

Serie parasitosis en dermatología

Pediculosis

María Luz Bollea Garlatti, Aldana Soledad Vacas, Denise Carolina Valdivia Montero, Evelyn Andrea Zambrano, Paula Enz y Ricardo Galimberti

RESUMEN

La enfermedad producida por *Pediculus humanus capitis*, conocida como pediculosis, es una parasitosis específica del ser humano de distribución mundial. El contagio puede ser directo por contacto con el cuero cabelludo de una persona afectada, o por fómites contaminados con parásitos, por lo que no distingue raza, sexo, edad ni nivel socioeconómico. Presentamos el caso de una paciente de 80 años con una forma típica de pediculosis.

Palabras clave: pediculosis, *Pediculus humanus capitis*, parasitosis, prurigo.

PARASITOSIS IN DERMATOLOGY. PEDICULOSIS

ABSTRACT

The disease caused by *Pediculus humanus capitis*, known as pediculosis, is a human specific parasitosis. It has a worldwide distribution. Transmission can be by direct contact with the scalp of an affected person or by contaminated fomites with parasites. This infestation makes no distinction of race, sex, age, or socioeconomic status. We present a case of an 80 years old patient with a typical case of pediculosis.

Key words: pediculosis, *Pediculus humanus capitis*, parasitoses, prurigo.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2015; 35(3): 102-104.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, de 80 años, que consultó al Servicio de Dermatología por prurito de dos meses de evolución. Vivía sola y no presentaba antecedentes médicos de relevancia. Refirió que el prurito se localizaba en región occipital, cuello, dorso superior, escote, hombros y región proximal de ambos miembros superiores. Consultó en múltiples oportunidades a diferentes profesionales médicos y recibió tratamiento con cremas emolientes al interpretarse como secundario a xerosis. Al examen físico presentaba, efectivamente, marcada xerosis con múltiples excoriaciones y costras desecadas serohemáticas secundarias al rascado en las zonas ya mencionadas donde el prurito era intenso, constituyendo un prurigo excoriado (Figs. 1 y 2). En todas las regiones del cuero cabelludo, aunque con predominio occipital y frontal, se observaron múltiples elementos blanquecino-parduscos adheridos al tallo piloso, identificados como liendres (Fig. 3), con lo que se confirmó el diagnóstico de pediculosis. Se extrajeron muestras de pelos para visualización al microscopio óptico, una vez disuelta la queratina con hidróxido de potasio, a fin de observar los parásitos con mayor detalle (Fig. 4). Se realizó tratamiento con permetrina tópica en

dos aplicaciones separadas por siete días, asociada al uso de peine fino, con excelente evolución.

COMENTARIOS

La pediculosis es una enfermedad producida por el insecto *Pediculus humanus capitis*, que afecta en forma específica al ser humano, y se distribuye alrededor de todo el mundo. Esta enfermedad, si bien es prevalente en niños, no distingue edad, sexo, raza ni clase socioeconómica. Los piojos son insectos de seis patas, sin alas, cuyo único hábitat es el cuero cabelludo del ser humano. Cuando llegan a fase adulto, copulan y la hembra comienza a poner huevos o liendres. La hembra es capaz de colocar de 5 a 10 liendres por día, durante el mes que dura su vida, generalmente a un centímetro del cuero cabelludo debido a la mayor temperatura. Solo en regiones geográficas muy cálidas pueden encontrarse huevos viables hasta 15 cm por encima de la raíz del pelo. Las liendres recién depositadas o viables son de color pardo y las que ya han eclosionado son claras o blancas. Los huevos dan lugar a ninfas tras 10 días de incubación y posteriormente pasan por tres estadios diferentes durante 12 a 16 días hasta llegar a ser adultos. Los adultos miden de 2 a 3 mm (las hembras son más grandes) y los huevos o liendres, 0,8 mm. El piojo adulto se alimenta de sangre cada 4 a 6 horas y solo puede sobrevivir 36 horas sin alimentarse. En cambio, las liendres pueden resistir hasta 10 días lejos del huésped.

Recibido: 20/11/15

Aceptado: 4/12/15

Servicio de Dermatología. Hospital Italiano de Buenos Aires
Correspondencia: luz.bollea@hospitalitaliano.org.ar



Figura 1. Se observa eritema y algunas excoriaciones secundarias al rascado en región del escote.



Figura 3. Se observan múltiples liendres adheridas al tallo piloso. Recuadro: observación dermatoscópica.



Figura 2. Múltiples excoriaciones, con costras serohemáticas, eritema y descamación en región proximal del brazo y zona posterior del cuello.



Figura 4. Múltiples liendres observadas con un aumento de 10x al microscopio óptico.

