

Revista del Centro Dermatológico Pascua

Volumen **10**
Volume




Número **3** Septiembre-Diciembre **2001**
Number September-December

Artículo:




Pediculosis pubis, presentación de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2001

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

Pediculosis pubis, presentación de un caso

Dr. Hugo Alarcón Hernández,* Dr. Daniel Hinostraza Da Conceicao,** Dr. Virgilio Santamaría G***

RESUMEN

La pediculosis pubis es una ectoparasitosis humana causada por el *Phthirus pubis*, ésta se considera generalmente de transmisión sexual y que en porcentajes variables se asocia con otras enfermedades de este tipo. Presentamos el caso de un paciente masculino con este diagnóstico y se hace breve revisión de la literatura.

Palabras clave: Pediculosis, piojo.

ABSTRACT

Pediculosis pubis is a human ectoparasitosis caused by Phthirus pubis, this is generally consider of sexual transmission and variable percentages is associated with other diseases of this kind. A case of man patient is presented with this diagnostic and we make a brief review of literature.

Key words: *Pediculosis, louse.*

INTRODUCCIÓN

La pediculosis es una enfermedad producida por un insecto del suborden Anoplura conocido vulgarmente como "piojo".¹ Esta parasitosis ha sido documentada desde hace varios siglos;^{1,2} en la Biblia se menciona en el Éxodo 8:16. En América Latina estuvo presente antes de la conquista; en la cultura azteca por citar un ejemplo, se ofrecían al Dios Moctezuma, piojos que colocaban en vasijas y los depositaban a los pies del rey como señal de respeto.¹

Dentro de las ectoparasitosis es menos frecuente que la escabiasis;³ sin embargo, la prevalencia de la pediculosis varía entre los diferentes países,¹ siendo más común en los países en vías de desarrollo.

ETIOLOGÍA

Los seres humanos son parasitados por tres especies diferentes pertenecientes al orden *Phthiraptera*: *Pediculus humanus corporis* (piojo del cuerpo), *Pediculus humanus capitis* (piojo de la cabeza) y *Phthirus pubis* (piojo del pubis).^{1,2,4-7} Las tres especies son ectoparásitos

exclusivamente humanos, se alimentan de sangre;⁸ son parásitos en todo el ciclo de vida y no pueden sobrevivir por periodos largos fuera del huésped;² el ciclo de vida de los piojos es básicamente el mismo, los estadios consisten en huevos (liendres), ninfas y adultos (Figura 1).⁹

Los piojos del cuerpo y la cabeza son parecidos; el primero permanece en la ropa o en el cuerpo, es más grande y puede transmitir agentes infecciosos como *Rickettsia prowazeki* (causa tifo epidémico), *Bartonella quintana* (fiebre de las trincheras) y *Borrelia recurrentis* (fiebre recurrente). Aunque el piojo de la cabeza transmite experimentalmente tifo, su papel en este sentido es insignificante.⁸

