

JEROMA[®]

Doxiciclina 100 mg

MANUAL CLÍNICO

Espectro terapéutico basado en evidencia: papel, tasa de respuesta, tiempo y magnitud

Documento de apoyo a la decisión para profesionales de la salud

Laboratorio Skinderm S.A. · Línea Pharma

Edición 2026

Cómo usar este manual

El inserto de JEROMA® está redactado para el consumidor final y describe el producto de forma básica. Este manual es la herramienta para el **médico**: reúne, con evidencia, **el espectro real de problemas en los que la doxiciclina es útil**, precisando en cada uno su **papel clínico**, la **tasa de respuesta**, el **tiempo** hasta la mejoría y la **magnitud** del efecto.

Convención de "papel clínico": **1.ª línea** tratamiento de elección · **Coadyuvante** complementa a otra terapia · **Alternativa** opción cuando la 1.ª línea no es posible o falla.

Por qué una sola molécula sirve para tantos problemas

- **Motor antibacteriano:** inhibe la síntesis proteica bacteriana (subunidad ribosomal 30S); amplio espectro, incluidos patógenos intracelulares (*Chlamydia*, *Rickettsia*, *Mycoplasma*).³
- **Motor antiinflamatorio e inmunomodulador (independiente del anterior):** inhibe las **metaloproteinasas de matriz (MMP)**, reduce la **quimiotaxis de neutrófilos** y las citocinas proinflamatorias, y bloquea **lipasas bacterianas**. Actúa incluso a dosis subantimicrobianas.³

Grupo A · Dermatitis inflamatorias e inmunomediadas

A1 · Acné inflamatorio moderado a grave **1.ª línea**

Por qué responde: reduce *Cutibacterium acnes* y, sobre todo, la inflamación perifolicular (MMP, neutrófilos) responsable de las lesiones y las cicatrices.^{1,3}

Papel	Antibiótico oral de elección, siempre combinado con tópicos (retinoide ± peróxido de benzoílo). ¹
Respuesta	↓ lesiones inflamatorias del orden del 50–65 % a las 12 semanas; la dosis subantimicrobiana también reduce significativamente frente a placebo. ^{1,2}
Tiempo	Mejoría entre las 6 y 12 semanas ; ciclo de 3–4 meses. ¹
Magnitud	Alta en el componente inflamatorio; menor sobre comedones. ¹

A2 · Rosácea papulopustulosa **1.ª línea**

Por qué responde: el beneficio es fundamentalmente antiinflamatorio, no antibiótico.^{4,6}

Papel	Tratamiento sistémico de elección en formas con pápulas/pústulas moderadas a graves o resistentes al tópico. ⁶
Respuesta	Doxiciclina 40 mg (liberación modificada): ↓ lesiones inflamatorias ~61 % vs ~29–46 % placebo a 16 semanas; eficacia comparable a 100 mg con mejor tolerancia. ^{4,5}
Tiempo	Reducción significativa desde la semana 3 . ⁴
Magnitud	Alta sobre pápulas/pústulas; escasa sobre eritema y telangiectasias. ⁵

A3 · Rosácea ocular y disfunción de glándulas de Meibomio 1.ª línea

Por qué responde: inhibe las lipasas bacterianas y la MMP-9 de la película lagrimal, mejorando el sebo meibomiano y la inflamación palpebral.^{3,17}

Papel	Tratamiento sistémico de referencia, junto con higiene palpebral. ¹⁷
Respuesta	Mejoría sintomática y de los parámetros lagrimales en la mayoría de los pacientes. ¹⁷
Tiempo	Beneficio en semanas . ¹⁷
Magnitud	Moderada a alta en síntomas. ¹⁷

A4 · Rosácea fimatosa temprana y edema facial persistente (Morbihan) Coadyuvante

Por qué	Reduce el componente inflamatorio que precede a los cambios fibrosos del fima y al linfedema facial. ^{5,6}
Respuesta	Control del componente inflamatorio y del edema en fases tempranas; el fima establecido requiere procedimientos. ^{5,6}
Tiempo	Semanas a meses. ⁶
Magnitud	Moderada; mayor cuanto más precoz. ^{5,6}

