

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

**Prevención, diagnóstico
y tratamiento de la
PITIRIASIS VERSICOLOR
en el primer nivel de atención**

Evidencias y recomendaciones

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-018-08**

**CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL**



Vivir Mejor

Ave. Reforma No. 450, piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600, México, D. F.
Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx
Publicado por CENETEC.
© Copyright CENETEC.

Editor General.
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la pitiriasis versicolor en el primer nivel de atención, México: Secretaría de Salud, 2008.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

CIE 10 AA-00-B99 Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias. B36.0 Pitiriasis versicolor.

Prevención, diagnóstico y tratamiento de la pitiriasis versicolor en el primer nivel de atención.

Coordinadores :

Dr. Faustino Esmir Balazar Sagrero.	Pediatría.	Secretaría de Salud del Estado de Guerrero.	Oficina Central/Director de servicios de salud.
-------------------------------------	------------	---	---

Dra. Sofía Cuevas Bahena.	Maestra en Salud Pública/ Maestría en Ciencias de la Salud.	Secretaría de Salud del Estado de Guerrero.	Oficina central/ Jefa del Depto. de Salud Reproductiva.
---------------------------	---	---	---

Autores:

Dra. Sofía Cuevas Bahena	Maestra en Salud Pública/ Maestría en Ciencias de la Salud.	Secretaría de Salud del Estado de Guerrero.	Oficina central/ Jefa del Depto. de Salud Reproductiva.
--------------------------	---	---	---

Dr. Francisco Meza Ortiz.	Pediatría.	Secretaría de Salud del Estado de Guerrero.	Hospital General de Acapulco/Pediatra.
---------------------------	------------	---	--

Dr. Raúl López Roque	Medicina interna.	Secretaría de Salud del Estado de Guerrero.	Hospital de la madre y del niño guerrerenses / Director
----------------------	-------------------	---	---

Dra. Maritza Astudillo Melgar	Dermatología.	Secretaría de Salud del Estado de Guerrero.	Hospital General Ciudad Renacimiento/Jefe de enseñanza-Dermatóloga.
-------------------------------	---------------	---	---

Dr. Roberto Estrada Castañón	Dermatología.	Secretaría de Salud del Estado de Guerrero.	Dermatólogo.
------------------------------	---------------	---	--------------

Dr. Jesús Molina Bravo	Pediatría.	Secretaría de Salud del Estado de Guerrero.	Clínica Avanzada de Atención Primaria a la Salud/ Director.
------------------------	------------	---	---

Lic. Jorge Arizmendi Mazón	Lic. en Informática.	Secretaría de Salud del Estado de Guerrero.	Hospital General de Iguala/ Bibliotecólogo.
----------------------------	----------------------	---	---

Dr. Bulmaro Adame Benítez	Ginecología y obstetricia.	Secretaría de Salud del Estado de Guerrero.	Hospital General de Chilapa/ Director.
---------------------------	----------------------------	---	--

Dr. José Luis Núñez Ochoa	Maestro en Salud Pública.	Secretaría de Salud del Estado de Guerrero.	Jurisdicción 03 Guerrero/ Jefe jurisdiccional.
---------------------------	---------------------------	---	--

Dr. Antonio Perea Saavedra	Cirugía general.	Secretaría de Salud del Estado de Guerrero.	Hospital General de Iguala/ Director.
----------------------------	------------------	---	---------------------------------------

Dra. Sofía Caballero Martínez	Cirugía general.	Secretaría de Salud del Estado de Guerrero.	Hospital General de Zihuatanejo/Directora.
-------------------------------	------------------	---	--

M. en A. Héctor Javier González Jácome.	Medicina interna. Administración y políticas públicas.	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.	Subdirección de guías de práctica clínica.
---	--	---	--

Dr. Luis Agüero y Reyes	Medicina interna. Administración en servicios de salud.	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.	Asesor de guías de medicina interna.
-------------------------	---	---	--------------------------------------

Validación interna:

Dra. María Teresa Cervantes Cañas.	Medicina interna. Geriatria.	Instituto Mexicano del Seguro Social.	Médico internista, UMAE, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional "La Raza".
------------------------------------	------------------------------	---------------------------------------	--

Revisión institucional:

Dra. Rosa María Ponce Olivera	Dermatología.	Hospital General de México.	Jefa del Servicio de Dermatología.
-------------------------------	---------------	-----------------------------	------------------------------------

