

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

PEDICULOSIS Y ESCABIOSIS

Dra. MARÍA LUISA PEREZ-COTAPOS SUBERCASEAUX*, Dra. MARIA SOLEDAD ZEGPI TRUEBA**

En los últimos años hemos constatado un aumento importante en la frecuencia de consultas por pediculosis y escabiosis. Llama la atención también la gran cantidad de pacientes de estratos socioeconómicos medio y alto infestados con *Pediculus capitis*, existiendo verdaderas epidemias localizadas principalmente en los grupos escolares. Dado que hoy en día existe una gran confusión en cuanto al tratamiento de estas infestaciones, decidimos hacer una revisión de estos temas y dar a conocer los enfoques terapéuticos usados en la actualidad.

PEDICULOSIS DE LA CABEZA

Los piojos que parasitan al hombre son específicos y no pueden vivir fuera de él. Existen dos especies, que son el *Pediculus humanus*, del cual hay dos variedades: del cuero cabelludo o *capitis* y del cuerpo o *corporis*, y *Phthirus pubis*. Este último vive en los pelos genitales, se ve más en adultos y es considerado una enfermedad de transmisión sexual en este grupo de edad.

La pediculosis de la cabeza es la más frecuente de todas las enfermedades transmisibles en la infancia. En Chile actualmente afecta más del 15% de la población general y más del 30% de la población infantil, principalmente en ambientes escolares. Es importante erradicar el mito de que la pediculosis *capitis* afecta a personas de bajo nivel socioeconómico y mala higiene. Se debe conocer esta infestación de alta prevalencia en Chile y todo médico debe saber diagnosticarla, tratarla y prevenirla.

Clínica

La pediculosis del cuero cabelludo afecta con mayor frecuencia a los niños y al sexo femenino. Generalmente la infestación comienza en la región retroauricular y luego se extiende a toda la cabeza. El parásito inocula saliva al picar, apareciendo pápulas eritematosas; en casos severos se desarrollan lesiones múltiples por grataje, sobreinfección secundaria y linfadenopatías en cadena cervical posterior y auricular.

El *Pediculus humanus* es un insecto deprimido dorsoventralmente, de forma alargada, no tiene alas y mide entre 2 y 4 mm de longitud. La hembra fecundada coloca los huevos o liendres por separado, las que se adhieren mediante una sustancia cementante a la base del pelo. Las liendres son blanquecinas, de aproximadamente 1 mm de longitud, con una

pequeña tapa que se abre a los 5 - 10 días, dependiendo de la temperatura corporal, dando salida a una forma juvenil similar al adulto, pero más pequeña. Al cabo de 3 semanas llega al estado adulto, se reproduce y coloca aproximadamente 10 huevos diarios. Las formas adultas viven entre 30 - 40 días.

El diagnóstico se efectúa por el hallazgo del parásito o, más frecuentemente, de la liendre, ya que el piojo es difícil de ver y hay un número de liendres mucho mayor. Las liendres viables se encuentran cerca del nacimiento del pelo. Aquellas que están 1 ó 2 cm alejadas de la base del pelo son elementos residuales y son bastante difíciles de extraer.

El diagnóstico diferencial incluye la pitiriasis simple (caspa simple), la dermatitis seborreica, micosis, impétigo y moldes pilosos del cuero cabelludo.

Tratamiento

Se estima que cerca del 20% de la población se reinfesta en 2 meses, por lo que se debe hacer tratamiento en toda la familia y contactos, para evitar recidivas

Permetrina 1 - 3% (crema, champú o crema enjuague). Las cremas se aplican después de lavar con champú corriente; el champú y la crema de permetrina se dejan puestas por 5 - 10 minutos y luego se enjuagan. Se repite el tratamiento a la semana, aunque se describe que la permetrina tiene efecto residual por 15 días, que evitaría la reinfección. Si bien las publicaciones indican una sola aplicación de crema o champú, nuestra experiencia nos muestra mejores resultados con una repetición a los 7 días, principalmente en familias numerosas o en brotes epidémicos escolares.

Lindano al 1 %. Aplicación por 6 a 24 horas y repetir a la semana. Es el más barato y se obtienen buenos resultados en tratamientos epidemiológicos. Se describe menor efectividad que la permetrina (71%) y hay algunos casos descritos de resistencia.

Derivados piretroides: Decametrina 0,2%. Se han obtenidos buenos resultados con 2 aplicaciones (1 cada 7 días), pero es una de las drogas que más sensibilizan y provocan dermatitis de contacto irritativa, principalmente cuando hay excoiraciones.

