

Pediculosis: características epidemiológicas y clínicas, estudio retrospectivo de 10 años

Pediculosis: epidemiological and clinical characteristics, a 10-year retrospective study

Arturo López Yáñez Blanco,¹ Sofia Alejandra Carreño Salcedo,² Lesslie Anahí Vázquez Rosas,² Ángel Iván De Dios Aceves,³ Luis Enrique Sánchez Dueñas⁴

¹ Pediatra y dermatólogo pediatra. Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio", Zapopan, Jalisco

² Pediatra y residente de dermatología pediátrica. Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio", Zapopan, Jalisco

³ Estudiante de medicina, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco

⁴ Dermatólogo y tricólogo. Dermika, Centro Dermatológico Láser, Guadalajara, Jalisco

■ <http://www.doi.org/10.65159/DCMQ-24-1-3> ■ Recepción: 30-01-2026 ■ Aceptación: 16-02-2026

RESUMEN

ANTECEDENTES: La pediculosis humana es ocasionada por la infestación de la piel por piojos hematófagos del orden Phthiraptera. Los datos epidemiológicos varían según la región geográfica estudiada, con mayor prevalencia en Latinoamérica.

OBJETIVO: Describir las características epidemiológicas y clínicas de pacientes con diagnóstico de pediculosis capitis, pubis y corporis en el Instituto Dermatológico de Jalisco, "Dr. José Barba Rubio".

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional, descriptivo y retrospectivo durante el periodo de 2016 a 2025. Se incluyeron expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de pediculosis capitis, pubis y corporis. Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva.

RESULTADOS: Se incluyeron 975 (99,1 %) pacientes con pediculosis capitis, ocho (0,8 %) con pediculosis pubis y un (0,1 %) paciente con pediculosis corporis. La pediculosis capitis predominó en mujeres con 954 (97,7 %) pacientes y en pediculosis corporis y pubis el sexo masculino en el 100 %.

CONCLUSIONES: La pediculosis capitis es más frecuente en mujeres en edad escolar. La pediculosis pubis y corporis predominó en hombres adultos. El prurito fue el síntoma reportado más frecuente. La comorbilidad más frecuente fue la alopecia areata. El tratamiento más utilizado fue con ivermectina oral en monoterapia.

PALABRAS CLAVE: infestaciones por piojos, pediculosis capitis, pediculosis pubis, pediculosis corporis.

ABSTRACT

BACKGROUND: Human pediculosis results from skin infestation by hematophagous lice of the order Phthiraptera. Epidemiological data vary across geographic regions, with higher prevalence in areas such as Latin America.

OBJECTIVE: to describe the epidemiological and clinical features of patients with pediculosis capitis, pubis, and corporis treated at the Instituto Dermatológico de Jalisco, "Dr. José Barba Rubio".

METHODOLOGY: An observational, retrospective and descriptive study conducted from 2016 to 2025. Clinical records of patients diagnosed with pediculosis capitis, pubis and corporis were included. Descriptive statistics were used for data analysis.

RESULTS: A total of 975 (99.1 %) patients with pediculosis capitis, eight (0.8 %) with pediculosis pubis and one (0.1 %) patient with pediculosis corporis were studied. Pediculosis capitis predominated in females with 954 (97.7 %) cases, whereas 100 % of pediculosis corporis and pubis cases occurred in male patients.

CONCLUSIONS: Pediculosis capitis was more frequent in school-aged females, whereas pediculosis pubis and corporis predominantly affected adult males. The main symptom was pruritus. Alopecia areata was the most frequent comorbidity. The most common treatment was oral ivermectin as monotherapy.

KEYWORDS: lice infestations, pediculosis capitis, pediculosis pubis, pediculosis corporis.

CORRESPONDENCIA Arturo López Yáñez Blanco ■ dr.arturolyb@gmail.com

© 2026 Los autores. Este artículo se distribuye bajo los términos de la licencia **Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)**. Publicado con  **index** en nombre de Medipiel Servicios Administrativos.