Índice

1. Clasificación.	5
2. Preguntas a responder por esta guía.	6
3. Aspectos generales.	7
3.1. Justificación.	7
3.2. Objetivo.	8
3.3. Definición.	9
4. Evidencias y recomendaciones.	10
4.1 Prevención primaria.	11
4.1.1 Promoción de la salud.	11
4.1.1.1 Estilo de vida.	11
4.1.1.2 Orientación/Consejería.	12
4.2 Prevención secundaria.	12
4.2.1 Detección.	12
4.2.1.1 Factores de riesgo.	12
4.2.1.2 Historia clínica.	14
4.2.1.3 Exploración clínica.	15
4.2.1.4 Estudios de laboratorio y gabinete.	16
4.2.2 Limitación del daño.	17
4.2.2.1 Tratamiento farmacológico tópico.	17
4.2.2.2 Tratamiento farmacológico sistémico.	18
4.3 Criterios de referencia a segundo nivel.	19
5. Bibliografía.	20
6. Agradecimientos.	24
7. Comité Académico.	24
8. Directorios.	25
9. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica.	26

1. CLASIFICACIÓN.

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: SSA-018-08	
Profesionales de la salud	Médico general. 1.23. Médico familiar. 1.27. Especialista en medicina preventiva. 1.10. Dermatóloga(o). 1.21. Infectóloga(o). 1.25. Médico internista. 1.43. Pediatra.
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: B360 Otras dermatomycosis superficiales (Pitiriasis versicolor).
Categoría de GPC.	3.1.1 Nivel de atención primario. 3.3 Evaluación. 3.4 Diagnóstico y tamizaje. 3.6 Tratamiento. 3.11 Prevención.
Usuarios potenciales.	4.5. Enfermeras generales. 4.13. Médicos generales. 4.6. Enfermeras especializadas. 4.14. Médicos familiares. 4.7. Estudiantes. 4.17. Organizaciones orientadas a enfermos. 4.11. Investigadores. 4.23. Planificadores de servicios de salud. 4.12. Médicos especialistas. 4.25. Proveedores de servicios de salud. 4.28. Técnicos en enfermería.
Tipo de organización desarrolladora.	6.5. Dependencia de la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero.
Población blanco.	7.1. Recién nacido hasta de un mes, 7.2. Niño de 1 a 23 meses, 7.3. Niño de 2 a 12 años, 7.4. Adolescentes 13 a 18 años, 7.5. Adulto 19 a 44 años, 7.6. Mediana edad 45 a 64 años, 7.7. Adultos mayores 65 a 79 años, 7.8. Adultos mayores de 80 y más años, 7.9. Hombre, 7.10. Mujer.
Fuente de financiamiento/ Patrocinador.	8.1. Gobierno Federal, 8.4 Mixto: Secretaría de Salud, Secretaría de Salud del Estado de Guerrero.
Intervenciones y actividades consideradas.	CIE9: 89.7 Reconocimiento médico general. Exploración con luz de Wood. Educación para el paciente.
Impacto esperado en salud.	Disminuir la prevalencia de la pitiriasis versicolor. Mejorar la calidad de la atención del paciente con pitiriasis versicolor.
Metodología¹.	Definir el enfoque de la GPC. Elaboración de preguntas clínicas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia: Protocolo sistematizado de búsqueda. Revisión sistemática de la literatura. Búsquedas de bases de datos electrónicas. Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores. Búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales revisadas: 123. Guías seleccionadas: 46 del periodo 2001-2008. Revisiones sistemáticas. Ensayos controlados aleatorizados. Reporte de casos. Validación del protocolo de búsqueda: Adopción de guías de práctica clínica internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia. Construcción de la guía para su validación. Responder a preguntas clínicas por adopción de guías. Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional. Responder a preguntas clínicas por revisión sistemática.
Método de validación y adecuación.	Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: Hospital Gea González. Revisión institucional: Hospital General de México.
Conflicto de interés.	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés. Todas las cartas firmadas en original se tienen que enviar por oficio al CENETEC.
Registro y actualización.	Catálogo maestro de guías de práctica clínica: SSA-018-08 Fecha de actualización _____

¹ Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA.

1. ¿Qué es la pitiriasis versicolor y qué la causa?
2. ¿Qué grupos poblacionales son los más afectados por la pitiriasis versicolor?
3. ¿Cuáles son los factores de riesgo para contraer pitiriasis versicolor?
4. ¿Cuáles son los síntomas de la pitiriasis versicolor?
5. ¿Cuáles son los signos de la pitiriasis versicolor?
6. ¿Cómo se realiza el diagnóstico de pitiriasis versicolor?
7. ¿Cuál es el diagnóstico diferencial de la pitiriasis versicolor?
8. En pacientes con pitiriasis versicolor, ¿cuál es el tratamiento tópico recomendado?
9. En pacientes con pitiriasis versicolor, ¿cuál es el tratamiento sistémico recomendado?
10. ¿Cuáles son las complicaciones de la pitiriasis versicolor?
11. ¿Cuáles son las medidas preventivas que debe adoptar el paciente con pitiriasis versicolor?
12. ¿Cuáles son los motivos para referir al segundo nivel de atención a un paciente con pitiriasis versicolor?

