciosa	Saliva	NO
Citomegalovirus (VHH5)	Malformación congénita	Contacto directo transfusiones	NO
Virus herpes linfotrópico (VHH6)	Roséola	Respiratorio	NO
Virus herpes 7 (VHH7)	Pitiriasis rosada	Desconocida	NO
Sarcoma de Kaposi (VHH8)	Sarcoma de Kaposi	Sexual	NO

Presentaciones clínicas:

- **Herpes orolabial:** vesículas agrupadas en el borde labial, que se ulceran en 72-96 h. La primoinfección infantil puede manifestarse como gingivoestomatitis herpética. **1° imagen.**
- **Herpes genital:** vesículas y úlceras dolorosas en glande, vulva o mucosa vaginal, a menudo con cervicitis y síntomas sistémicos en la primoinfección. **2° imagen.**
- **Panadizo herpético:** afecta pulpejos digitales con vesículas agrupadas.
- **Herpes del gladiador:** lesiones en cara, brazos y tronco, asociadas a deportes de contacto. **3° imagen.**



Complicaciones: encefalitis, diseminación en inmunodeprimidos, sobreinfección bacteriana y eczema herpético.

Tratamiento:

- Episodios leves: aciclovir, valaciclovir o famciclovir orales, acortando duración y severidad.
- Casos graves o diseminados: antivirales intravenosos.
- Profilaxis antivírica en recurrencias frecuentes.

Eczema herpético

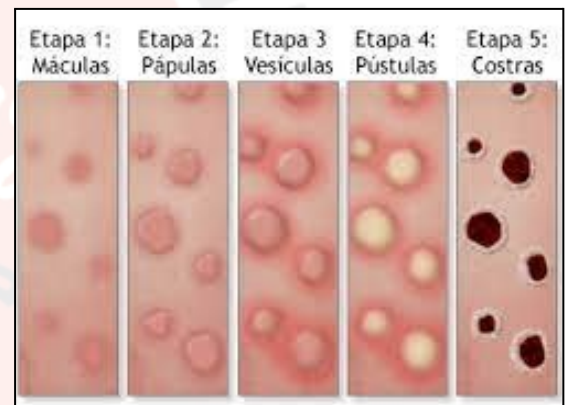
Infección extensa por VHS sobre piel con dermatitis atópica u otra dermatosis. Lesiones erosivas en “sacabocados”, dolorosas y a menudo con fiebre. **Alta morbimortalidad en inmunocomprometidos.**

Manejo: antivirales sistémicos + control del eczema subyacente; evaluación oftalmológica si hay riesgo de afectación ocular.

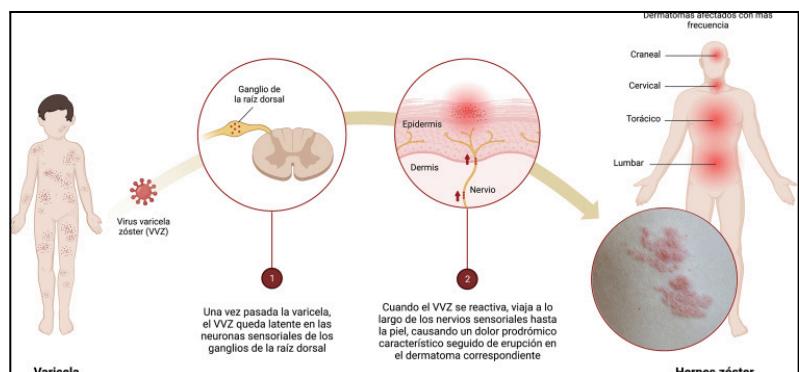


Varicela-Zóster (VVZ)

- **Varicela (primoinfección):**
 - Muy contagiosa por vía aérea y contacto con vesículas.
 - Lesiones en distintas fases evolutivas: mácula → vesícula (“gota de rocío sobre pétalo de rosa”) → pústula → costra.
 - Curso benigno en niños, pero grave en adultos (neumonía, encefalitis, hepatitis).
 - El contagio cesa cuando todas las lesiones están en fase costrosa.
- **Herpes zóster (reactivación):**
 - Latencia en ganglios sensitivos; reactivación favorecida por edad avanzada, estrés o inmunosupresión.
 - Clínica: dolor y parestesias prodrómicas seguidas de erupción vesicular unilateral en un dermatoma.
 - **Complicación más relevante:** neuralgia posherpética, más frecuente en >50 años.
 - Otros riesgos: afectación ocular (queratitis, uveítis), diseminación visceral en inmunodeprimidos.



