Pediculosis

Josep Mª Corretger Rauet

Concepto

Infestación por insectos anopluros (piojos).

Etiología

Pediculus humanus y *Phtirius pubis*, son pequeños ectoparásitos humanos hematófogos, con dos variedades: *capitis y corporis*.

Patogenia

Los parásitos anidan en el pelo. Progresivamente, por la acción de la secreción salival depositada en el momento de succionar, se produce prurito. El rascado favorece la infección secundaria local con aparición de adenopatías regionales.

Epidemiología y clínica

Existen tres tipos clínicos.

1. *Pediculosis capitis*. Infestación del cabello y cuero cabelludo por el *Pediculus humanus capitis*. Es el tipo casi exclusivo en niños. El contagio se produce directamente de enfermo a sano; no son infrecuentes las microepidemias escolares. Afecta preferentemente a la región occipital y áreas parietales. El prurito suele ser intenso, pero puede faltar. Cuando las lesiones de rascado se impetiginizan y eccematizan, se produce en el cuero cabelludo un abigarrado cuadro con exudación, costras e infección. Puede acompañarse de febrícula y malestar general.
2. *Pediculosis corporis*. Provocada por *Pediculus humanus corporis*, depositados en los pliegues de la ropa *(Pediculus humanus vestimentorum)*. Requiere una extrema falta de higiene y es excepcional en niños. El picor es intenso y de predominio nocturno. En el tronco pueden aparecer máculas eritematosas o hemorrágicas, que se impetiginizan.
3. *Pediculosis pubis (ladillas)*. Causada por el *Phtirius pubis*, se transmite por contacto sexual en adolescentes, y en neonatos y niños por contagio de los padres. Afecta típicamente al pubis, pero en los niños puede observarse en cejas, pestañas y cabeza. Alrededor del área afecta pueden detectarse manchas grisáceas o azuladas costrosas (*maculae ceruleae*), producidas por catabolitos de la hemoglobina.

Diagnóstico

Observación directa de los parásitos. Suele ser más fácil la visualización de sus huevos (liendres) adheridos a los pelos.

Exploraciones complementarias

– La confirmación diagnóstica mediante lupa o microscopio puede ser ocasionalmente necesaria.

– La pediculosis corporis puede ser vehículo de infecciones que convendrá detectar en caso de clínica sugestiva, aunque en nuestro medio son raras: tifus epidémico, fiebre recurrente.

– En adolescentes con pediculosis pubis deberán descartarse otras enfermedades de transmisión sexual (lúes, gonococia, hepatitis B, etcétera).

Diagnóstico diferencial

1. *Pediculosis capitis:* con la pitiriasis seca (caspa) y la trichorrexis nodosa. En algunos niños las vainas externas de queratina retenidas en las raíces del pelo pueden interpretarse erróneamente como liendres: se desprenden con facilidad cepillando distalmente el cabello, lo que no se consigue con las liendres, firmemente adheridas a él.
2. *Pediculosis corporis:* con la sarna y dermatitis herpetiforme.
3. *Pediculosis pubis:* con la triconodosis, foliculitis y vasculitis.

Tratamiento

1. *Pediculocidas tópicos*. Indicados en las pediculosis capitis y pubis. Su acción es rápida, aunque no constante: las resistencias van en aumento.
   - Piretrinas. Son pediculocidas y ovicidas, electivas por su eficacia y tolerancia. Se aplican durante unos 10 minutos, con enjuague posterior. Conviene repetir a los 7-10 días, aunque su acción se prolonga 2 o más semanas. Deben protegerse ojos y mucosas. Existen diversos preparados, que se preferirán según la intensidad y localización de la infestación.
     – Permetrina, en solución al 1,5%, cremas al 1-1,5% y champú al 0,75% y 1,5%.
     – Permetrina 0,3% asociada a butóxido de piperonilo 1%, en champú; su combinación potencia la acción de la permetrina.
     – Asociaciones de piretroides, en solución capilar 0,25% y champú 0,5%.
   - Malathion, loción al 0,5%. Es el ovicida más potente. Se deja actuar durante 8-12 horas, con lavado posterior. Repetir a los 7-9 días si es preciso. Es un líquido muy inflamable. Su ingestión podría provocar un distrés respiratorio importante.
   - Lindano, loción y champú al 1%. Se aplica de 5 a 10 minutos, aclarándolo a continuación; repetir a la semana. Es menos eficaz y más tóxico que los productos anteriores: se limitará su uso a casos resistentes a otros pediculocidas, evitándolo en los menores de 2 años, en niños con heridas y contraindicándolo en prematuros y en pacientes con trastornos convulsivantes.
2. *Otros tratamientos locales*
   - En la pediculosis corporis son suficientes unas rigurosas normas de higiene y el lavado y secado de vestidos y ropas de cama a temperaturas altas.
   - Pediculosis de pestañas: vaselina tópica, 3-4 veces al día, 8-10 días, eliminando las liendres por medios mecánicos.
   - Los sistemas caseros de sofocación de parásitos (vaselina o aceite de oliva en la cabeza durante una noche) son eficaces, pero de práctica engorrosa.