3. ASPECTOS GENERALES.

3.1 JUSTIFICACIÓN

Las micosis de la piel y las mucosas o micosis superficiales constituyen un problema sanitario; y se calcula que ocupan al menos del 5 al 10% de las consultas de medicina general (Act Terap Dermatol, 2007), lo que hace evidente que son importantes en términos de morbilidad.

La pitiriasis versicolor es una micosis superficial benigna, crónica, recurrente de distribución cosmopolita observada en todas las razas y edades (Mejía 1991), con la mayor prevalencia, llegándose a reportar hasta un 32% de todas las micosis superficiales (Padilla 2005); es producida por un hongo dimorfo lipofílico denominada *Malassezia* sp., considerada como parte de la flora cutánea normal de la piel en la mayor parte de los individuos (Ballesté 2000; Padilla 2004).

Generalmente no provoca complicaciones sistémicas, sin embargo existen reportes aislados de fungemia en prematuros, relacionado esto, con el uso de catéteres intravenosos; lo que es común es que si logra impactar de forma importante la constitución psicológica y estética de los pacientes.

Las diferencias en la atención médica de este problema, sus consecuencias e impacto en la salud, reflejado en los elevados costos de atención; justifican contar con un instrumento que nos permita establecer pautas y recomendaciones útiles que apoyen en la práctica diaria, que contribuyan a la prevención, el diagnóstico y tratamiento adecuado y referencia oportuna de los casos que así lo ameriten, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de quienes padecen esta patología.

3. ASPECTOS GENERALES.

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA.

La guía de práctica clínica “Prevención, diagnóstico y tratamiento de la pitiriasis versicolor” forma parte del catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del programa de acción desarrollo de guías de práctica clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para unificar la toma de decisiones clínicas.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Identificar los factores de riesgo para padecer pitiriasis versicolor.
- Identificación de la morfología típica así como sus variantes.
- Proponer acciones para disminuir la aparición de la enfermedad.
- Dar a conocer esquemas de tratamiento tanto tópico como combinado (tópico y sistémico) basándose en la extensión de las lesiones o números de segmentos corporales afectados, con diferentes esquemas de tratamiento y que se ha demostrado su efectividad.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3. ASPECTOS GENERALES.

3.3 DEFINICIÓN.

La pitiriasis versicolor (B36.0 Pitiriasis versicolor CIE 10) es una micosis superficial, crónica de la piel, benigna, cosmopolita, que predomina en zonas húmedas, tropicales y subtropicales producida por un grupo de hongos levaduriformes y lipofílicos pertenecientes al género *Malassezia*, que forman parte de la biota cutánea (Schwartz 2004).

Sinonimias: también se le conoce como tiña versicolor, cromofitosis, manchas hepáticas, dermatomicosis furfurácea, tiña flava, acromia parasitaria, mal de amores y paño blanco. Dermatología Rev Mex 49(4)2005; Rev Cubana Gen Integr 2001 17(6):565-71.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.

Las evidencias y recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis que el grupo redactor ha identificado en artículos científicos tales como; revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y estudios observacionales seleccionados mediante el protocolo de búsqueda y la evaluación del contenido de cada estudio. No se utilizaron guías clínicas internacionales debido a que no se encontraron en el tema de pitiriasis versicolor.

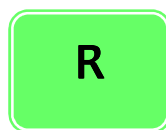
La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en los documentos seleccionados, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

No se encontraron en la bibliografía disponible, guías de práctica clínica preelaboradas que fuera factible utilizar con la metodología por adopción. Por ello, para graduar las evidencias y recomendaciones seleccionadas para esta guía se utilizó la escala del Centre for Evidence Based Medicine CEBM, de la Universidad de Oxford (versión: March, 2009). En cada caso, se cita entre paréntesis el significado de cada nivel.

Para la presentación de las evidencias y recomendaciones se ha establecido la siguiente simbología:



EVIDENCIA.



RECOMENDACIÓN.



BUENA PRÁCTICA.

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA.

4.1.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD.