- **Tratamiento y prevención:**
 - Antivirales orales (aciclovir, valaciclovir, famciclovir) en las primeras 72 h.
 - Casos graves: antivirales intravenosos.
 - Analgesia escalonada, incluyendo gabapentinoides o antidepresivos en neuralgia posherpética.



- Vacunación:
 - Varicela en población infantil.
 - La vacuna contra herpes zóster recomendada en adultos mayores, reduce la incidencia en ~50%.

Papilomavirus humano (VPH)

Epidemiología: >120 subtipos descritos; los tipos 2 y 4 causan verrugas comunes; 6 y 11, condilomas; 16 y 18, lesiones premalignas y cáncer cérvico-uterino.

Síndrome	Tipo	Tipos de papilomavirus humano	
		Habituales	Infrecuentes
Síndromes cutáneos			
Verrugas cutáneas <small>Proliferación benigna de resolución espontánea de la piel. Periodo de incubación: 3-4 meses</small>	Verruga plantar	1	2, 4
	Verruga común	2, 4	1, 7, 26, 29
	Verruga plana	3, 10	27, 28, 41
	Epidermodisplasia verruciforme	5, 8, 17, 20, 36	9, 12, 14, 15, 19, 21-25, 38, 47
Síndromes mucosos			
Tumores benignos de cabeza y cuello	Papiloma faríngeo: riesgo de muerte en la población pediátrica. Pueden encontrarse en traquea y los bronquios.	6, 11	
	Papiloma oral: estructuras pedunculadas con un tallo fibrovascular, y superficie de aspecto aspero y papilar.	6, 11	2, 16
	Papiloma conjuntival	11	
Verrugas anogenitales: <small>Blandas de coloración normal y morfología aplanada, elevada o, en ocasiones, semejante a una coliflor</small>	Condiloma acumulado	6, 11	1, 2, 10, 16, 30, 44, 45
	Neoplasia intraepitelial cervical, cáncer (tipos de alto riesgo)	16, 18	31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68, 69, 73, 82

Clínica:

- **Verrugas vulgares:** pápulas hiperqueratósicas en manos y pies.
- **Verrugas plantares:** endofíticas, dolorosas a la presión (“ojo de pescado”).
- **Condilomas acuminados:** verrugas anogenitales, planas o pediculadas.
- **Papulosis bowenoide:** lesiones múltiples con potencial maligno, asociadas a VPH-16.

Tratamiento: crioterapia, queratolíticos, curetaje, láser o agentes tópicos (podofilina, imiquimod).

Prevención: vacunación tetravalente o nonavalente frente a VPH de alto y bajo riesgo.



Molusco contagioso

- **Agente:** poxvirus.

- **Clínica:** pápulas umbilicadas, perladas, frecuentes en niños; en adultos se asocian a transmisión sexual o inmunosupresión (VIH).
- **Curso:** benigno y autolimitado en 6-9 meses, pero recurrente en inmunodeprimidos.
- **Tratamiento:** observación, crioterapia, curetaje o agentes tópicos (hidróxido de potasio).



Otras virosis exantemáticas

Exantemas virales sistémicos: sarampión, rubéola, mononucleosis (EBV), que pueden acompañarse de erupciones cutáneas inespecíficas.

Enfermedad mano-pie-boca: por Coxsackie A16; afecta sobre todo a niños, con vesículas dolorosas en boca y lesiones en manos y pies; manejo sintomático.