Introducción

La pediculosis humana es causada por la infestación de la piel por piojos hematófagos y sigue siendo un problema de salud pública a nivel mundial. La transmisión de piojos de la cabeza (*Pediculus humanus capitis*) y del cuerpo (*Pediculus humanus corporis*) sucede por contacto cercano, a través de contacto directo e intercambio de ropa, a diferencia de los piojos púbicos (*Phthirus pubis*), que se transmiten predominantemente por contacto sexual.^{1,2}

Personas de todas las edades y regiones geográficas son susceptibles a la infestación. Los piojos no distinguen nivel socioeconómico; sin embargo, la pediculosis corporis se observa con mayor frecuencia en personas sin hogar y se asocia con la pobreza, hacinamiento e higiene deficiente. En los niños, especialmente en edad escolar, la pediculosis capitis es más frecuente debido al contacto estrecho en escuelas, lo que facilita su transmisión.^{1,3}

Proporcionar datos epidemiológicos y clínicos sobre la pediculosis permite visibilizar un problema altamente prevalente del que existe escasa información actualizada en nuestra región.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo realizado en el Instituto Dermatológico de Jalisco, “Dr. José Barba Rubio”, cuyo objetivo fue describir las características epidemiológicas y clínicas de pacientes con diagnóstico

de pediculosis capitis, pubis y corporis, atendidos del 1 de enero de 2016 al 31 de diciembre de 2025. Se incluyeron expedientes clínicos electrónicos de pacientes con diagnóstico de pediculosis según la CIE-10, confirmado mediante el hallazgo de ectoparásitos en sus diferentes estadios a través de la observación directa, dermatoscopia y/o examen al microscopio, eliminándose expedientes duplicados. El análisis estadístico se realizó con el programa Microsoft Excel® Versión 16.105.1. Se limitó a estadística descriptiva, expresando variables cuantitativas con distribución normal como media y desviación estándar, y mediana con rango intercuartílico (IQR) para las de distribución no normal. Las variables categóricas se reportaron en frecuencia absoluta y porcentajes. Las imágenes clínicas fueron anonimizadas y autorizadas. Se preservó la confidencialidad de los datos conforme a la normatividad vigente en materia de protección de datos personales y ética en investigación en salud.

Resultados

Durante el periodo de 2016-2025 se atendieron 984 pacientes con diagnóstico de pediculosis; 975 (99,1 %) con pediculosis capitis, ocho (0,8 %) con pediculosis pubis y un (0,1 %) paciente con pediculosis corporis.

La pediculosis capitis presentó una media anual de $97,5 \pm 58,6$ casos. Para pediculosis pubis se reportaron dos casos por año en cuatro años distintos y sólo se reportó un caso de pediculosis corporis en 2018, [gráfico 1](#).