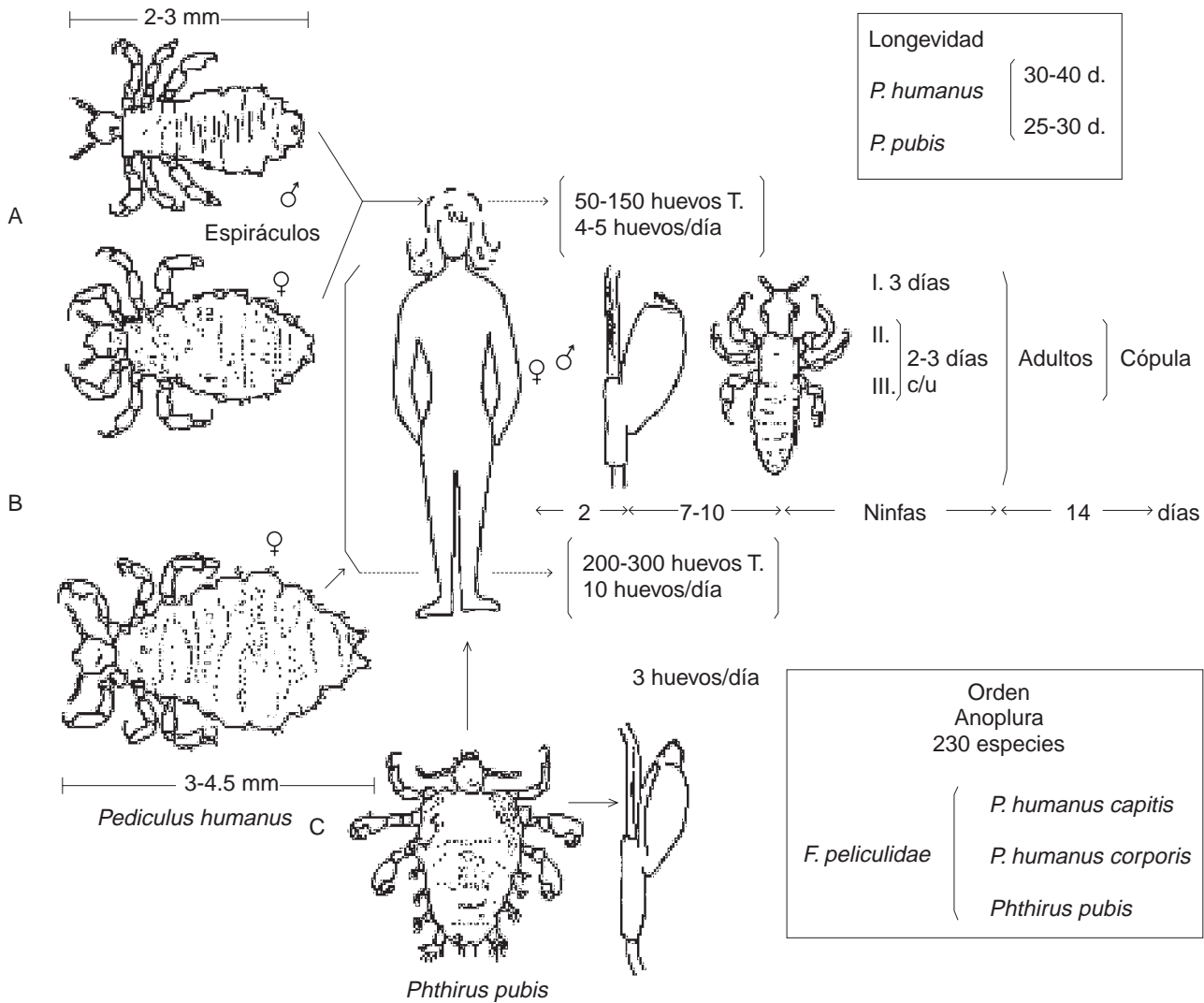
El agente causal de la pediculosis pubis es el artrópodo *Phthirus pubis*, conocido también como "ladilla"⁶ o "piojo cangrejo"; pertenece al orden *Phthiraptera* (insectos sin alas), suborden Anoplura y familia Phthiridae. El piojo púbico no transmite ningún agente infeccioso.¹⁰

Su forma es parecida a un cangrejo, es plano en sentido dorsoventral; tiene tres pares de patas, el primero termina en clavos y los dos restantes son más desarrollados, caminan 10 cm por día; el adulto macho mide 1.25 mm de longitud y la hembra 1.75 mm⁷ (Figuras 2 y 3). Las hembras adultas viven aproximadamente tres semanas y después de la copulación oviponen desde el segundo día de maduración entre 30 y 50 huevos, éstos se adhieren a la base del pelo por una sustancia

* Dermatólogo, Servicio de Enfermedades de Transmisión Sexual del Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Residente de 4to año de Dermatología del CDP.