Ivermectina. Es un antiparasitario, antihelmíntico oral. Se ha usado dosis única 200 µg/kg oral, obteniéndose resultados promisorios (77%) con dosis única. Probablemente 2 dosis serían más eficaces.

* Profesor Auxiliar. UDA Dermatología

** Profesor Auxiliar. UDA Dermatología

Peines electrónicos. Provistos de bajo voltaje (1,5V), han tenido éxito; solo tienen acción pediculicida, pero no ovicida.

Cotrimoxazol. En dosis de 80 mg trimetropin/400 mg de sulfisoxazol, como terapia sistémica, se ha usado en casos de infestación masiva de cuero cabelludo. Aparentemente el piojo lo ingiere durante la succión, destruyendo sus bacterias intestinales, que le son vitales para metabolizar su alimento, por lo que moriría. No tiene efecto ovicida, por lo que deberá repetirse a la semana.

Ácidos. El ácido fórmico al 8% y ácido acético, o vinagre blanco, se usan como coadyuvantes para despegar las liendres de la vaina del pelo.

Prevención

Se recomiendan las siguientes medidas en la educación sanitaria:

- Evitar el uso de sombreros, peinetas, escobillas de personas infestadas.
- Evitar el contacto cercano (cabeza) con personas infestadas.
- Enviar niños con pelo amarrado o recogido al colegio.
- Los utensilios (peines, cepillos) de personas infectadas, deben ser esterilizados con champú pediculicida durante 5-10 minutos.
- Las sábanas y toallas deben ser lavadas con agua caliente.
- Se aconseja lavado frecuente, pelo corto y amarrado

SARNA

La sarna o escabiosis es una ectoparasitosis que se caracteriza por la invasión de la capa córnea de la piel del hombre por el *Sarcoptes scabiei* var *hominis*. Se presenta a cualquier edad, en todas las razas y en todos los estratos socio-económicos.

El ácaro de la sarna es un artrópodo de cuerpo no segmentado, ovoide, de color blanquecino, con su región dorsal cubierta de cerdas y espinas quitinosas; tiene una prolongación anterior, con aspecto de cabeza y cuatro pares de patas cortas. La hembra mide entre 300 a 400 micrones y el macho 150 micrones. El ácaro es incapaz de sobrevivir más de 4 días en el medio ambiente, ya que necesita un huésped humano para su supervivencia (Figura 1).

Constituye una infestación cosmopolita, más frecuente en climas templados y fríos. El reservorio más importante es el hombre. El contagio se realiza en el 95% de los casos por contacto directo y prolongado con personas infestadas. También puede haber transmisión indirecta, de mucho menor frecuencia, a través de ropa, camas, toallas, etcétera. En general, es más frecuente en los niños, pero sin diferencias por sexo. En Santiago, se ha encontrado una prevalencia de esta infestación del 5 al 7% en la actualidad.

Clínica

Existe un período de latencia entre el contagio y los primeros síntomas, que varía desde 15 a 50 días. El síntoma más importante es el prurito, de predominio nocturno o cuando hace calor, el cual es causado por el ácaro al hacer el surco y también por reacción alérgica del huésped sensibilizado.

Las lesiones cutáneas tienen una morfología y distribución característica, que ayudan al diagnóstico. Se presentan en región interdigital, cara anterior de la muñeca, codos, axila, manos, abdomen, zona genital, región glútea, cara interna de muslos, rodillas y tobillos. En el niño la sarna tiende a ser más generalizada que en el adulto, comprometiendo además cuero cabelludo, cara, palmas y plantas, (importante para el tratamiento).