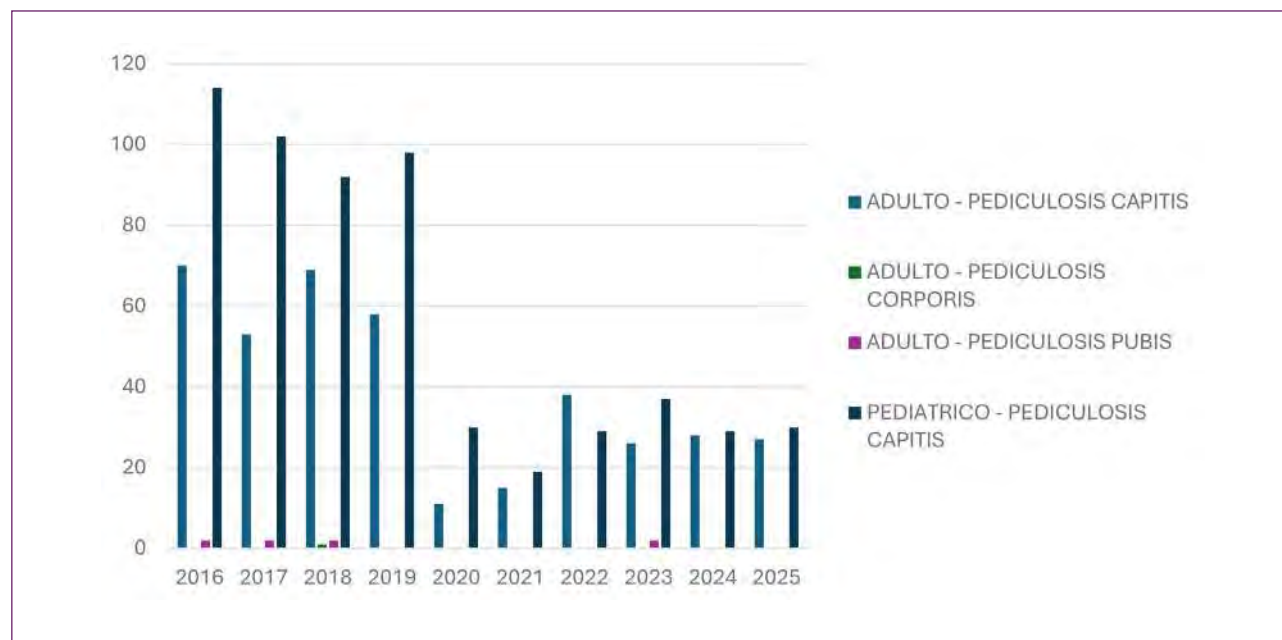


Gráfico 1 Frecuencia por año de pediculosis por grupo de edad.

Para la pediculosis capitis, la edad osciló entre los 3 meses y los 90 años, predominando en menores de 18 años con 580 (59,5%) pacientes. En menores de 18 años, la edad media fue de $9,3 \pm 3,7$ años y en mayores de 18 años de $44,7 \pm 16,9$ años. En la pediculosis púbica se incluyeron pacientes de 20 a 65 años, con una mediana de edad de 28,5 años (IQR 23,0-45,0). Se encontró solo un paciente masculino con pediculosis corporis de 71 años. No se registraron menores de 18 años con pediculosis pubis ni corporis.

En pediculosis capitis, el sexo femenino predominó con 954 (97,8%) pacientes. En menores de 18 años con una relación mujer a hombre de 37,7 a 1 y en mayores de 18 años de 64,8 a 1. Para la pediculosis pubis y corporis, todos los casos fueron del sexo masculino.

La distribución de pacientes con pediculosis capitis por grupo de edad y sexo se encuentra reportada en la [tabla 1](#).

La mediana del tiempo de evolución en pacientes con pediculosis capitis menores de 18 años fue de dos meses

(IQR 1,0-12,0) y en mayores de 18 años fue de un mes (IQR 0,5-3,0). Para pediculosis pubis, la mediana de tiempo de evolución fue de 3 meses (IQR 0,4-3,0).

El prurito estuvo presente en 555/984 (56,4 %) pacientes en el total de la serie; en pediculosis capitis se observó en 546 (55,8 %) pacientes. La pediculosis pubis y corporis se reportó en el 100 % de los pacientes.

En pediculosis capitis, 297 (30,4 %) pacientes menores de 18 años fueron asintomáticos, y sólo se reportaron tres (0,3 %) pacientes menores de 18 años y dos (0,2%) pacientes mayores de 18 años con adenopatía cervical. La distribución del resto de los signos y síntomas en pacientes con pediculosis capitis por grupo de edad se detalla en la [tabla 2](#).

Se reportó impétigo secundario en 82 (8,4%) pacientes con pediculosis capitis, de los cuales 76 (7,8%) pacientes fueron menores de 18 años. En pacientes con pediculosis pubis y corporis no se reportaron complicaciones.

Las enfermedades concomitantes al momento del diagnóstico se resumen en la [tabla 3](#).

Tabla 1. Frecuencia por grupo de edad y sexo en pacientes con pediculosis capitis (n = 975).

GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA N = (%)	HOMBRE N = (%)	MUJER N = (%)
Adultos (> 18 años)	395 (40,5)	6 (0,6)	389 (39,9)
Lactantes (< 2 años)	17 (1,7)	2 (0,2)	15 (1,5)
Preescolares (2-5 años)	77 (7,9)	1 (0,1)	76 (7,8)
Escolares (6-11 años)	304 (31,2)	4 (0,4)	300 (30,8)
Adolescentes (12-17 años)	182 (18,7)	8 (0,8)	174 (17,8)
Total, n (%)	975 (100)	21 (2,2)	954 (97,8)

Tabla 2. Frecuencia de los signos y síntomas por grupo de edad en pacientes con pediculosis capitis (n = 975).

GRUPO DE EDAD	ASINTOMÁTICO	PRURITO	PÁPULAS INFLAMATORIAS	PÉRDIDA DE PELO
Adultos, n (%)	64 (6,6)	308 (31,6)	17 (1,7)	6 (0,6)
Lactantes, n (%)	7 (0,7)	8 (0,8)	0	2 (0,2)
Preescolares, n (%)	35 (3,6)	37 (3,8)	4 (0,4)	1 (0,1)
Escolares, n (%)	159 (16,3)	119 (12,2)	18 (1,8)	8 (0,8)
Adolescentes, n (%)	96 (9,8)	74 (7,6)	6 (0,6)	6 (0,6)
Total, n (%)	361 (37,2)	546 (55,8)	45 (4,6)	23 (2,4)

Tabla 3. Enfermedades concomitantes en pacientes con pediculosis (n = 984).

ENFERMEDAD N = 984		CASOS N = (%)
Pediculosis capitis	Alopecia areata	34 (3,5)
	Tiña de la cabeza	16 (1,6)
	Escabiosis	13 (1,3)
	Alopecia frontal fibrosante	1 (0,1)
	Pénfigo vulgar	1 (0,1)
Pediculosis pubis	VIH	1 (0,1)

El tratamiento se clasificó en monoterapia o combinación (tópico y sistémico). La monoterapia tópica más frecuente fue con permetrina en 109 (11,1 %) pacientes y la sistémica fue ivermectina en 506 (51,4 %) pacientes.

La combinación más frecuente fue ivermectina sistémica con permetrina tópica en 156 (15,9 %) pacientes. Los datos del tratamiento se resumen en la [tabla 4](#).

Como tratamiento coadyuvante, en 984 (100 %) pacientes se indicó el retiro mecánico; en 90 (9,1 %) usaron antihistamínicos, y en 208 (21,1 %) se indicó algún tipo de repelente compuesto de semillas de neem y/o IR3535 como profilaxis.

Discusión

La pediculosis es una de las enfermedades parasitarias más comunes en todo el mundo, con mayores tasas de incidencia en Latinoamérica; no obstante, los datos epidemiológicos con los que contamos son limitados al no tratarse de una enfermedad de reporte obligatoria.²

Para la pediculosis capitis, un metanálisis publicado en 2020 reportó una prevalencia general agrupada del 19%, con variaciones regionales, siendo en América Latina la

Tabla 4. Tratamiento por diagnóstico y grupo de edad (n = 984).

MEDICAMENTO(S) N = 984	PEDICULOSIS CAPITIS		PEDICULOSIS PUBIS	PEDICULOSIS CORPORIS
	PEDIÁTRICO	ADULTO	ADULTOS	ADULTOS
TÓPICO EN MONOTERAPIA				
Permetrina (n/%)	55 (5,6)	52 (5,3)	2 (0,2)	0
Fenotrina (n/%)	7 (0,7)	7 (0,7)	0	0
Benzoato de bencilo, (n/%)	3 (0,3)	0	0	0
Dimeticona (n/%)	0	9 (0,9)	0	0
SISTÉMICO EN MONOTERAPIA				
Ivermectina, (n/%)	300 (30,7)	201 (20,6)	4 (0,4)	1 (0,1)
TMP/SMZ, (n/%)	23 (2,4)	4 (0,4)	0	0
COMBINACIÓN				
Ivermectina + Dimeticona, (n/%)	4 (0,4)	0	0	0
Ivermectina + Fenotrina (n/%)	20 (2)	22 (2,3)	0	0
Ivermectina + Permetrina (n/%)	98 (10)	56 (5,7)	2 (0,2)	0
TMP/SMZ + Fenotrina, (n/%)	1 (0,1)	1 (0,1)	0	0
TMP/SMZ + Permetrina (n/%)	6 (0,6)	0	0	0
No especificado (n/%)	106 (10,8)		0	0
Total	975 (99,1)		8 (0,8)	1 (0,1)