4.1.1.1 ESTILO DE VIDA.

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E El uso de ropa oclusiva ha demostrado experimentalmente el desarrollo de pitiriasis versicolor, porque altera el pH y hay un aumento en la concentración de CO ₂ .	4. (Series de casos o casos y controles de pobre calidad). Acosta, 2004.
R Evitar el uso de ropa de alto contenido en fibras sintéticas y oclusivas, se recomienda usar ropas frescas y adecuadas para el medio.	C. (Estudios de nivel 4 (series de casos o casos y controles) o extrapolaciones de estudios de nivel 2 o 3). Padilla, 2004.
E La aplicación de cremas o lociones en la piel pueden exacerbar el desarrollo de lesiones en las personas con tendencia a la enfermedad.	4. (Serie de casos o casos y controles de pobre calidad). Sosa, 2005. Padilla, 2004.
R Se recomienda evitar la aplicación continua de cremas, ungüentos, aceites y bronceadores.	C. (Estudios de nivel 4 (series de casos o casos y controles) o extrapolaciones de estudios de nivel 2 o 3). Sosa, 2005. Padilla, 2004.
R Se recomienda llevar una dieta sana evitando el sobrepeso u obesidad.	D. (Evidencia de nivel 5 (opinión de expertos) o estudios dudosos o inconsistentes de cualquier nivel. Larrondo, 2001).

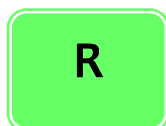
4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA.

4.1.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD.

4.1.1.2 ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA.

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Se recomienda explicar al paciente la etiología de la dermatosis y los factores de riesgo asociados o que la predisponen, pues de presentarse estas condiciones favorecedoras, la enfermedad reaparecerá

D.
(Evidencia de nivel 5 (opinión de expertos) o estudios dudosos o inconsistentes de cualquier nivel).
Larrondo, 2001.

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA.

4.2.1 DETECCIÓN.

4.2.1.1 FACTORES DE RIESGO.

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Las condiciones climáticas calurosas así como actividades deportivas, aumento de sudoración, exposición al sol, un medio ambiente húmedo, son factores predisponentes para padecer pitiriasis versicolor.

2b.
(Estudios de cohorte única o retrospectivos).
Mejía de Alejos, 1991.



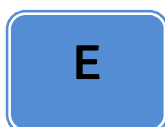
La inmunodepresión, por corticoterapia sistémica, la administración de drogas inmunosupresoras, y el síndrome de Cushing, son factores de riesgo para adquirir la pitiriasis versicolor.

2b.
(Estudios de cohorte única o de seguimiento o retrospectivos).
Mejía de Alejos, 1991.



El uso de anticonceptivos orales son factores que tienen relación con la presencia de pitiriasis versicolor.

4.
(Serie de casos o casos y controles de pobre calidad).
Nazar, 2000.



Entre los factores intrínsecos predisponentes, se mencionan la herencia genética y el embarazo.

2b.
(Estudios de cohorte única o de seguimiento o retrospectivos).
Mejía de Alejos 1991.
4.
(Serie de casos o casos y controles de pobre calidad).
Nazar, 2000.

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La pitiriasis versicolor puede relacionarse con una respuesta inmune alterada del organismo, como en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y en la leishmaniasis visceral en donde pitiriasis versicolor puede ser más prevalente y manifestarse con formas o localizaciones poco frecuentes o con más severidad que en los individuos inmunocompetentes.

4.

(Serie de casos o casos y controles de pobre calidad).
Padilla, 2004.

E

En los recién nacidos o prematuros la aparición de fungemia por *Malassezia* sp se relaciona con influencias climáticas y genéticas o circunstancias anormales como prematurez, hospitalización, uso de vendajes oclusivos y la infección sistémica por el uso de catéteres.

4.

(Serie de casos o casos y controles de pobre calidad).
Nazar, 2000.

E

Vivir en áreas tropicales y subtropicales aunada a malnutrición (por exceso o por déficit) aumenta el riesgo de pitiriasis versicolor.

2b.

(Estudios de cohorte única o de seguimiento o retrospectivos).
Mejía de Alejos, 1991.

E

El requerimiento de ácidos grasos exógenos parece ser la razón por la cual estos hongos son prevalentes en zonas seborreicas de la piel, en hiperhidrosis y en aquellas donde la aplicación de ungüentos y cremas es más frecuente.

4.

(Serie de casos o casos y controles de pobre calidad).
Sosa, 2005.

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA.

4.2.1 DETECCIÓN.

4.2.1.2 HISTORIA CLÍNICA.

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E Se presenta en todos los grupos de edad, pero los más afectados son los jóvenes y adultos.	4. (Serie de casos o casos y controles de pobre calidad). Kryakos P, 2006.
E La mayor parte de los pacientes son asintomáticos, sólo ocasiona problemas de tipo estético.	2b. (Estudios de cohorte única o de seguimiento o retrospectivos). Ashbee, 2006.
E Puede haber prurito moderado	5 (Opinión de expertos). Schwartz, 2004.

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA.