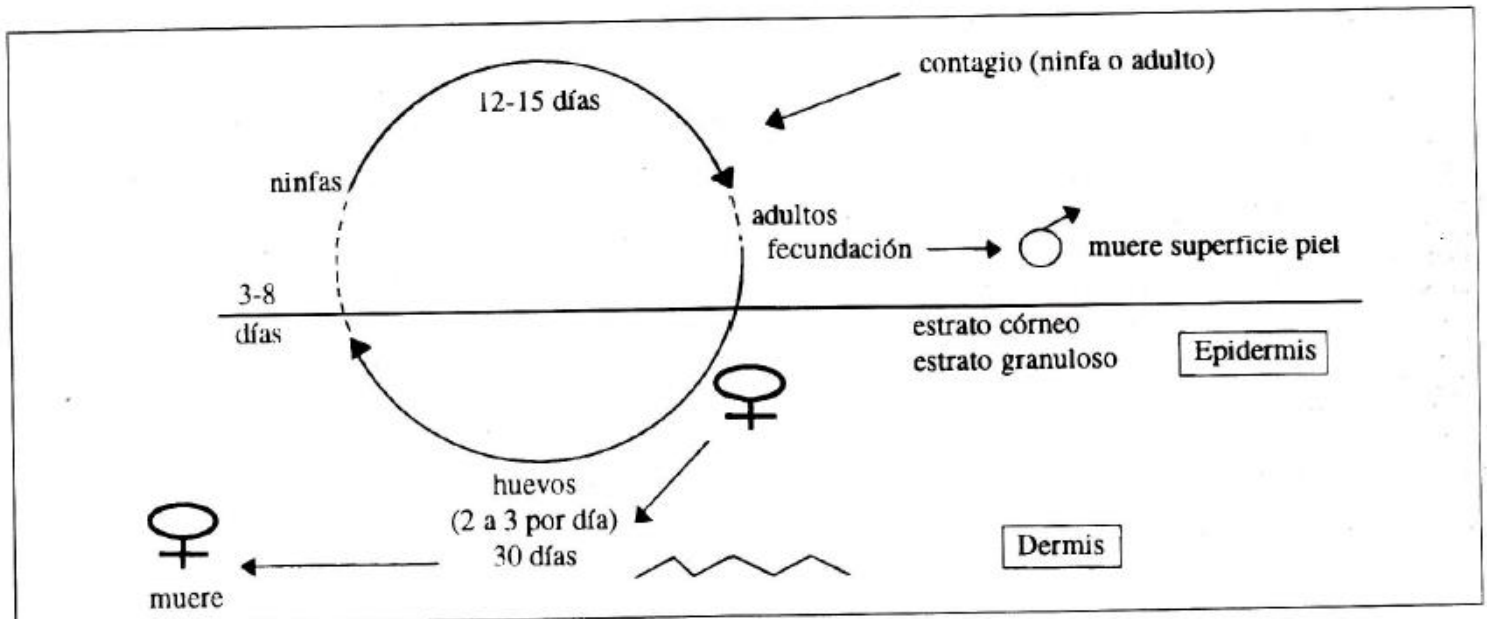


Figura 1. El *Sarcoptes scabiei* realiza su ciclo evolutivo completo desde el huevo a adulto en el huésped humano.

La demostración de lesiones clínicas específicas es de gran valor para el diagnóstico:

- Surco acarino: lesión lineal, de varios mm de longitud, y representa la manifestación externa del túnel que realiza la hembra fecundada en la epidermis.
- Vesícula perlada o perla escabiótica: pequeñas vesículas en el sitio donde se ubica la hembra en la epidermis.
- Nódulos escabióticos: lesiones nodulares induradas de 10 - 12 mm de diámetro, que corresponden generalmente a una reacción de hipersensibilidad retardada a la presencia del ácaro, aunque en muchos casos se han encontrado ácaros vivos y huevos.

El diagnóstico es principalmente clínico y está basado en los siguientes hechos:

- Prurito, de predominio nocturno
- Morfología y distribución de las lesiones
- Antecedentes epidemiológicos, tanto de familiares como de contactos.

Si hay dudas, se debe efectuar un ácaro-test que consiste en buscar la presencia del ácaro, sus huevos o deyecciones, en las células descamadas de la piel, vistas bajo el microscopio.

Otro método de utilidad es pintar con tinta china el surco acarino: al lavar con alcohol, se marca el surco, evidenciándolo clínicamente.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con enfermedades dermatológicas que cursan con prurito y lesiones de grataje secundarias, como dermatitis atópica (principalmente en niños), dermatitis de contacto, picaduras de insectos, piodermias, urticaria y erupción por drogas. El ácaro-test es de gran valor en el diagnóstico diferencial, ya que si es positivo el diagnóstico es definitivo.

La complicación más frecuente es la reacción de hipersensibilidad llamada prurigo escabiótico, en que aparecen lesiones eritematoescamosas en las zonas comprometidas, muy pruriginosas. Los nódulos escabióticos también corresponden a reacciones de hipersensibilidad y pueden aparecer después de un tratamiento antiséptico. Es grave la infección bacteriana secundaria, generalmente producida por el estreptococo beta hemolítico, el cual puede desencadenar una glomerulonefritis aguda. También puede haber infección secundaria por estafilococo dorado.

Tratamiento

Medidas generales

- El tratamiento debe realizarse a todos los contactos del paciente infestado (todo el grupo familiar, compañeros de trabajo o escuela).