*TMP/SMZ: trimetoprima con sulfametoxazol.

más alta hasta del 33%; además de ser más frecuente entre los 3 y 12 años de edad y 2,5 veces más en mujeres que en hombres.^{1,2,4}

En México, la prevalencia reportada ha sido de un 25 %, pero varía de acuerdo a la zona geográfica, existiendo estudios de nuestra región en centros educativos realizados por Valle-Barbosa MA et al. reportando una prevalencia global de 13,4% en 2018 y del 32,6% en 2020, en escuelas de la zona metropolitana de Guadalajara.^{5,6}

Se estima que la pediculosis capitis mantiene una prevalencia persistente a nivel mundial, siendo más frecuente en población pediátrica.¹⁻⁷ Aunque puede cursar de forma asintomática, los principales síntomas incluyen prurito, pápulas inflamatorias (**figura 1**), excoriaciones y posibles complicaciones como impétigo secundario, adenopatías, anemia ferropénica, malestar general y fiebre, e incluso ser causa de ausentismo escolar o secuelas psicológicas como la delusión parasitaria.^{2,6,7}

En adultos, la pediculosis capitis suele presentarse en situaciones de hacinamiento e higiene deficiente, o por contacto estrecho con pacientes pediátricos afectados.⁸

Para la pediculosis pubis existe menos información de su epidemiología, con una prevalencia alrededor del 2 % en pacientes adultos, afectando principalmente personas del sexo masculino entre 15 y 40 años, con una edad

media de 30,3 años, y es considerada una enfermedad de transmisión sexual.^{1,8,9}

Clínicamente, la pediculosis pubis (**figura 2A**) puede confundirse con costras hemáticas acompañadas por pápulas e intenso prurito, eritema, máculas cerúleas, adenopatías regionales y con riesgo de impétigo secundario al rascado.^{2,9}

La pediculosis corporis se transmite por el contacto directo con personas afectadas, y suele reportarse en entornos limitados de recursos, en personas tales como albergues y zonas en situaciones de desastre natural o guerra, reportándose una tasa de infestación del 11 al 22 % en población general en países en desarrollo.^{1,2,10}

Al igual que pediculosis capitis y pubis, la pediculosis corporis cursa con prurito intenso, lesiones en la piel presentes en áreas en contacto con la ropa, y en casos crónicos y extensos se puede observar liquenificación y prurigo nodular, además de ser vector de algunos patógenos.^{2,10}

El diagnóstico se basa en la visualización directa de piojos vivos en etapa adulta o de ninfa y huevecillos viables, en la piel cabelluda, región púbica y pliegues de la ropa según sea el caso.^{1,2,9,10} La inspección visual simple de una infestación activa tiene una sensibilidad de 28,6 %, mejorando su rendimiento a través del peinado en húmedo (wet combing), siendo cuatro veces más eficiente



Figura 1. A) Aspecto clínico del pelo de una niña con pediculosis capitis. B) Pápulas inflamatorias en región retroauricular asociadas a pediculosis capitis.