4.2.1 DETECCIÓN.

4.2.1. EXPLORACIÓN FÍSICA.

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E Existen tres variantes clínicas de la dermatosis: Eritematosa, hipocromiante e hipercromiante. La variante hipocrómica es la más frecuente, seguida por la eritematosa y por último la hipercromiante.	4. (Serie de casos o casos y controles de pobre calidad). Jena DK, 2005.
E Características morfológicas: son placas lenticulares cubiertas de fina escama o furfurácea de bordes irregulares con tendencia a confluir.	4. (Serie de casos o casos y controles de pobre calidad). Nazar 2000.
E La topografía: Es más frecuente en tronco por su cara anterior y posterior, cuello, raíces de extremidades superiores, menos frecuente cara, ingles, piernas y región glútea.	4. (Serie de casos o casos y controles de pobre calidad). Jena DK. 2005.
E El diagnóstico de la pitiriasis versicolor es clínico, se basa de acuerdo a la topografía y morfología de la dermatosis, se puede apoyar con el signo de la uñada.	5 (Opinión de expertos). Larrondo 2001.

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA.

4.2.1 DETECCIÓN.

4.2.1.4 ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E Examen con lámpara de Wood: Se observa una fluorescencia naranja o amarillo dorada.	5. (Opinión de expertos). Padilla 2005.
E El método de la cinta adhesiva transparente para cultivar a <i>M. furfur</i> se considera eficaz, sencillo y muy útil en aquellos casos en los que es de interés cuantificar la población de este hongo (prueba de cinta adhesiva transparente).	2b. (Estudios de cohorte única o de seguimiento o retrospectivos). Trujillo 1992.
E En el examen directo al microscópico por la toma de muestra de la lesión por raspado: se observan esporas redondeadas entre mallas de micelios.	5. (Opinión de expertos). Tarango, 2006.
E Se verifica a través del examen directo al microscópico por la toma de muestra de la lesión por raspado y su reacción con hidróxido de potasio, o potasa (KOH).	4. (Serie de casos o casos y controles de pobre calidad). Jena DK. 2005.
E El cultivo en un medio selectivo para hongos, el examen directo del mismo revelará esporas y filamentos.	5. (Opinión de expertos). Tarango, 2006.

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA.

4.2.2 LIMITACIÓN DEL DAÑO.

4.2.2.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO TÓPICO.

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R Ketoconazol, spray o crema al 2% una vez al día durante cuatro semanas.	A. (Estudios consistentes de nivel 1 [revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados]). Crawford, 2007.
R El ketoconazol, shampoo al 2% o flutrimazol, champú al 1% una vez al día durante 14 días.	B. (Estudios de nivel 2 o 3 [revisiones sistemáticas de estudios epidemiológicos] consistentes o extrapolaciones de estudios de nivel 1 [revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados]). Rigopoulos, 2007.
R Terbinafina, spray o crema al 1% dos veces al día durante siete días.	B. (Estudios de nivel 2 o 3 [revisiones sistemáticas de estudios epidemiológicos] consistentes o extrapolaciones de estudios de nivel 1 [revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados]). Budimulja, 2002.
R Clotrimazol, spray o crema al 1% una vez al día durante siete días.	A. (Estudios consistentes de nivel 1 [revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados]). Crawford, 2007.
R Bifonazol, spray, polvo o crema al 1% una vez al día por siete días.	B. (Estudios de nivel 2 o 3 [revisiones sistemáticas de estudios epidemiológicos] consistentes o extrapolaciones de estudios de nivel 1 [revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados]). Mejía de Alejos, 1991.

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA.

4.2.2 LIMITACIÓN DEL DAÑO.

4.2.2.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SISTÉMICO.

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

Utilizar tratamiento sistémico en caso de afectar un mayor número de áreas o bien pobre respuesta al tratamiento tópico, en pitiriasis recurrente o por preferencia del paciente.

B.

(Estudios de nivel 2 o 3 [revisiones sistemáticas de estudios epidemiológicos] consistentes o extrapolaciones de estudios de nivel 1 [revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados]). Yazdanpanah, 2007.

R

Ketoconazol, tabletas 200 mg una vez al día vía oral por diez días.

B.

(Estudios de nivel 2 o 3 [revisiones sistemáticas de estudios epidemiológicos] consistentes o extrapolaciones de estudios de nivel 1 [revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados]). Yazdanpanah, 2007.

R

Itraconazol, cápsulas o tabletas 200 mg una vez al día vía oral por siete días.

D.

Evidencia de nivel 5 (opinión de expertos) o estudios dudosos o inconsistentes de cualquier nivel. Gupta, 2004.