*** Jefe de Investigación, CDP.



cementante (no se conoce su composición química) secretada por el oviducto de la hembra que funciona como una glándula secretora.¹¹

En seis a ocho días los huevos se convierten en ninfas (adultos sexualmente inmaduros) y este estadio dura de 14 a 22 días.⁷

El insecto prefiere temperaturas de 28 a 32°C y no puede vivir fuera del cuerpo más de un día.

EPIDEMIOLOGÍA

Debido a la revolución sexual de 1960 y 1970, es actualmente endémica en Estados Unidos de Norteamérica y en el Oeste de Europa;⁷ en una clínica de enfer-

medades de transmisión sexual en el Sur de Australia se encontró parasitación en el 1.7% de varones y en el 1.1% de las mujeres.

Es más común en jóvenes solteros sexualmente activos, no hay predominio racial y existe tendencia aumentada de recurrencia en varones homosexuales.⁴

Las personas de grupo sanguíneo AB tienen siete veces más piojos que las del grupo O, sin embargo, se desconoce la causa; asimismo la gente con malnutrición y debilitada tiene mayor densidad de parásitos.⁷

Se le considera una enfermedad de transmisión sexual aunque puede adquirirse por ropa infestada (toallas, ropa interior, ropa de cama) y tazas de baño,² especialmente en niños y ancianos.⁷

CUADRO CLÍNICO

El síntoma más importante es el prurito localizado al área púbica y menos comúnmente en región perianal, cara interna de muslo, abdomen, tórax, axilas, barba, bigote, cejas, pestañas y periferia de piel cabelluda. Puede ser moderado a severo y generalmente inicia entre los cinco a siete primeros días después de la infestación, ocurre por sensibilización alérgica a las secreciones salivales y/o al anticoagulante inyectado en la dermis al momento de alimentarse,⁴ puede ser secundario a las heces del piojo.⁷

En los lugares de alimentación puede haber pápulas de 2 a 3 mm que aparecen horas o días después.

El rascado y la excoriación subsiguiente producen dermatitis inespecífica; a veces se observan manchas grises de 0.5 a 1 cm en tronco y muslos denominadas "manchas cerúleas",^{4,7} las cuales resultan de la conversión enzimática de bilirrubina a biliverdina.

Ocasionalmente se observa el excremento esparcido del piojo en el área púbica y/o en la ropa interior (signo de la trusa).⁶ Puede haber impétigo secundario con eritema, costras y secreción purulenta; rara vez adenopatía regional con fiebre.^{2,4} La infestación de las pestañas causa prurito, ardor, irritación de los ojos y secreción.

El temor fóbico o neurótico puede llevar al uso excesivo de la terapia indicada y resultar en dermatitis de contacto que llega a ser más sintomática que la misma pediculosis.¹⁰

DIAGNÓSTICO

Muchos casos son autodiagnosticados;⁴ se hace observando sobre las áreas infestadas a los piojos y liendres.

El piojo se sujeta de dos pelos con sus dos últimos pares de patas para introducir su proboscis en la piel;² la ninfa es más pequeña y se sujeta de un solo pelo; las liendres vivas son blancas fluorescentes con la lámpara de Wood y las liendres vacías son gris fluorescente.

El microscopio de luz se utiliza para confirmar la morfología exacta.

Debido a que es una enfermedad de transmisión sexual se asocia con otra patología venérea (sífilis, gonorrea, infección por el VIH, tricomoniasis, herpes genital, clamidia); por lo tanto, si se sospecha, se deberá realizar los estudios correspondientes.

TRATAMIENTO

El objetivo es eliminar piojos y liendres; los pediculicidas más usados son:

a. Lindano (hexacloruro de gamma benceno).

Se presenta en champú y loción al 1%, estimula el sistema nervioso central (SNC) del parásito, causa parálisis y muerte. Se aplica en forma tópica en el área afectada, se deja 5 a 10 minutos y se enjuaga. No se debe aplicar en cara, ojos o membranas mucosas; está contraindicado en caso de hipersensibilidad documentada, piel muy inflamada, menores de 2 años de edad, convulsiones o signos de toxicidad del SNC, embarazadas y durante la lactancia.