A5 · Dermatitis perioral (periorifical) 1.ª línea sistémica

Por qué	Controla la inflamación perifolicular/perivascular de la dermis superficial (efecto antiinflamatorio). ⁷
Respuesta	Aclaramiento en la gran mayoría , junto con la suspensión de corticoides tópicos desencadenantes. ⁷
Tiempo	8–12 semanas . ⁷
Magnitud	Alta; baja recaída si se evitan desencadenantes. ⁷

A6 · Hidradenitis supurativa (Hurley I–II) 1.ª línea (leve–moderada)

Por qué	Acción antibacteriana + modulación de la inflamación folicular profunda. ⁸
Respuesta	↓ número y actividad de nódulos/abscesos en una proporción relevante de pacientes con enfermedad limitada. ⁸
Tiempo	Semanas a meses; también en mantenimiento. ⁸
Magnitud	Moderada; en Hurley III se requieren terapias de mayor nivel. ⁸

A7 · Erupción acneiforme por inhibidores del EGFR 1.ª línea (prevención)

Por qué	La erupción papulopustulosa por anti-EGFR (cetuximab, panitumumab, erlotinib) es inflamatoria. ¹⁰
Respuesta	La profilaxis con tetraciclinas reduce a la mitad la erupción de grado ≥ 2 . ¹⁰
Tiempo	Beneficio en las primeras semanas del tratamiento oncológico. ¹⁰
Magnitud	Alta; mejora la adherencia a la terapia antitumoral. ¹⁰

A8 · Penfigoide ampoloso

Alternativa al corticoide sistémico

Por qué responde: inhibe las MMP y la quimiotaxis de neutrófilos implicadas en la formación de ampollas.^{3,9}

Papel	Estrategia inicial cuando se busca evitar la toxicidad del corticoide (ancianos, frágiles). ⁹
Respuesta	Ensayo BLISTER (200 mg/día): control aceptable de ampollas a 6 semanas en ~ 74 % vs ~ 91 % con prednisolona (no inferior), con menos eventos adversos graves a 52 semanas. ⁹
Tiempo	Control a corto plazo a las 6 semanas . ⁹
Magnitud	Algo menor que el corticoide en agudo, con mejor seguridad a largo plazo. ⁹

A9 · Otras enfermedades ampollosas autoinmunes

Alternativa

Por su efecto antiinflamatorio y anticolagenasa, la doxiciclina (a menudo con **nicotinamida**) se usa como alternativa ahorradora de corticoides o cuando la dapsona está contraindicada: **dermatitis herpetiforme**, **penfigoide de las mucosas** y **dermatosis IgA lineal** (respuesta descrita en series de casos; magnitud variable).¹¹

A10 · Foliculitis decalvante y foliculitis crónicas

Coadyuvante / control

Por qué	Combina acción antiestafilocócica con modulación de la inflamación folicular. ¹¹
Respuesta	↓ pústulas y dolor y frena la progresión de la alopecia cicatricial en una parte importante de los casos. ¹¹
Tiempo	Ciclos prolongados con control periódico. ¹¹
Magnitud	Moderada; a menudo en esquemas combinados. ¹¹

A11 · Sarcoidosis cutánea

Alternativa

Por qué	Efecto inmunomodulador de las tetraciclinas sobre el granuloma. ¹²
Respuesta	Mejoría o resolución de lesiones cutáneas en una proporción de pacientes tratados. ¹²
Tiempo	Respuesta a lo largo de meses . ¹²
Magnitud	Moderada; opción en formas cutáneas seleccionadas. ¹²

A12 · Pitiriasis liquenoide (PLEVA / PLC)

Alternativa

Por qué	Efecto antiinflamatorio/inmunomodulador de las tetraciclinas. ¹¹
Respuesta	Mejoría de las lesiones en parte de los pacientes; opción por su buena tolerancia en tratamientos prolongados. ¹¹
Tiempo	Semanas a meses. ¹¹
Magnitud	Moderada. ¹¹