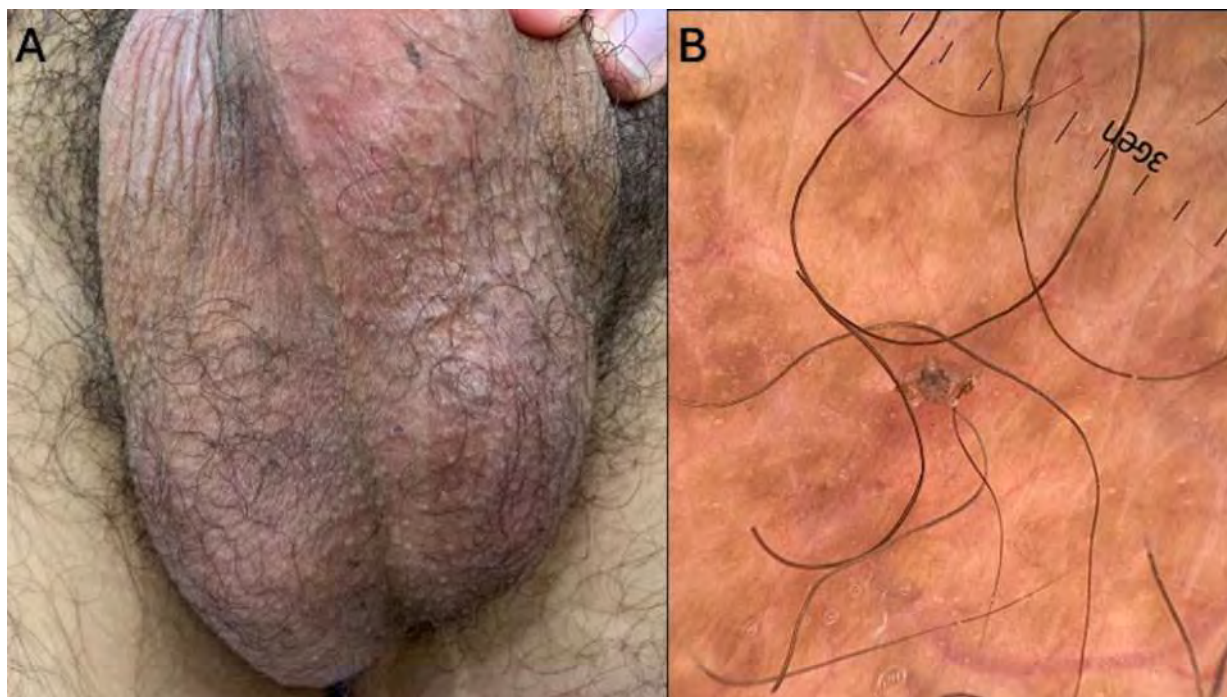


Figura 2. A) Aspecto clínico de pediculosis pubis en un paciente masculino. B) Aspecto tricoscópico del parásito *Pthirus pubis* adherido al pelo en la región genital.