Puede causar (si se usa mal) anemia aplásica y convulsiones, además es el tratamiento más barato.

b. Permetrina

Es un derivado sintético de la piretrina; se presenta en loción al 1% y crema al 1% o 5%, se aplica en el área afectada, se deja de 5 a 10 minutos y se enjuaga.

Tiene actividad residual de 7 a 10 días; se puede usar en niños mayores de 2 meses, contraindicado en hipersensibilidad documentada y es seguro durante el embarazo y lactancia.

Puede exacerbar temporalmente el eritema, inflamación, prurito.

c. Piretrina

Se extrae del crisantemo, se asocia con el piperonil butóxido para un efecto sinergizante.

Se presenta en champú con 0.33% de extracto de piretrina y 4% de piperonil butóxido; se aplica de preferencia desde el cuello a los tobillos en capa fina y se deja por 10 minutos, luego debe enjuagarse.

Está contraindicada en hipersensibilidad documentada, puede usarse en el embarazo y durante la lactancia.

No debe aplicarse en ojos, cara y membranas mucosas.

La loción es más efectiva que el champú, se recomienda repetir el tratamiento de 7 a 10 días después, debido a que las liendres son más difíciles de destruir y porque los huevos pueden eclosionar en este periodo.

En un estudio se observó efectividad con trimetoprim (80 mg) y sulfametoxazol (400 mg) dos veces al día durante 3 días y repetir la dosis una semana después.^{2,7}

La ivermectina es ovicida y parasiticida, es de uso veterinario pero se ha adaptado para uso humano; se disuelve 9 mL en 10 mL de champú, se aplica localmente y se enjuaga; por vía oral la dosis es de 100 a 200 mg por kilo de peso, hay curación de 97% de infestados con una dosis de 200 mg/kilo.¹⁰

Después del tratamiento debe eliminarse las liendres con un peine especial, para facilitar esta tarea puede



Figura 2. Su forma es parecida a un cangrejo, es plano en sentido dorsoventral; tiene tres pares de patas.

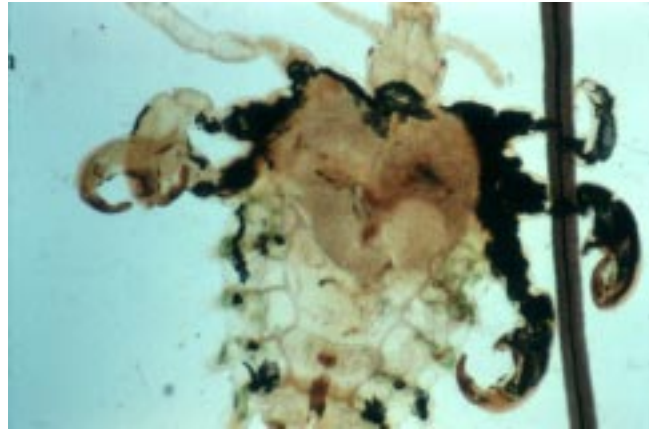


Figura 4. Observación de la morfología correspondió a *Phthirus pubis* con la clásica forma de "cangrejo".



Figura 3. Pápulas, escamas y eritema en región genital.



Figura 5. Región genital cuatro semanas después de tratamiento.

usarse localmente ácido acético al 25-30% o una mezcla a partes iguales de agua y vinagre blanco.¹⁰

En las cejas y pestañas puede usarse vaselina dos veces al día durante una semana⁴ o mezclarse con xilol;^{5,6} actúan obstruyendo el aparato respiratorio de los piojos.

Deberá reexaminarse al paciente dos semanas después; todos los contactos deben ser tratados simultáneamente; la ropa, las sábanas y otros materiales deben ser lavados con agua caliente y de ser posible planchados.

PRONÓSTICO

Con el tratamiento adecuado la cura es mayor de 90%, sin embargo, la recurrencia es común.⁴

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 19 años de edad, soltero, de ocupación estudiante, originario de Guanajuato y residente del estado de México; acudió a la consulta externa del Centro Dermatológico Pascua portando dos insectos envueltos en un pedazo de papel, los cuales extrajo de su región púbica.