4.3 CRITERIOS DE REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 Que la dermatosis se presente de manera atípica y difícil de diagnosticar. Que la dermatosis se encuentre complicada o enmascarada por otra dermatosis. Que esté asociada a padecimientos con inmunodepresión. Que la respuesta al tratamiento habitual haya fallado.	Buena práctica. Opinión de expertos que elaboraron la guía. 2009.

5. BIBLIOGRAFÍA.

1. Acosta-Quintero MA, Cazorla-Perfetti DJ. Aspectos clínico-epidemiológicos de la pitiriasis versicolor (PV) en una región pesquera de la región semiárida del Estado Falcón, Venezuela. *Rev Iberoam Micol* 2004; 21:191-4.
2. Aguilar LC. Las dermatomicosis, un creciente problema sociosanitario. *OFFARM* 2001; 20(8):60-68.
3. Allevato MAJ, Negroni R, Galimberti R. Antifúngicos ayer, hoy y mañana. *Act Terap Dermatol* 2007; 30:8-17.
4. Amer MA and the Egyptian Fluconazole Study Group. Fluconazole in the treatment of tinea versicolor. *Int J Dermatol* 1997; 36: 938–946.
5. Andrews MD, Burns M. Common Tinea Infections in Children. *Am Fam Physician* 2008; 77(10):1415-20
6. Arenas R, Isa-Isa R, Cruz AC. Pitiriasis versicolor en Santo Domingo, República Dominicana. Datos morfológicos de *Malassezia* spp in vivo en 100 casos. *Rev Iberoam Micol* 2001; 18:29-32.
7. Ashbee HR. Recent developments in the immunology and biology of *Malassezia* species. *FEMS Immunol Med Microbiol*, 2006; 47:14-23.
8. Ashbee HR. Update on the genus *Malassezia*. *Medical Mycology*, 2007; 45:287-303.
9. Ballesté R, Fernández N, Calejari L, Gezuele E. Pitiriasis versicolor en lactantes. *Rev Med Uruguaya* 2000; 16:257-60.
10. Ben-Salah S, Makni F, Marrakchi S, Sellami H, Cheikhrouhou F et al. Identification of *Malassezia* species from Tunisian patients with pityriasis versicolor and normal subjects. *Mycoses* 2005; 48:242-5.
11. Boncompte E, Algueró M, Videla S, Forn J. Contribución al estudio de las dermatomicosis en Cataluña. *Rev Iberoam Micol*.1997; 14:26-8.
12. Bonifaz TA. Capítulo 6. Pitiriasis versicolor e infecciones por *Malassezia* spp, en: *Micología médica básica*, tercera edición, McGraw-Hill, México.
13. Budimulja U, Paul C. One-week terbinafine 1% solution in pityriasis versicolor: twice-daily application is more effective than once-daily. *J Dermatol Treat* 2002; 13:39-40.

14. Carvalho-Miranda K, Rodrigues de Araujo C, Soares AJ, Lemos JA, Hasimoto e Souza LK y col. Identificação de espécies de *Malassezia* em pacientes com pitíriase versicolor em Goiania-GO. Rev Soc Bras Med Trop 2006; 39(6): 582-3.
15. 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* 2007 Número 4. Oxford. Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación más reciente: 10 de abril de 2007. Fecha de la modificación significativa más reciente: 23 de mayo de 2007.
16. Crespo-Erchiga V, Ojeda-Martos A, Vera-Casaño A, Crespo-Erchiga A, Sánchez-Fajardo F. Aislamiento e identificación de *Malassezia spp* en pitiriasis versicolor, dermatitis seborreica y piel sana. Rev Iberoam Micol, 1999; 16:S16-S21.
17. Díaz-Urbe LH. Pitiriasis alba: aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos. Med UNAB 2003; 6:168-72.
18. DynaMed. Tinea versicolor; Updated 2008 Jun 24.
19. Faergemann J, Gupta AK, Mofadi AA, Abanami A, Shareeah A et al. Efficacy of Itraconazole in the prophylactic treatment of Pityriasis (Tinea) Versicolor. Arch Dermatol 2002; 138:69-73.
20. Gupta AK, Bluhm R, Summerbell R. Pityriasis versicolor. JEADV 2002; 16:19-33.
21. Isa-Isa R, Cruz AC, Arenas R, Duarte Y, Linares CM y col. Pitiriasis versicolor en lactantes. Estudio de 92 casos. Rev Iberoam Micol 200; 18:109-12.
22. Jena DK, Sengupta S, Dwari BC, Ram MK. Pityriasis versicolor in the pediatric age group. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2005; 71(4):259-61.
23. Kyriakis KP, Terzoudi S, Palamaras I, Pagana G, Michailides C, Emmanuelides S. Pityriasis versicolor prevalence by age and gender [Letter]. Mycoses 2006; 49(6):517-8.
24. Larrondo-Muguercia RJ, González-Angulo AR, Hernández-García LM. Micosis superficiales. Candidiasis y pitiriasis versicolor. Rev Cubana Med Gen Integr.2001; 17(6):565-71.
25. Mejía de Alejos MA, Drikha de Chami H, Araujo MH. Alternativas en el tratamiento de la pitiriasis versicolor con Bifonazol solución al 1%. Derm Venez 1991; 29(2):55-8.
26. Mellen LA, Vallee J, Feldman SR, Fleischer AB. Treatment of pityriasis versicolor in the United States. J Dermatol Treat 2004; 15:189-92.
27. Morales Barrera ME, Padilla Desgarennnes MC, Martínez Muñoz J. Pitiriasis versicolor variedad hipercrómica. Comunicación de un caso. Rev Cent Dermatol Pascua 2007; 16(2):93-5.
28. Nanda A, Kaur S, Bhakoo ON, Kaur I, Vaishnavi C. Pitiriasis (Tinea) versicolor in infancy. Pediatric Dermatology.1988; 5(4):260-2.