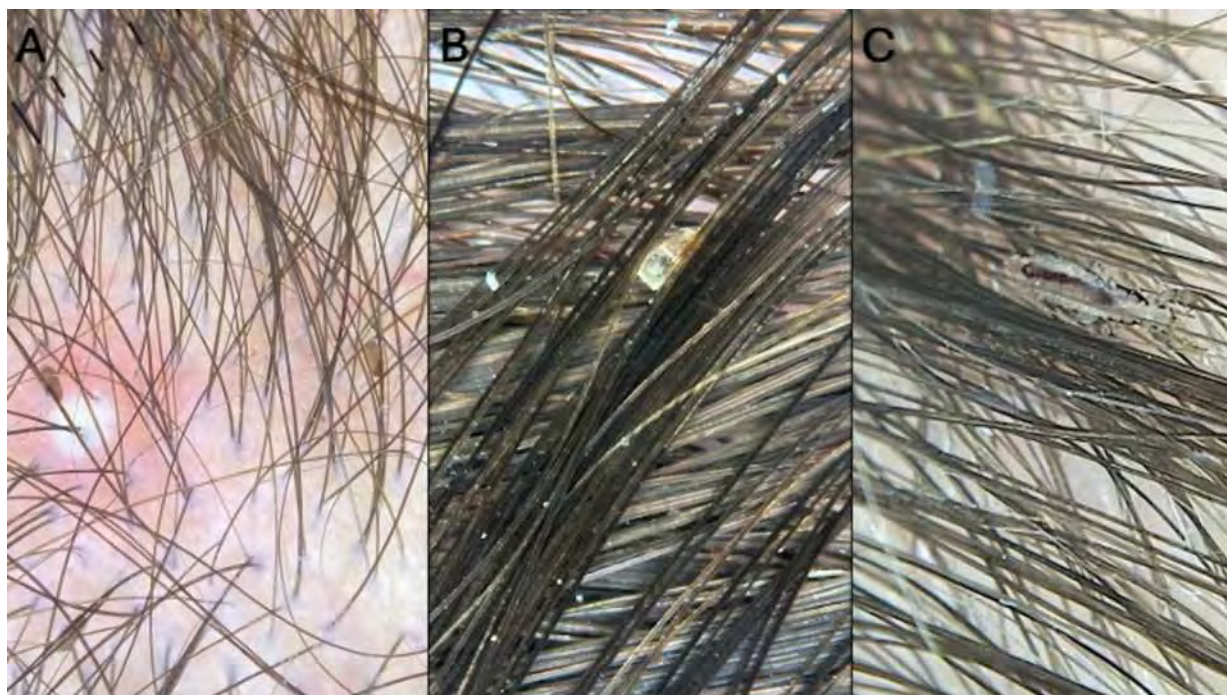


Figura 3. A) Aspecto tricoscópico de liendres con parásito joven vivo en su interior, estructuras ovoides amarronadas ancladas al tallo del pelo a menos de 1 cm de distancia de la piel cabelluda. B) Aspecto tricoscópico del saco de liendre vacía, llamadasseudoliendres (pseudonits), estructuras translúcidas ancladas al tallo del pelo. C) Observación directa del parásito *Pediculus humanus capitis*.

y dos veces más rápido que la visualización simple, con una sensibilidad de 90,5 % y especificidad de 99,3 %.¹¹ Por otra parte, la tricoscopia tiene una sensibilidad del 91 % y especificidad de 86 % aproximadamente, permitiendo identificar piojos (**figura 2B**), ninfas, huevecillos viables y vacíos (**figura 3**) y diferenciar de otros diagnósticos diferenciales, de forma más rápida y precisa que el examen visual.¹²

El tratamiento para la pediculosis incluye remedios caseros, retiro mecánico, medicamentos tópicos y sistémicos.² Las opciones terapéuticas incluyen pediculicidas como permetrina, piretrinas con butóxido de piperonilo, malatión, alcohol bencílico, dimeticona e ivermectina tópica u oral, esta última con tasas de curación superior al 80 %, y el retiro mecánico como tratamiento coadyuvante.¹³

El tratamiento de primera línea para la pediculosis pubis incluye permetrina 1 % o piretrinas con butóxido de piperonilo tópicos. De segunda línea, ivermectina oral o tópicos con fenotrina 0,2 % y malatión 0,5 %, y en todos los casos tratar parejas sexuales.¹⁴ El retiro mecánico y rasurado se considera una medida de protección, aunque no se considera necesario.⁹

Las recomendaciones para la pediculosis corporis son el uso de tratamiento tópico o sistémico con ivermectina, con énfasis en mejorar las condiciones de higiene e intervención química ambiental de ser necesario.^{1,2,10}

La pediculosis sigue siendo un problema frecuente y subestimado, afectando la calidad de vida del paciente y su entorno. Presentar datos epidemiológicos y clínicos permite visibilizar la magnitud del problema, aportar elementos prácticos para su detección y manejo, además de proporcionar bases para futuros estudios sobre terapéutica y medicina preventiva.

Conclusiones

El presente estudio describe datos epidemiológicos de una enfermedad por ectoparásitos en un centro de atención en dermatología del occidente de México. La pediculosis capitis es un problema con mayor presencia en mujeres en edad escolar, y la pediculosis pubis en hombres adultos, considerándose marcador de conductas sexuales de riesgo. El síntoma principal fue el prurito, aunque formas asintomáticas pueden afectar frecuentemente a población pediátrica. La enfermedad concomitante más frecuente fue la alopecia areata, lo que difiere de lo reportado en la literatura, donde tiña capitis y escabiosis son más

frecuentes. Este hallazgo merece explorarse en estudios posteriores. Existen diferentes tratamientos, siendo la ivermectina por vía oral el más indicado.