Se observó dermatosis localizada a tronco del que afectaba región púbica, ingles, base del pene y escroto; en forma bilateral y simétrica (*Figura 3*).

La dermatosis era de aspecto monomorfo constituida por manchas eritematosas, algunas pápulas y escamas finas; las lesiones estaban dispuestas en forma aislada.

Se observó con lámpara de aumento los insectos traídos por el paciente y se comprobó que estaban muertos y la morfología correspondió a *Phthirus pubis* con la clásica forma de "cangrejo" (Figura 4).

En el resto de piel y anexos no se evidenció datos patológicos.

Refiere haber iniciado un mes previo aproximadamente con prurito intenso a nivel de genitales, utilizó clotrimazol crema a razón de dos aplicaciones diarias durante tres semanas y vaselina sólida por el mismo periodo; también realizó tricotomía parcial del pubis.

El interrogatorio dirigido reveló contacto sexual de riesgo con una persona desconocida tres meses previos al inicio de síntoma; por otro lado no hay antecedentes personales patológicos de importancia.

Se hizo el diagnóstico de *Pediculosis pubis* y se dio tratamiento con pasta al agua (dos aplicaciones diarias), lindano al 1% en champú (aplicación tópica una vez al día durante tres días consecutivos y reaplicación diez días después) y loratadina 10 mg en tableta (una al día en caso de prurito). Además se buscó intencionadamente datos de otra enfermedad de transmisión sexual, se le brindó amplia explicación del problema y se indicaron las medidas generales pertinentes.

El paciente regresó cuatro semanas después a la consulta de control con mejoría de sintomatología y de las lesiones (Figura 5).

COMENTARIO

La importancia epidemiológica de la pediculosis pubis radica en la asociación con otras enfermedades de transmisión sexual; por esta razón estamos obligados

a descartarlas, sin embargo, los casos deben individualizarse.

Cabe mencionar que a pesar de recibir tratamiento apropiado y de haberse eliminado los parásitos, puede persistir por unos días el prurito y el eritema secundario al rascado; algunos autores recomiendan lociones con calamina o hidrocortisona tópica. Nuestro paciente fue tratado con pasta al agua con buenos resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ranalleta M, de Villalobos L. La pediculosis en América Latina. *Arch Argent Dermatol* 1996; 46: 245-49.
2. Witkowski J, Parish L. What's new in the management of lice. *Infect Med* 1997; 14(4): 287-288, 294-96.
3. Paredes S, Estrada R, Alarcón H et al. Can school teachers improve the management and prevention of skin disease? A pilot study based on head louse infestations in Guerrero, Mexico. *Int J Dermatol* 1997; 36: 826-830.
4. Orkin M. Scabies and pediculosis. In: Fitzpatrick T. *Dermatology in general medicine*. McGraw-Hill 1999: 2677-2684.
5. Arenas R. *Dermatología: atlas, diagnóstico y tratamiento*. McGraw-Hill 1996; 395-97.
6. Saul A. *Lecciones de dermatología*. Méndez editores 1993; 168-170.
7. Routh H, Mirensky Y, Parish L, Witkowski J. Ectoparasites as sexually transmitted diseases. *Seminars in Dermatology* 1994; 13(4): 243-47.
8. Goddard J. Bug vectors. Human lice and disease. *Infect Med* 2000; 17(10): 660-664.
6. Corredor C, Ruiz CH, Castro LM. Método fisicoquímico para el control de *Pediculus humanus capitis*. *Biomédica* 1994; 14(1): 48-53.
7. Rodríguez G, Barrera G, González M, Bulla F. Pediculosis pubiana. *Biomédica* 1997; 17(3): 231-235.
8. De Villalobos L, Ranalleta M, Rodríguez A, Sarmiento P. *Pediculus capitis* bajo microscopio electrónico. *Arch Argent Dermatol* 1998; 48: 13-18.