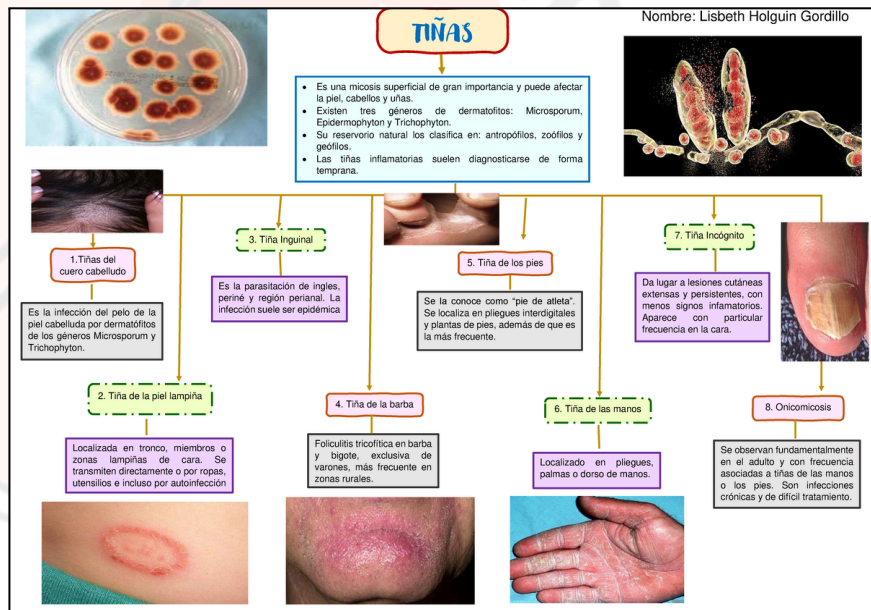
Infecciones fúngicas

Las infecciones por hongos son muy frecuentes en la práctica clínica. Aunque la mayoría son **superficiales y no graves**, producen **recurrencias, molestias importantes y estigmatización estética**, además de complicaciones en pacientes inmunodeprimidos. Se originan principalmente por **dermatofitos, levaduras del género Candida** y hongos **lipofílicos como Malassezia**.

Dermatofitosis (Tiñas)

Los dermatofitos invaden tejidos queratinizados (piel, pelo y uñas).

- **Agentes principales:** *Trichophyton rubrum*, *T. mentagrophytes*, *Microsporum canis* y *Epidermophyton floccosum*.
- **Transmisión:** contacto con personas, animales o fómites; se favorece por ambientes cálidos y húmedos, ropa ajustada y prácticas deportivas como la lucha libre.



Formas clínicas más relevantes:

- **Tinea corporis:** placas anulares con borde activo descamativo y centro más claro.
- **Tinea pedis:** la más frecuente; puede presentarse como:
 - *Intertriginosa crónica* (fisuras y maceración interdigital, "pie de atleta").
 - *Hiperqueratósica difusa* (descamación en planta y borde lateral, "en mocasín").
 - *Vesiculosa aguda* (vesículas y ampollas tensas, a menudo pruriginosas).
- **Tinea cruris:** placas eritematosas en región inguinal, con borde sobreelevado y prurito.

- **Tinea manuum:** descamación palmar unilateral o placas similares a tiña corporal en dorso de la mano.
- **Tinea capitis:** típica en niños. Puede ser no inflamatoria (placas alopécicas con “pelos cortados en campo segado”) o inflamatoria (querion de Celso, con supuración, dolor e importante riesgo de cicatriz).
- **Tinea barbae:** en varones con contacto con animales (ganado o perros), con pústulas perifoliculares y alopecia cicatricial.

Diagnóstico: examen directo con KOH, cultivo micológico, dermatoscopia (cabellos rotos, puntos negros).

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 dishidrótrico 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 (tricotilomania) 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

Tratamiento:

- **Tópico:** imidazoles, terbinafina, ciclopirox (para lesiones localizadas).
- **Sistémico:** terbinafina o itraconazol en tiñas extensas, cuero cabelludo y uñas.

Recomendación: continuar el tratamiento 1-2 semanas después de la resolución clínica.

Onicomicosis

La infección ungueal por hongos es muy prevalente y difícil de erradicar.

Agentes: principalmente *T. rubrum* y *T. mentagrophytes*, aunque también *Candida* spp.

Factores de riesgo: uso de calzado cerrado, ambientes húmedos, diabetes, edad avanzada.



Formas clínicas:

- **Subungueal distal y lateral:** la más frecuente; decoloración amarillenta distal que progresa hacia la raíz, con hiperqueratosis subungueal.
- **Subungueal proximal:** típica en inmunodeprimidos.
- **Superficial blanca:** manchas blanquecinas en superficie ungueal.
- **Mixta:** combinación de patrones anteriores.
- **Onicodistrofia final:** engrosamiento y fragmentación de la lámina ungueal.