29. Nazar Díaz Mirón DM, Molina de Soschin D, Arenas R. Pitiriasis versicolor. Estudio de 50 casos y revisión de los nuevos conceptos sobre *Malassezia sp*. Dermatología Rev Mex 2000; 44(5):209-15.
30. Ochoa de Quinzada MM. Estudio de las especies de *Malassezia sp*, relacionadas con la patología cutánea (tesis doctoral). Panamá. Universidad de Granada, Universidad de Panamá; 2006.
31. Padilla C, Rodríguez-Acar M, Medina-Castillo D, Gutiérrez-Zambrano SC, Mendoza-Espada L, Ramos-Garibay. Pitiriasis versicolor. Presentación de tres casos. Rev Cent Dermatol Pascua.2004; 13(1):49-55.
32. Padilla-Desgarennes MC. Pitiriasis versicolor. Dermatología Rev Mex.2005; 49:157-67.
33. Pantazidou A. Pityriasis versicolor and recurrent tinea versicolor: treatment with itraconazole or fluconazole? Arch Dis Child 2007. Disponible en <http://www.bestbets.org/bets/bet.php?id=01530>
34. Rigopoulos D, Gregoriou S, Kontochristopoulos G, Ifantides A, Katsambas A. Flutrimazole shampoo 1% versus ketoconazole shampoo 2% in the treatment of pitiriasis versicolor. A randomised double-blind comparative trial. Mycoses 2007; 50:193-5.
35. Roberts SOB. Pityriasis versicolor: a clinical and mycological investigation.Br J Derm.1969; 81:315-26.
36. Rueda R. Micosis superficiales y dermatomicosis. Colomb Med 2002; 33(1):10-16.
37. Schnake SC, Gutiérrez BH, Sáez GM, Becker CM. Pitiriasis versicolor en lactantes menores. Rev Chil Pediatr.1988; 59(1):50-2.
38. Schwartz R. Superficial fungal infections. Lancet 2004; 364: 1173–82.
39. Sosa MA, Giusiano G, Mangiaterra M, Bustillo S. Agentes etiológicos de pitiriasis versicolor, Universidad Nacional del Nordeste, Comunicaciones científicas y tecnológicas 2005, Resumen: M-015, Argentina, 2005. En: <http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-015.pdf> , consultado el 31/08/09.
40. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Everett ED, Dellinger P. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft-tissue infections. Clin Infect Dis. 2005; 41(10):1373-406.
41. Stollery N. Fungal infections. Practitioner 2007; 25(1693):92-7.
42. Tarango V, Bonifaz A. Micosis Superficiales. Tercera revisión del Consenso Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento. México, 2006.

43. Tarazooie B, Kordbacheh P, Zaini F, Zomorodian K, Saadat F et al. Study of the distribution of *Malassezia* species in patients with pityriasis versicolor and healthy individuals in Tehran, Iran. BMC Dermatology. 2004; 4:5-10.
44. Trujillo-Suárez M, Pribyl R, Tobía TJ, Facchin C, Fachin VR y col. Ensayo del método de Wikler en pacientes con pitiriasis versicolor. Derm Venez 1992; 30(2):71-3.
45. Usatine RP. Variations in color. J Fam Pract 2003; 52: 481-4.
46. Vila AT, Taberner R, Nadal C, Puig L. Pitiriasis versicolor y otras enfermedades cutáneas asociadas a *Malassezia*. El médico. Curso de dermatomycosis práctica en inmigración, Tema 3. España 2005. En: <http://www.elmedicointeractivo.com/dermatomycosis/temaspdf/954.pdf> , consultado el 31/08/09.
47. Villars V, Jones TC. Clinical efficacy and tolerability of terbinafine (Lamisil)—a new topical and systemic fungicidal drug for treatment of dermatomycoses. Clin Exp Dermat 1989; 14: 124-127.
48. Yasdanpanah MJ, Azizi H, Suizi B. Comparison between fluconazole and ketoconazole effectivity in the treatment of pitiriasis versicolor. Mycoses, 2007, 50(4), 311-313.

