

Pediculosis

Autores

Beatriz López Alonso ¹
Antonio Beltrán Rosel ²

1. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

2. Especialista en Microbiología y Parasitología.

Médicos Cooperantes Hospital do Carmelo. Chókwè. Gaza. Mozambique.

Agradecimiento

Al Departamento de Parasitología de la Facultad de Farmacia, Burjassot, Valencia, por todo el material iconográfico proporcionado.

Guías Clínicas 2005; 5(10)

Elaborada con opinión de médicos y revisión posterior por colegas.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Aviso a pacientes o familiares:

La información de este sitio está dirigida a profesionales de atención primaria. Su contenido no debe usarse para diagnosticar o tratar problema alguno. Si tiene o sospecha la existencia de un problema de salud, imprima este documento y consulte a su médico de cabecera.

Puntos clave

- Los piojos no saltan ni vuelan, por lo que la transmisión se produce en la mayoría de los casos tras un contacto directo y prolongado con una persona infestada.
- Aproximadamente la mitad de los casos son asintomáticos, encontrándose liendres en el pelo sin ningún tipo de clínica. En los sintomáticos, la principal manifestación es el prurito, producido por una reacción alérgica a la saliva del piojo y que aparece normalmente tras varias semanas del primer contacto.
- El diagnóstico se basa en la búsqueda de piojos adultos o en su defecto liendres, que no indican necesariamente infestación activa. Solo deberían tratarse infestaciones activas (las que poseen piojos adultos).
- El tratamiento de elección, por ser el más seguro y eficaz, es la Permetrina: Existen preparados con concentraciones que varían del 1 al 5%, en lociones, cremas y champús. Como pediculicida basta con concentraciones del 1%. Aplicación: extender bien el producto por el cabello y dejar actuar durante 10 minutos, después aclarar con abundante agua. Se recomienda una segunda aplicación a los 7-10 días. Presenta como únicos efectos secundarios las reacciones cutáneas y la hipersensibilidad

Introducción

Pediculosis a la infestación humana producida por el piojo. El hombre puede verse afectado por dos especies: *Pediculus humanus var. capitis*, el más extendido, muy frecuente en niños en edad escolar y que habita en el cuero cabelludo; *Pediculus humanus var. corporis*, que aparece principalmente en indigentes, personas hacinadas o con muy poca higiene, y afecta a distintas áreas del cuerpo; por último, *Pthirus pubis* o piojo púbico, llamado vulgarmente ladilla, que habita el pelo púbico, y que se considera una enfermedad de transmisión sexual (ETS).

Los piojos miden entre 2 y 5 mm y son de color marrón oscuro. Los piojos del cuero cabelludo y del cuerpo son muy parecidos entre sí, y de forma más alargada que las ladillas.

Los piojos de la cabeza y las ladillas pasan la mayor parte del tiempo fijados al cabello y descienden a la piel únicamente para alimentarse, cada 4-6 horas. Los piojos corporales viven entre los pliegues de la ropa y tienen predilección por las zonas más cálidas del cuerpo, principalmente cintura y abdomen. Los tres tipos son hematófagos, y cuando se alimentan inyectan con su saliva sustancias vasodilatadoras y anticoagulantes.

Aunque en condiciones favorables los piojos pueden sobrevivir fuera del huésped hasta 3-4 días, en general no son capaces de hacerlo más allá de 15-20 horas, debido a la necesidad que tienen de alimentarse con tanta frecuencia.



Liendre

Los piojos no saltan ni vuelan, por lo que la transmisión se produce en la mayoría de los casos tras un contacto directo y prolongado con una persona infestada. Esto se debe a que el parásito necesita un cierto tiempo para pasar de un mechón a otro (ya que sólo lo hace con los ganchos de su primer par de patas). Contrariamente a la creencia popular la transmisión a través de fómites – peines, gorros, objetos personales, etc.- tiene poca importancia epidemiológica, y tampoco se relaciona con una higiene deficitaria (de hecho los piojos tienen predilección por cabellos limpios).

¿Qué síntomas producen?

Aproximadamente la mitad de los casos son asintomáticos, encontrándose liendres en el pelo sin ningún tipo de clínica.

En los sintomáticos, la principal manifestación es el prurito, producida por una reacción alérgica a la saliva del piojo y que aparece normalmente tras varias semanas del primer contacto. Pueden acompañar al prurito excoriaciones, lesiones de rascado y linfadenopatías cervicales reactivas. En ocasiones puede aparecer un rash por hipersensibilidad similar a los exantemas víricos.



Pediculus humanus



Pthirus pubis

En el caso del piojo corporal, hay que resaltar su importancia como vector de Bartonella spp., principalmente la B. quintana, agente causal de la fiebre de las trincheras. La forma clínica en caso de infección por B. quintana varía según se transmita por pulgas o por piojos. A través de pulgas es más probable que el paciente desarrolle una enfermedad por arañazo de gato o una angiomatosis bacilar. Si por el contrario, es un piojo el agente vector, es mayor la probabilidad de que se manifieste en forma de síndrome febril o de endocarditis. Con distribución universal, los piojos pueden transmitir Rickettsia prowazekii agente causal del tifus epidémico (tifus clásico o tifus transmitido por piojos) y de la enfermedad de Brill-Zinsser, especialmente en refugiados. El hombre es el único reservorio. La rickettsia se elimina por las heces del parásito y el hombre al rascarse inocular el microorganismo a través de la piel. La enfermedad se caracteriza por un síndrome pseudogripal que a los pocos días se acompaña de exantema generalizado respetando palmas y plantas. A veces, la enfermedad puede recidivar años más tarde en una forma más leve, denominada enfermedad de Brill-Zinsser.