3. *Opciones en pediculosis capitis persistentes o recurrentes*
   - Aplicación inmediata de una terapia tópica distinta si se detectan parásitos a partir de las 48 horas del empleo de un primer pediculocida.
   - Permetrina en crema a concentraciones elevadas (5%) durante una noche completa, repitiendo a los 10 días.
   - Tratamiento "en 5 pasos" (tabla I).
   - Medicación oral:
     - cotrimoxazol, 3 días: repetir a los 10 días, a dosis estándar;
     - ivermectina (en niños de más de 15 kg de peso), 200 µg/kg, repitiendo a los 10 días si es necesario.
4. *Otras medidas terapéuticas*
   - Arrastre de liendres con un peine de púas finas (liendrera) a continuación de un tratamiento pediculocida: no es necesario para prevenir la diseminación. Puede indicarse por motivos estéticos, exigencias escolares o para evitar confusiones diagnósticas. Se facilita remojando el cabello con vinagre diluido al 50% en agua y aplicando después una toalla empapada en él durante 30 a 60 minutos.
   - Prurito o quemazón persistentes tras una terapia pediculocida efectiva: antihistamínicos orales o corticosteroides tópicos.
   - Lesiones impetiginizadas: el tratamiento correspondiente.

Profilaxis

1. *En medio ambulatorio:*
   - estrictas normas de higiene personal y familiar;
   - tratamiento preventivo de todos los convivientes y contactos próximos;
   - desinsectación de peines y cepillos con un champú pediculocida o con agua a temperatura > 53,5 °C durante un mínimo de 5 minutos;
   - limpieza en seco y lavado con agua caliente o pasar por la secadora a altas temperaturas, durante 30 minutos como mínimo, de las prendas de vestir y de cama que hayan permanecido en contacto con pacientes; los objetos que no puedan ser tratados así deben guardarse durante 10-14 días en bolsas de plástico bien cerradas;
   - profilaxis con permetrina local en caso de epidemias escolares
2. *En medio hospitalario:*
   - aislamiento de contacto previo al tratamiento.

Información a los padres

Se les aportará conocimientos prácticos que neutralicen el impacto que les supone la parasitación de sus hijos. Algunos referentes a la pediculosis capitis son:

- los tratamientos con pediculocidas son muy efectivos;
- la parasitación no es sinónima de falta de higiene escolar o doméstica;
- su reaparición suele ser debida a un nuevo contagio, no a fallos del tratamiento;
- debe evitarse compartir juegos y objetos personales que entren en contacto con el cabello (peines, gorros, auriculares);

– los niños afectos pueden regresar al colegio al día siguiente de ser tratados;

– la habitual repetición del tratamiento pediculocida tiene por objeto cubrir el círculo vital del parásito: los piojos abandonan las liendres a los 7-8 días de la puesta de huevos por las hembras;

– el modo más eficaz de usar la liendrera consiste en separar el cabello en mechones y peinarlos repetidamente hacia abajo (hacia el cuero cabelludo);

– cortar el cabello muy corto no cura ni previene la pediculosis;

– debe alertarse al entorno social cercano (escuela, familia...).

TABLA I. Pediculosis capitis resistentes. Tratamiento en 5 etapas
1. Aplicación de un pediculocida tópico con permetrina o sustancias piretroides
2. Aceite de oliva en la cabeza al acostarse, contenido por un gorro de ducha
3. Peinado cuidadoso del cabello a la mañana siguiente, previo a su lavado
4. Limpieza del entorno doméstico mediante aspiradora y secado al vacío
5. Observación diaria del cuero cabelludo durante 3 semanas, ayudándose con una liendrera, para detección y eliminación de posibles liendres residuales
Tomada de Infectious Diseases in Children 1998; 11 (4): 12-13.

Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics. Pediculosis. En Pickering LK ed. 2000 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 25th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics 2000; 427-431.
2. Armijo M, Camacho F. Tratado de dermatología. Madrid, Aula Médica 1998.
3. Eichenfield LF, Colon-Fontanez F. Treatment of head lice. Pediatr Infect Dis J 1998; 17: 419-420.
4. Ferrando J, Casanova M, Corretger JM. Dermatología pediátrica. En Cruz M ed. Tratado de Pediatría. Madrid. Ed. Ergon 2001; 1973-1990.
5. Friedlander SF. What's new in cutaneous infection? 2nd Annual Infectious Diseases in Children Symposium West. Marina del Rey, 26-II-2000.
6. Marcy S, Pichichero ME, Schwartz RH, Ramilo O. Head lice (cooties). Information for parents and partients. Pediatr Infect Dis J 1992; 11: 509-512.

NOTAS