6. AGRADECIMIENTOS.

Se agradece a las autoridades de los Servicios Estatales de Salud del Estado de Guerrero las gestiones realizadas para que el personal adscrito al Centro o Grupo Trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud y el apoyo, en general, al trabajo de estos expertos.

7. COMITÉ ACADÉMICO.

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M. en A. María Luisa González Rétiz.	Directora General.
Dr. Esteban Hernández San Román.	Director de Evaluación de Tecnologías en Salud.
M. en A. María de Lourdes Dávalos Rodríguez.	Coordinadora Sectorial de Guías de Práctica Clínica.
M. en A. Héctor Javier González Jácome.	Subdirector de guías de práctica clínica.
Dr. Luis Agüero y Reyes.	Asesor de guías de práctica clínica.
Dr. Domingo Antonio Ocampo.	Asesor de guías de práctica clínica.
Dra. Lorraine Cárdenas Hernández.	Asesor de guías de práctica clínica.
Dr. Eric Romero Arredondo.	Asesor de guías de práctica clínica.
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa	Investigación documental.
Lic. Ana María Otero Prieto.	Comunicación y logística.
Lic. Margarita Isela Rivera Ramos.	Diseño gráfico.

8. DIRECTORIOS.

Directorio sectorial.

Secretaría de Salud.

Dr. José Ángel Córdova Villalobos.

Secretario de Salud.

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS.

Mtro. Daniel Karam Toumeh.

Director General.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE.

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares.

Director General.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF.

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín.

Titular del organismo SNDIF.

Petróleos Mexicanos / PEMEX.

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza.

Director General.

Secretaría de la Marina.

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza.

Secretario de Marina.

Secretaría de la Defensa Nacional.

General Guillermo Galván Galván.

Secretario de la Defensa Nacional.

Consejo de Salubridad General.

Dr. Enrique Ruelas Barajas.

Secretario del Consejo de Salubridad General.

General Guillermo Galván Galván.

Secretario de la Defensa Nacional.

Consejo de Salubridad General.

Dr. Enrique Ruelas Barajas.

Secretario del Consejo de Salubridad General.

Directorio institucional.

Secretaría de Salud Guerrero.

Dr. Luis Rodrigo Barrera Ríos.

Secretario de Salud en el Estado de Guerrero.

Dr. Rubén Padilla Fierro.

Subsecretario de Prevención y Control de Enfermedades.

Dr. Faustino Esmir Balanzar Sagrero.

Director de Servicios de Salud.

Dra. Sofía Cuevas Bahena

Jefa del Departamento de Salud Reproductiva

Dr. Francisco Meza Ortiz.

Pediatra del Hospital General de Acapulco.

Dr. Raúl López Roque.

Director del Hospital de la Madre y del Niño Guerrerense.

Dra. Maritza Astudillo Melgar.

Dermatóloga del Hospital General de Cd. Renacimiento.

Dr. Roberto Estrada Castañón.

Dermatólogo del Hospital General de Acapulco.

Dr. Jesús Molina Bravo.

Director de la Clínica Avanzada de Atención Primaria a la Salud.

L.I. Jorge Arizmendi Mazón

Bibliotecólogo del Hospital General de Iguala

Dr. Bulmaro Adame Benítez.

Director del Hospital General de Chilapa.

Dr. José Luis Núñez Ochoa.

Jefe de la Jurisdicción Sanitaria 03 Centro. Chilpancingo.

Dr. José Antonio Perea Saavedra.

Director del Hospital General de Iguala.

Dra. Sofía Caballero Martínez.

Director del Hospital General de Zihuatanejo.

9. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaría de Innovación y Calidad y Presidenta del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Avila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada Médico Cirujano Víctor Manuel Rico Jaime Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
CONTRALMIRANTE SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. de las Mercedes Gómez Mont Urueta Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Octavio Rodrigo Martínez Pérez Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua	Titular 2009-2010
Dra. Elvia E. Patricia Herrera Gutiérrez Secretaría de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Durango	Titular 2009-2010
Dr. Ramón Armando Luna Escalante Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Michoacán	Titular 2009-2010
Acad. Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Acad. Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud de CENETEC y Secretario Técnico del Comité Nacional de GPC	Secretario Técnico