El caso de los piojos corporales es algo distinto. Suelen afectarse más adultos que niños y se asocia con una falta extrema de higiene. Ello explica su alta incidencia en caso de catástrofes o campos de re-

fugiados. Suelen verse más en países de clima frío, donde se utilizan ropas gruesas que sirven de refugio al parásito. En este caso la transmisión a través de fómites es muy frecuente.

En las ladillas la infestación es principalmente en pelo púbico y proximidades: abdomen, muslos, tórax, aunque no es extraño encontrarlas incluso en las cejas si se trata de una parasitación extensa. Excepcionalmente podemos encontrarlos en cuero cabelludo. La mácula cerulea es la lesión característica. Mácula gris-azulada, producida por el depósito de hemosiderina en las capas profundas de la dermis como consecuencia de las sucesivas picaduras del piojo al alimentarse.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico se basa en la búsqueda de piojos adultos o en su defecto liendres, que no indican necesariamente infestación activa. Solo deberían tratarse infestaciones activas (las que poseen piojos adultos). La búsqueda de los adultos se ve facilitada si el cabello está húmedo, ya que los movimientos del parásito son más torpes. Nos ayudaremos cepillando el pelo mechón a mechón, con un peine normal o con liendreras, desde la raíz hasta la punta. Se aconseja poner un paño blanco o una toalla sobre los hombros para visualizar mejor los piojos que van cayendo. Es conveniente hacer siempre una segunda revisión para descartar infestación parasitaria. Junto con la visión del parásito, podemos encontrar también lesiones de rascado, excoriaciones o reacciones alérgicas.

El diagnóstico diferencial en cuero cabelludo debe hacerse principalmente con la caspa, mucho más fácil de desprender que las liendres.

Los piojos del cuerpo deben sospecharse en personas indigentes o con poca higiene personal que se quejan de prurito. Es importante buscarlos entre los pliegues de la ropa y no en el cuerpo, aunque aquí encontraremos las lesiones de rascado, defecaciones del parásito o restos de sangre. Debemos hacer diagnóstico diferencial con dermatitis y escabiosis si las lesiones están muy diseminadas.

En p. pubis debemos hacer diagnóstico diferencial con dermatitis por las lesiones en piel y con candidiasis en casos extremos con gran cantidad de liendres.

¿Cómo se previenen?

Es conveniente una educación sanitaria debido a la importancia de una detección precoz, que evite su diseminación y la aparición de síntomas.

Aunque no se ha demostrado la transmisión a través de fómites, es relativamente frecuente la detección de liendres en objetos personales. Recomendando eliminar los parásitos, si no es posible mediante lavado, guardando el objeto en una bolsa de plástico cerrada 2 semanas o en una bolsa en el congelador.

Una vez diagnosticado un caso debe realizarse la búsqueda de infestación activa en familiares, compañeros de clase y demás contactos estrechos.

En refugiados, el uso de mosquiteras impregnadas con piretroides como profilaxis antimalárica ha demostrado una clara disminución de la incidencia de piojos.

¿Cómo se tratan?

En la actualidad no existe consenso sobre el tratamiento. Hay diferentes pautas según edad, presentación clínica, antecedentes personales, disponibilidad y grado de resistencia local a los pedicu-

licidas. Todos actúan a nivel del sistema nervioso del parásito, presentando diferente eficacia según sea liendre, ninfa o adulto.

Sólo deben tratarse aquellos individuos con una infestación activa, nunca como profilaxis. En menores de 2 años no se recomienda inicialmente tratamiento farmacológico, siendo preferible la eliminación mecánica, y sólo si ésta fracasa asociar permetrina, de elección por su menor toxicidad. También usaremos permetrina en embarazadas y durante la lactancia. En menores de 6 meses está totalmente contraindicado el uso de pediculicidas.

El tratamiento se aplicará siempre sobre cabello seco, acompañándose de la eliminación manual de los piojos y liendres. El cabello húmedo disminuye la concentración del fármaco. Las cremas y lociones son más eficaces que los champús, que se diluyen con el agua. Pueden emplearse gorros de plástico para aumentar la eficacia, nunca toallas que absorben parte del producto. Usaremos guantes de plástico o de látex para su aplicación, evitando así reacciones de hipersensibilidad. Tras dejar actuar el producto, debe lavarse el cabello, peinarlo y dejar secar al aire. Si el tratamiento se ha realizado correctamente, a las 24 horas la persona deja de ser infectiva.