A13 · Otras dermatosis inflamatorias

Según serie de casos

- **Prurigo pigmentoso:** resolución rápida de las lesiones inflamatorias, con respuesta en **1–2 semanas**.¹¹
- **Papilomatosis confluyente y reticulada (Gougerot-Carteaud):** alta tasa de aclaramiento con tetraciclinas.¹¹
- **Dermatosis neutrofílicas seleccionadas:** coadyuvante por la inhibición de la quimiotaxis de neutrófilos.^{3,11}

Grupo B · Infecciones

B1 · Piel y partes blandas, incluida SARM comunitaria

1.ª línea oral (ambulatoria)

Por qué	Activa frente a <i>S. aureus</i> , incluida la mayoría de las cepas de SARM comunitario. ¹³
Papel	Opción oral recomendada para abscesos/celulitis purulenta leve a moderada ambulatoria (con drenaje cuando procede). ¹³
Respuesta / tiempo	Buenas tasas de curación en infección no complicada; mejoría en días . ¹³

B2 · Enfermedad de Lyme (eritema migrans)

1.ª línea

Papel	Tratamiento oral de elección del eritema migrans y estadios tempranos. ¹⁴
Respuesta	Curación en > 90 % con el ciclo completo. ¹⁴
Tiempo	El eritema regresa en días ; ciclo de 10–14 días. ¹⁴

B3 · Rickettsiosis, ehrlichiosis y anaplasmosis

1.ª línea

Fármaco de elección que salva vidas. Ante sospecha (fiebre manchada u otras enfermedades transmitidas por garrapatas), iniciar doxiciclina de forma empírica sin esperar la confirmación; el retraso aumenta la mortalidad. Es el tratamiento de elección **en todas las edades**.¹⁵

Respuesta	Defervescencia habitual en 24–72 h cuando se inicia precozmente. ¹⁵
-----------	---

Magnitud	Muy alta. ¹⁵
----------	-------------------------

B4 · Neumonía atípica adquirida en la comunidad

1.ª línea / opción

Por qué	Activa frente a los patógenos atípicos (<i>Mycoplasma pneumoniae</i> , <i>Chlamydomphila pneumoniae</i>). ¹⁹
---------	---

Papel	Opción de tratamiento empírico ambulatorio de la neumonía comunitaria. ¹⁹
-------	--

Tiempo	Ciclos habituales de 5–7 días según evolución. ¹⁹
--------	--

B5 · Leptospirosis

Tratamiento y profilaxis

Papel	Opción de elección en formas leves y en la profilaxis del viajero/expuesto. ²⁰
-------	---

Respuesta	Reduce la duración de la enfermedad; empleada también como quimioprofilaxis. ²⁰
-----------	--

Tiempo	Ciclo corto (p. ej. 7 días) en tratamiento. ²⁰
--------	---

B6 · Brucelosis

Parte del esquema de elección

Por qué	La doxiciclina es la columna del tratamiento, combinada con otro antibiótico (rifampicina o estreptomycin). ²¹
---------	---

Respuesta	Los esquemas con doxiciclina combinada logran altas tasas de curación y menos recaídas que la monoterapia. ²¹
-----------	--

Tiempo	Tratamiento prolongado (≥ 6 semanas). ²¹
--------	---

B7 · Profilaxis de la malaria del viajero

1.ª línea

Papel	Quimioprofilaxis eficaz frente a <i>Plasmodium falciparum</i> resistente a cloroquina. ²²
-------	--

Respuesta	Alta eficacia protectora cuando se cumple la pauta. ²²
-----------	---

Tiempo	Iniciar 1–2 días antes del viaje, durante la estancia y 4 semanas después. ²²
--------	--