El contagio se produce por contacto directo con el cuero cabelludo de una persona afectada, o a través de fómites como compartir peines, toallas, accesorios para cabello, ropa de cama, sombreros, etcétera.

La principal sintomatología es el prurito, que se debe a hipersensibilidad a la saliva o excreciones del piojo. Esta reacción se produce entre las 2 y 6 semanas de la primera infección y es mucho más rápida en las reinfestaciones, dando síntomas a las 24-48 horas. Hay que considerar que existe un número importante de “portadores” que no desarrollan síntomas. Puede haber eritema y excoriaciones secundarias al rascado con impetiginización, llamado prurigo excoriado o prurigo impetiginizado según corresponda, y asociarse con descamación del cuero cabelludo y de las zonas afectadas. En los casos más graves, como presentaba la paciente descrita, la reacción prurigoide

puede extenderse a hombros, región anterior del tórax y dorso. El piojo puede portar en su superficie bacterias como el *Staphylococcus aureus* y el *Streptococcus pyogenes*, con lo que se puede complicar más el caso y requerir antibióticos por vía oral. El diagnóstico se confirma ante la presencia de huevos o liendres, sin necesidad de otros estudios especializados.

Hay que tener en cuenta que la resistencia a múltiples tratamientos se encuentra en aumento. Los tratamientos más eficaces son los que utilizan pediculicidas tópicos, que deben indicarse en dos oportunidades, separados por 7 días. Para disminuir la resistencia mencionada, es necesario eliminar las liendres que hubiesen sobrevivido y evitar las reinfestaciones. Siempre se debe usar peine fino para remover liendres y parásitos vivos y no hay tratamiento comprobado que haga esta tarea más fácil. Los

múltiples preparados comercializados o caseros con aceites no demostraron eficacia, solo disminuyen la movilidad de los piojos adultos.

Existen múltiples opciones de tratamiento tópico. La resistencia a las piretrinas, derivados naturales de la flor *Chrysanthemum cinerariaefolium*, es muy común por lo que ya no se utilizan. Actualmente se dispone de un piretroide sintético, la permetrina, que se usa en todo el mundo. Se aplica en cremas y lociones del 1 al 5%, durante 10 a 60 minutos, según el caso y la edad del paciente. Cabe destacar que también se está desarrollando resistencia a este producto. El malathion tópico al 0,5% es un organofosforado, inhibidor de la colinesterasa que se aplica durante 8 a 12 horas en cabello seco. En nuestro país existe una presentación comercial con la asociación permetrina-malathion y tiene la ventaja de que todavía no se ha observado resistencia en estudios realizados en los Estados Unidos. El lindano al 1% en champú, que se aplica por 4 minutos, puede dar efectos en el SNC, por lo que la FDA lo permite solo para casos resistentes a otras

terapias, mientras que en nuestro país está prohibido por la ANMAT.

La única opción por vía oral es la ivermectina que, si bien no es ovicida, tiene un 95% de eficacia en pacientes con piojos resistentes donde falló el tratamiento tópico con permetrina y malathion. La dosis utilizada es de 200 a 400 µg/kg, lejos de las comidas, en el día 1 y 8. Esta última no puede utilizarse en embarazadas, lactantes o niños con peso inferior a 15 kg. No debe utilizarse como primera opción terapéutica. Por último, el rapado del cuero cabelludo, por supuesto, es una terapia con 100% de eficacia y se deja para casos especiales.

Como medidas preventivas se debe mantener el cabello corto y limpio, evitar los contactos directos "cabeza a cabeza", lavar los peines, la indumentaria y ropa de cama con agua caliente y planchar, o colocarlas en bolsas por 15 días. La principal medida para disminuir la prevalencia de esta enfermedad es el diagnóstico precoz, por lo que se recomienda el uso preventivo y rutinario de peines con dientes finos para retirar en forma temprana liendres y parásitos.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- Burkhart C, et al. Infestations. In: Bologna J, Jorizzo J, Schaffer J. Dermatology. 3rd. ed. Philadelphia: Elsevier; 2012. p. 1423-33.
- Burkhart C, et al. Escabiosis, otros ácaros y pediculosis. En: Goldsmith L, Katz S,

Gilchrest B, Paller A, et al. Fitzpatrick Dermatology en Medicina General. 8.ª edición. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana; 2014. p. 2568-77.

- Monsel G, Caumes E. Dermatitis del viajero. EMC-Dermatología. 2011;45(1):1-11.
- Zimmerman RF, Belanger ES, Pfeiffer CD. Skin infections in returned travelers: an update. Curr Infect Dis Rep. 2015;17(3):467.