Financiamiento

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento de los sectores públicos, comercial o sin fines de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Uso de IA

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en ninguna fase de la elaboración del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Fu YT, Yao C, Deng YP, et al. Human pediculosis, a global public health problem. *Infect Dis Poverty*. 2022;11(1):58. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40249-022-00986-w>
2. Ortiz-Flores MF, Rodríguez-Estavillo X, Arellano-Mendoza MI, Ponce-Olivera RM. Pediculosis y escabiosis: revisión de la literatura. *Med Cután Iber Lat Am*. 2022;50(2):69-81.
3. Souza AB, Morais PC, Dorea JPSP, Fonseca ABM, et al. Pediculosis knowledge among schoolchildren parents and its relation with head lice prevalence. *An Acad Bras Cienc*. 2022;94(2):e20210337. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0001-376520220210337>
4. Hatam-Nahavandi K, Ahmadpour E, Pashazadeh F, et al. Pediculosis capitis among school-age students worldwide as an emerging public health concern: a systematic review and meta-analysis of past five decades. *Parasitol Res*. 2020;119(10):3125-3143. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00436-020-06847-5>
5. Valle-Barbosa MA, Muñoz de la Torre A, Flores-Villavicencio ME, Robles Bañuelos JR. La pediculosis capitis en alumnos de escuelas públicas mexicanas. *Rev Cubana Med Trop*. 2018;70(2):1-8.
6. Valle-Barbosa MA, Muñoz de la Torre A, Robles-Bañuelos R, Vega-López MG, Flores-Villavicencio ME. La pediculosis capitis en escolares y el índice de marginalidad de la zona metropolitana de Guadalajara, México. *Univ Med*. 2020;61(3):4-11. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/javeriana.umed61-3.pedi>
7. Apet R, Prakash L, Shewale KH, Jawade S, Dhamecha R. Treatment Modalities of Pediculosis Capitis: A Narrative Review. *Cureus*. 2023;15(9):e45028. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.45028>
8. Mimouni D, Ankol OE, Gdalevich M, Grotto I, Davidovitch N, Zangvil E. Seasonality trends of Pediculosis capitis and Phthirus pubis in a young adult population: follow-up of 20 years. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2002;16(3):257-259. Disponible en: <https://doi.org/10.1046/j.1468-3083.2002.00457.x>
9. Patel PU, Tan A, Levell NJ. A clinical review and history of pubic lice. *Clin Exp Dermatol*. 2021;46(7):1181-1188. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ced.14666>

10. Khais Muri Laabusi A, Mohsan Rhadi M. Prevalence of *Pediculus humunus capitis*, *Pediculus humanus corporis*, and *Pthirus pubis* in Al-Kut, Iraq. *Arch Razi Inst.* 2022;77(1):497-501. Disponible en: <https://doi.org/10.22092/ARI.2022.357091.1969>
11. Jahnke C, Bauer E, Hengge UR, Feldmeier H. Accuracy of diagnosis of pediculosis capitis: visual inspection vs wet combing. *Arch Dermatol.* 2009;145(3):309-313. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archdermatol.2008.587>
12. Bakos RM, Reinehr C, Escobar GF, Leite LL. Dermoscopy of skin infestations and infections (entomodermoscopy) - Part I: dermatozoonoses and bacterial infections. *An Bras Dermatol.* 2021;96(6):735-745. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.04.007>
13. Chen J, Mei A, Jacques A, Ricciardo B, Bowen A. Therapeutic potential of plant-based therapies in pediculosis capitis: Systematic review and meta-analysis. *PLOS Glob Public Health.* 2025;5(7):e0004841. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0004841>
14. Salavastru CM, Chosidow O, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of pediculosis pubis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017;31(9):1425-1428. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jdv.14420>