Diagnóstico: examen directo con KOH y cultivo antes de iniciar terapia sistémica (por riesgo de falsos positivos clínicos como psoriasis ungueal).

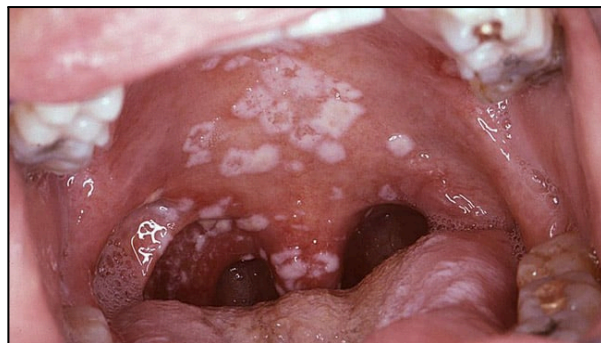
Tratamiento:

- **Tópico:** lacas con amorolfina o ciclopirox (eficaces en casos leves).
- **Sistémico:** terbinafina o itraconazol por 12–16 semanas; la curación clínica y micológica no siempre coincide, y las recaídas son frecuentes.

Candidiasis mucocutánea

La **candidiasis** es la segunda infección fúngica más común. El 70-80% está causada por *Candida albicans*, que forma parte de la flora habitual de piel y mucosas.

Factores predisponentes: obesidad, diabetes, inmunosupresión, tratamientos antibióticos o corticoides, uso de anticonceptivos ricos en estrógenos, humedad local y hábitos higiénicos deficientes.



Formas clínicas:

- **Intertrigo candidiásico:** placas eritematosas maceradas en pliegues con fisuras y pústulas satélite.
- **Candidiasis vulvovaginal:** prurito intenso, flujo espeso blanquecino, disuria ocasional. Recurrente en ~5% de mujeres (≥ 4 episodios/año).
- **Balanitis candidiásica:** pápulas y exudado en glande y surco balanoprepucial.
- **Candidiasis oral:**
 - *Muguet* (placas blanquecinas desprendibles).
 - *Atrófica aguda o crónica* (eritema, dolor, en portadores de prótesis).
 - *Queilitis angular* (“boqueras” con fisuras dolorosas en comisuras).
- **Paroniquia candidiásica:** inflamación periungueal crónica, típica en personas que trabajan con agua.

Tratamiento:

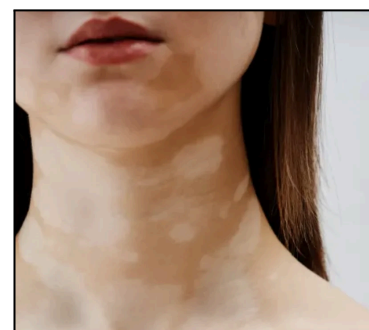
- **Tópico:** imidazoles, nistatina, terbinafina.
- **Sistémico:** fluconazol o itraconazol en casos extensos, recurrentes o inmunocomprometidos.

Pitiriasis versicolor

Producida por *Malassezia furfur* y *M. globosa*, parte de la flora cutánea normal que se vuelve patógena bajo ciertas condiciones.

Factores predisponentes: calor, humedad, sudoración excesiva, uso de corticoides, inmunosupresión.

Clínica: máculas hipo o hiperpigmentadas, finamente descamativas, predominantes en tronco y parte proximal de extremidades. Característico: “**signo de la uñada**”, que muestra descamación al rascar.



Diagnóstico:

- Microscopía con KOH: aspecto típico de “espaguetis con albóndigas”.
- Lámpara de Wood: fluorescencia anaranjada.

Tratamiento:

- **Tópico:** imidazoles o champús de sulfuro de selenio / ketoconazol.
- **Sistémico:** itraconazol o fluconazol en casos extensos o recurrentes.

Infecciones parasitarias cutáneas

Aunque menos prevalentes que las infecciones bacterianas, virales o fúngicas, las **infecciones parasitarias de la piel** tienen un fuerte impacto en salud pública por su **alta transmisibilidad** en hogares, colegios, hospitales y residencias. Las dos entidades principales son la **escabiosis (sarna)** y la **pediculosis (infestación por piojos)**. Ambas, si no se diagnostican y tratan de forma adecuada, generan brotes comunitarios difíciles de controlar.