Los principales pediculicidas son:

- **Piretrinas:** Sustancias derivadas del crisantemo. Inestables frente al calor y la luz, por lo que carece de actividad residual. Nula actividad ovicida, por lo que se recomienda una segunda aplicación una semana después. Existen resistencias que varían según la zona geográfica. Comercialmente se presenta en combinación sinérgica con piperonil butóxido. Las piretrinas son sustancias seguras, ya que se absorben poco a nivel cutáneo. Existen preparaciones en forma de champú, loción, spray,...etc. Los efectos secundarios son mínimos, y todos a nivel local
- **Permetrina:** Combinado de piretrinas, con mayor estabilidad (2 semanas). Se utiliza en agricultura como pesticida y como repelente de mosquitos. Su mecanismo de acción es similar al de las piretrinas... Existen preparados con concentraciones que varían del 1 al 5%, en lociones, cremas y champús. Como pediculicida basta con concentraciones del 1%. Aplicación: extender bien el producto por el cabello y dejar actuar durante 10 minutos, después aclarar con abundante agua. Se recomienda una segunda aplicación a los 7-10 días. Presenta como únicos efectos secundarios las reacciones cutáneas y la hipersensibilidad. Es considerado el tratamiento de elección, por ser el más seguro y eficaz.
- **Lindano:** Compuesto organoclorado, derivado del DDT, eficaz frente a adultos y liendres. Es el más tóxico de todos. Produce neurotoxicidad, sobre todo en niños y lactantes. Contraindicado en epilepsia, embarazo o lactancia. Se ha documentado resistencia al lindano en algunos países. Aplicación: en cuero cabelludo, lindano champú al 1% durante 4 minutos, dejar actuar y lavar posteriormente, para el resto del cuerpo preferible la utilización de loción o crema. Dado que casi un 50% de las liendres permanecen viables, conviene rea-

lizarse siempre una segunda aplicación. Actualmente se considera como tratamiento de segunda línea, por su toxicidad.

- **Malathion:** Menos tóxico que el Lindano, pero más que la permetrina y las piretrinas. Es pediculicida y excelente liendricida. Basta con una única aplicación, realizándose una segunda aplicación a los 7-10 días, sólo si se observa de nuevo la presencia de piojos adultos. Presenta algunas reacciones cutáneas y oculares. Aplicación: frotar todo el cabello y cuero cabelludo hasta humedecerlo bien, dejar secar de forma natural y lavar el pelo a las 8-12 horas de su aplicación.

El tratamiento de la pediculosis corporal deberá hacerse mediante una buena higiene personal, lavado de ropa a 55° C durante 20 minutos o lavado en seco, uso de insecticidas directamente sobre la ropa. El uso de pediculicidas se deja para el tratamiento de las liendres adheridas al vello corporal, o en el caso de coinfestaciones con piojos del cuero cabelludo, ladillas o incluso sarna.

El tratamiento de la pediculosis púbica se hace mediante tratamiento tópico junto a medidas higiénicas. Las ropas de cama, toallas y ropa íntima deberá ser lavada. Algunos pacientes requieren una segunda aplicación entre el 3º y 7º día tras finalizar la primera. Para el tratamiento púbico se puede usar crema de permetrina al 1% y con menor frecuencia champú de piretrinas combinadas con piperonil butóxido. Ambas deben aplicarse directamente sobre las áreas afectadas y lavarse a los 10 minutos. El champú de lindano al 1% se puede aplicar igualmente sobre el área afectada con lavado minucioso a los 4 minutos.

La afectación de las cejas implica la necesidad de tratar mediante cura oclusiva con ungüento, por ejemplo vaselina, dos veces al día durante 10 días.

Es conveniente tratar a las parejas sexuales del infestado en el último mes.

Bibliografía

- Burkhart CN, Burkhart CG. Odds and ends of head lice: characteristics, risk of fomite transmission, an treatment. *J Clin Dermatol* 1999;2:15-18.
- Burkhart CG. Relationship of Treatment-Resistant Head Lice to the Safety and Efficacy of Pediculicides. *Mayo Clin Proc.* 2004;79:661-66.
- Dodd CS. Interventions for treating headlice. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2. Art. No.: CD001165. DOI: 10.1002/14651858.CD001165.
- Esteban C, Sanz J, Villó N, De la Rubia L, Requena T, Villa M, Ais A et al. *Medimecum*, guía de terapia farmacológica. España: Adis International Ltd.; 2004.
- Flinders DC, De Schweinitz P. Pediculosis and Scabies. *Am Acad Fam Physic* 2004;69:341-48
- Heukelbach J, Feldmeier H. Ectoparasites-the underestimated realm. *Lancet* 2004; 363: 889-91.
- Jones KN, English JC 3d. Review of common therapeutic options in the United States for treatment of pediculosis capitis. *Clin Infect Dis* June 1, 2003;36:1355-61
- Ko CJ, Elston DM. Pediculosis. *Am Acad Dermatol* 2004;50:1-12.
- Pericas J. La pediculosis en el niño. *FMC* 2003;10(9):603-10.
- Wendel K, Rompalo A. Scabies and Pediculosis Pubis: An update of Treatment Regimens and General Review. *Clin Infect Dis* 2002;35(Suppl 2):S146-51