- El tratamiento debe hacerse en forma simultánea.
- La aplicación del escabicida (crema o loción) debe hacerse en todo el cuerpo, desde el cuello hacia abajo. Aplicar en todas las uñas. Es mejor usarlo después del baño, pero con el paciente seco. En los niños se recomienda la aplicación en el cuero cabelludo.
- Debe repetirse la aplicación del escabicida a los 7 días, porque no hay tratamientos ovicidas.
- Se recomienda tratar primero las infecciones cutáneas piodérmicas (estafilocócicas o estreptocócicas) con antibióticos sistémicos y después tratar la sarna.
- Puede persistir prurito por varias semanas después del tratamiento. Se pueden usar antihistamínicos orales o lubricación de la piel. No hay que hacer tratamientos repetitivos, porque son de riesgo para el paciente.
- La ropa de cama y la del paciente deben ser lavadas con agua caliente y planchadas. El lavado en seco también mata al parásito. Además, éste muere en 4 días si no está en contacto con el huésped humano, por lo que los artículos que no se pueden lavar deben ser puestos en bolsas plásticas por 7 a 10 días (juguetes de peluche, frazadas, colchas, etcétera).
- Hay que dar aviso a establecimientos escolares u hospitalarios frente a un caso de escabiosis para evitar brotes epidémicos.

Tratamiento específico

Permetrina 5% loción: es un derivado sintético piretroide, de muy baja toxicidad y alta eficacia. Actúa como neurotoxina, que produce parálisis y muerte del ácaro. Se aplica la loción por 12 a 24 horas, según las recomendaciones generales antes descritas, y se reaplica en 1 semana, con lo que se ha comprobado una eficacia mayor de 92%. Se ha aprobado su uso en niños desde los 20 días, pero no se ha establecido aún su uso en embarazadas. Este producto no está disponible en el comercio en Chile, pero sí se puede ordenar su preparación como recetario magistral.

Lindano al 1 %. Ha sido el tratamiento de elección, antes del uso de la permetrina. Se aplica por 12 a 24 horas en todo el cuerpo, previo baño, y se repite a la semana. Este producto tiene un potencial mayor de toxicidad sistémica y neurotoxicidad. La mayoría de los casos publicados de toxicidad están relacionados con el mal uso o abuso de la droga. No debe emplearse en pacientes con defectos de la barrera epidérmica, prematuros y condiciones que aumenten la absorción percutánea y tampoco en embarazadas. Si bien se han descritos algunos casos de resistencia, la falla al tratamiento es poco frecuente si éste se ha realizado en forma adecuada.

Vaselina azufrada (5-10%). Es el tratamiento de elección para embarazadas, lactantes y recién nacidos. Se aplica por tres noches consecutivas, lavándose cada vez antes de la aplicación. Se debe repetir a los 7 días.

Crema crotamitón 10%. Es mucho menos eficaz que los tratamientos anteriores, pero tiene la ventaja de ser antipruriginoso y muestra poca toxicidad sistémica.

Ivermectina oral. Este agente antihelmíntico se emplea en dosis única de 200 µg/kg. Se ha usado en pacientes inmunocompetentes y en pacientes con infección VIH. Se propone dos dosis (cada una semana) con una mejor perspectiva de eficacia.

El conocimiento cabal de la enfermedad, la aplicación de las indicaciones apropiadas, el buen uso de escabicidas y la educación sanitaria, permitirán la erradicación de esta infestación.

Referencias escogidas

1. De La Parra, R. Nahuel, T. Saavedra: Infecciones cutáneas. En Avances en Dermatología 1 Vol VII N 2 Ed. Medit. 1988.
2. Schenone H; Wiedmaier G; Contreras L Treatment of pediculosis capitis in children with permethrin 1 % shampoo or lotion Bol Chil Parasitol. 1994; 40: 49-52.
3. Hurwitz S. Insect bites and parasitic infestations In Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology 2 Ed Philadelphia W.B. Saunders Co 1993 : 405-412.
4. Peterson M.D., Eichenfield L. M.D. « Scabies» Pediatrics Annals 25: 2 Feb 1996.
5. Terri I Meinking, Taplin D. The treatment of scabies with ivermectin N Engl J Med 1995; 333: 26-30.
6. Taplin D. et al.: Permethrin 5% dermal cream. A new treatment for scabies. J. Am Acad. Dermatol 15: 995-1001, 1986.
7. Amer M, El Gharib J. Permethrin versus crotamiton and lindane in the treatment of scabies. Int J. Dermatol 1992: 31, 357-8.
8. Orkin M, Maibach HI. Scabies therapy 1993. Semin Dermatol 12: 22-25.