Escabiosis

La escabiosis es causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei* var. hominis, que excava túneles en la epidermis para depositar huevos. Se transmite casi siempre por **contacto directo piel a piel**, aunque también puede propagarse mediante fómites como sábanas o ropa.



Clínica característica

- **Prurito intenso y nocturno**, que suele empeorar tras acostarse.
- **Surcos o túneles lineales** en espacios interdigitales, muñecas, axilas, región umbilical, genitales y areolas.
- Pápulas eritematosas y excoriaciones por rascado.
- En inmunodeprimidos puede presentarse la **escabiosis costrosa (noruega)**, con placas hiperqueratóticas generalizadas y una altísima carga parasitaria, siendo extremadamente contagiosa.

Diagnóstico

Generalmente clínico, pero puede confirmarse mediante dermatoscopia (visualizando el “triángulo negro” del ácaro) o raspado cutáneo.

Tratamiento

- **Primera línea:** permetrina al 5% aplicada en todo el cuerpo durante 8–12 h; repetir a los 7 días.
- **Alternativa:** ivermectina oral (200 µg/kg, repetir a los 7–14 días).
- Es fundamental tratar a **todos los contactos cercanos** al mismo tiempo.
- Ropa, toallas y sábanas deben lavarse con agua caliente y plancharse o sellarse en bolsas plásticas durante 72 h.
- El **prurito residual** puede persistir varias semanas tras el tratamiento (“prurito post-escabiosis”) y se maneja con emolientes, corticoides tópicos suaves y antihistamínicos.

Pediculosis

La pediculosis es la infestación por el piojo humano (*Pediculus humanus*) o el piojo púbico (*Phthirus pubis*). Dependiendo de la localización, se distinguen tres formas:

1. Pediculosis capitis (piojo de la cabeza)

- **Epidemiología:** muy común en niños en edad escolar, transmitida por contacto cabeza a cabeza o compartir objetos personales (peines, gorros, almohadas).
- **Clínica:** prurito intenso del cuero cabelludo, excoriaciones y adenopatías cervicales. Presencia de **liendres** adheridos firmemente a la base del

cabello.

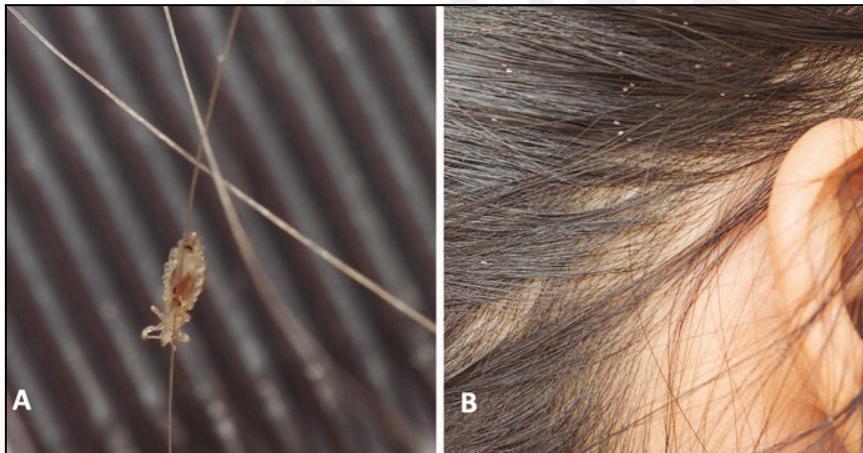
2. Pediculosis corporis (piojo del cuerpo)

- Asociada a **condiciones de hacinamiento y falta de higiene**.
- Los piojos habitan en las costuras de la ropa y se alimentan en la piel.
- Puede actuar como **vector de infecciones graves** como *Rickettsia prowazekii* (tifus exantemático).

3. Pediculosis pubis (ladillas, *Pthirus pubis*)

- Transmitida principalmente por contacto sexual.
- Afecta región púbica, axilas, barba, pestañas y cejas.
- Se acompaña de prurito y máculas azuladas (“máculas cerúleas”) en zonas de mordida.

Diagnóstico



Se confirma al observar los piojos adultos o liendres viables al examen directo o bajo microscopio.