B8 · Infecciones de transmisión sexual y otras

1.ª línea en varias

Infección	Papel	Pauta (inserto)
Uretritis/cervicitis no gonocócica por <i>Chlamydia trachomatis</i>	1.ª línea; curación muy alta	100 mg c/12 h, 7 días ¹⁶
Linfogranuloma venéreo	De elección	100 mg c/12 h, ≥ 21 días ¹⁶
Granuloma inguinal (donovanosis)	Recomendada	100 mg c/12 h, ≥ 21 días ¹⁶
Enfermedad inflamatoria pélvica	Parte del esquema combinado	100 mg c/12 h, ≥ 14 días + cefalosporina ¹⁶
Sífilis (alérgicos a penicilina)	Alternativa establecida	100 mg c/12 h, 14 días ¹⁶

La ficha del producto recoge además otras indicaciones infecciosas (cólera, carbunco y otras).¹⁸

Grupo C · Otras aplicaciones

C1 · Periodontitis (dosis subantimicrobiana)

Coadyuvante

Por qué	A dosis subantimicrobiana inhibe las collagenasas (MMP) del tejido periodontal, sin efecto antibiótico relevante. ³
Papel	Coadyuvante del raspado y alisado radicular en la periodontitis crónica. ³
Magnitud	Mejora la ganancia de inserción clínica frente al tratamiento mecánico solo. ³

Cuadro maestro de decisión

Problema	Papel	Respuesta / magnitud	Tiempo
Acné inflamatorio mod.–grave	1.ª línea (con tópicos)	↓ ~50–65 % lesiones inflamatorias	6–12 sem
Rosácea papulopustulosa	1.ª línea	↓ ~61 % vs ~29–46 % placebo	desde 3 sem
Rosácea ocular / Meibomio	1.ª línea	Mejoría en la mayoría	semanas
Rosácea fimatosa temprana / Morbihan	Coadyuvante	Control inflamatorio (precoz)	sem–meses
Dermatitis perioral	1.ª línea sistémica	Aclaramiento en la mayoría	8–12 sem
Hidradenitis Hurley I–II	1.ª línea (leve–mod.)	↓ nódulos/abscesos (moderada)	sem–meses
Erupción por anti-EGFR	1.ª línea (profilaxis)	↓ ~50 % grado ≥ 2	primeras sem
Penfigoide ampoloso	Alternativa al corticoide	~74 % control (no inferior)	6 sem
Ampollosas autoinmunes (DH, IgA lineal...)	Alternativa	Respuesta variable	semanas
Foliculitis decalvante	Coadyuvante	↓ actividad inflamatoria	ciclos largos
Sarcoidosis cutánea	Alternativa	Respuesta en parte de casos	meses
Pitiriasis liquenoide (PLEVA/PLC)	Alternativa	Mejoría en parte de casos	sem–meses
Piel y partes blandas / SARM comunitario	1.ª línea oral ambulatoria	Curación en no complicadas	días
Enfermedad de Lyme (eritema migrans)	1.ª línea	Curación > 90 %	10–14 días
Rickettsiosis / ehrlichiosis / anaplasmosis	1.ª línea	Muy alta (salva vidas)	24–72 h
Neumonía atípica comunitaria	1.ª línea / opción	Cobertura de atípicos	5–7 días
Leptospirosis	Tratamiento y profilaxis	↓ duración; quimioprofilaxis	ciclo corto
Brucelosis	Parte del esquema	Alta curación (combinada)	≥ 6 semanas
Profilaxis de malaria	1.ª línea	Alta protección	durante el viaje + 4 sem
Clamidia / uretritis no gonocócica	1.ª línea	Curación muy alta	7 días
Periodontitis (dosis subantimicrobiana)	Coadyuvante	↑ inserción clínica	según protocolo

Seguridad y posología aprobadas. Dosis dermatológica habitual: 100 mg cada 24 h (acné vulgar grave y rosácea, 12 semanas). **Contraindicado** con retinoides orales, en el embarazo, la lactancia y en menores de 8 años. Precauciones principales: **fotosensibilidad**, **esofagitis** (tomar con abundante agua y en posición erguida) e **hipertensión intracraneal benigna**. Interacciones: antiácidos y sales de calcio/hierro/magnesio (separar la toma), anticoagulantes orales (monitorizar), inductores enzimáticos. El detalle completo figura en la ficha técnica, que prevalece.¹⁸