Tratamiento

- **Primera elección:** permetrina tópica al 1% o malatión al 0,5%.
- **Medidas complementarias:**
 - Peinado húmedo con peine fino para retirar liendres.
 - Lavado de ropa, sábanas y objetos personales con agua caliente o aislamiento en bolsas cerradas.
- **Resistencia o recurrencia:** ivermectina oral como opción eficaz.
- En pediculosis pubis debe tratarse también a la pareja sexual y evaluar otras infecciones de transmisión sexual.

Discusión

Las infecciones cutáneas constituyen un problema transversal en la práctica clínica, con un impacto que va desde la atención primaria hasta los servicios hospitalarios. La revisión conjunta de los tres artículos permite observar **consensos en la clasificación y el manejo**, pero también **avances recientes en diagnóstico y terapéutica**.

Comparación de agentes y manifestaciones

- **Bacterias:**

- Todos los artículos coinciden en que *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes* son los principales agentes.
- El artículo de 2014 enfatiza la patogenicidad de cepas productoras de toxinas y la emergencia de SAMR en la comunidad.
- En 2025 se actualiza el rol del **microbioma cutáneo** como reservorio, destacando la importancia de diferenciar colonización de infección activa.
- **Virus:**
 - La revisión de 2014 ofrece un detalle exhaustivo de herpes simple y VVZ, con énfasis en complicaciones como la neuralgia posherpética.
 - El artículo de 2025 aporta cifras de seroprevalencia y subraya la relevancia de la **vacunación preventiva** contra varicela, herpes zóster y VPH.
- **Hongos:**
 - En 2014 se describe minuciosamente la clasificación de las dermatofitosis y onicomicosis, incluyendo diagnósticos diferenciales.
 - Las actualizaciones de 2021 y 2025 confirman la persistencia de estas entidades como motivo frecuente de consulta y refuerzan la recomendación de diagnóstico micológico antes de iniciar tratamiento sistémico.
- **Parásitos:**
 - La escabiosis y pediculosis se describen en ambos períodos como **problemas de salud pública recurrentes**, con énfasis en la necesidad de tratar contactos y prevenir brotes institucionales.
 - La literatura más reciente incorpora el papel de ivermectina oral como alternativa eficaz en infestaciones resistentes.

Avances diagnósticos

El artículo de 2014 centraba el diagnóstico en la clínica, tinción de Gram, cultivo o técnicas sencillas como el test de Tzanck. Las revisiones posteriores destacan el valor de:

- **PCR viral y fúngica** para confirmar infecciones en casos dudosos.
- **Dermatoscopia** en escabiosis y tiñas capitis.
- **Ecografía de partes blandas** para diferenciar celulitis de abscesos.

Opciones terapéuticas y resistencia antimicrobiana

- **Resistencia bacteriana:**
 - El incremento de cepas de SAMR/SARM sigue siendo un desafío, con implicancias en la elección empírica de antibióticos.
 - La clindamicina, el trimetoprim-sulfametoxazol y la doxiciclina son opciones para cubrir MRSA en la comunidad.
- **Antivirales:**
 - Se mantiene la eficacia de aciclovir y sus derivados, con mejor pronóstico si se inician precozmente.
 - La profilaxis antivírica se recomienda en recurrencias herpéticas severas.
- **Antifúngicos:**
 - Persisten tasas elevadas de recaída en onicomicosis.
 - El consenso es que el tratamiento tópico es útil en casos localizados, pero las tiñas capitis y las onicomicosis extensas requieren terapia oral prolongada.

- **Antiparasitarios:**
 - Permetrina sigue siendo de primera línea en escabiosis y pediculosis.
 - La ivermectina oral ha ganado protagonismo como alternativa eficaz y segura, especialmente en brotes institucionales.

Implicaciones preventivas

La revisión muestra un cambio hacia la **prevención activa** en infecciones cutáneas:

- Vacunas frente a varicela, herpes zóster y VPH.
- Medidas higiénicas y descolonización en infecciones bacterianas recurrentes.
- Estrategias comunitarias para controlar brotes de escabiosis y pediculosis.

Síntesis

La integración de los tres artículos revela que, a pesar de la continuidad en los agentes causales y las manifestaciones clínicas, se han producido **avances significativos en diagnóstico, tratamiento y prevención**. Hoy en día, el enfoque de las infecciones cutáneas no se limita al tratamiento del episodio agudo, sino que incluye la consideración de **resistencia antimicrobiana, impacto del microbioma y estrategias preventivas como la vacunación y la educación sanitaria**.