Bibliografía

1. Zaenglein AL, Pathy AL, Schlosser BJ, et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol*. 2016;74(5):945–973.e33.
2. Skidmore R, Kovach R, Walker C, et al. Effects of subantimicrobial-dose doxycycline in the treatment of moderate acne. *Arch Dermatol*. 2003;139(4):459–464.
3. Sapadin AN, Fleischmajer R. Tetracyclines: nonantibiotic properties and their clinical implications. *J Am Acad Dermatol*. 2006;54(2):258–265.
4. Del Rosso JQ, Webster GF, Jackson M, et al. Two randomized phase III clinical trials evaluating anti-inflammatory dose doxycycline (40 mg) once daily for rosacea. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56(5):791–802.
5. van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Tan J, et al. Interventions for rosacea based on the phenotype approach: an updated systematic review. *Br J Dermatol*. 2019;181(1):65–79.
6. Schaller M, Almeida LMC, Bewley A, et al. Rosacea treatment update: recommendations from the global ROSacea Consensus (ROSCO) panel. *Br J Dermatol*. 2017;176(2):465–471.
7. Tempark T, Shwayder TA. Perioral dermatitis: a review of the condition with special attention to treatment options. *Am J Clin Dermatol*. 2014;15(2):101–113.
8. Alikhan A, Sayed C, Alavi A, et al. North American clinical management guidelines for hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol*. 2019;81(1):76–90.
9. Williams HC, Wojnarowska F, Kirtschig G, et al. Doxycycline versus prednisolone as an initial treatment strategy for bullous pemphigoid (BLISTER). *Lancet*. 2017;389(10079):1630–1638.
10. Lacouture ME, Mitchell EP, Piperdi B, et al. Skin toxicity evaluation protocol with panitumumab (STEPP). *J Clin Oncol*. 2010;28(8):1351–1357.
11. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. *Dermatology*. 4th ed. Elsevier; 2018.
12. Bachelez H, Senet P, Cadranet J, Kaoukhov A, Dubertret L. The use of tetracyclines for the treatment of sarcoidosis. *Arch Dermatol*. 2001;137(1):69–73.
13. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the IDSA. *Clin Infect Dis*. 2014;59(2):e10–e52.
14. Lantos PM, Rumbaugh J, Bockenstedt LK, et al. Clinical practice guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of Lyme disease (IDSA/AAN/ACR). *Clin Infect Dis*. 2021;72(1):e1–e48.
15. Biggs HM, Behraves CB, Bradley KK, et al. Diagnosis and management of tickborne rickettsial diseases (CDC). *MMWR Recomm Rep*. 2016;65(2):1–44.
16. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep*. 2021;70(4):1–187.
17. Quartermann MJ, Johnson DW, Abele DC, et al. Ocular rosacea: signs, symptoms, and tear studies before and after treatment with doxycycline. *Arch Dermatol*. 1997;133(1):49–54.
18. Skinderm S.A. Ficha técnica / inserto de JEROMA® (Doxiciclina 100 mg). Fabricado por INDEUREC S.A. para Skinderm S.A., Ecuador.
19. Metlay JP, Waterer GW, Long AC, et al. Diagnosis and treatment of adults with community-acquired pneumonia (ATS/IDSA). *Am J Respir Crit Care Med*. 2019;200(7):e45–e67.
20. Brett-Major DM, Coldren R. Antibiotics for leptospirosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(2):CD008264.
21. Yousefi-Nooraie R, Mortaz-Hejri S, Mehrani M, Sadeghipour P. Antibiotics for treating human brucellosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(10):CD007179.
22. Tan KR, Magill AJ, Parise ME, Arguin PM. Doxycycline for malaria chemoprophylaxis and treatment. *Clin Infect Dis*. 2011;53(12):1274–1281.