

Caso clínico

Pediculosis del cuerpo. Comunicación de un caso

Miguel Ángel Cardona Hernández,* Nilda Eliana Gómez Bernal,** Mónica Rosas Cano***

RESUMEN

La pediculosis es una ectoparasitosis que no tiene límites geográficos, socioeconómicos, ni culturales. El escaso conocimiento de la población sobre el agente causal, sus formas de contagio y tratamiento oportuno han ocasionado que los casos de esta dermatosis se incrementen año tras año en las últimas décadas. Su alta prevalencia se relaciona con la escasez de agua y prácticas deficientes de aseo personal. En este artículo presentamos el caso de un varón de 74 años de edad con diagnóstico de pediculosis del cuerpo.

Palabras clave: Pediculosis, ectoparasitosis.

ABSTRACT

Pediculosis is an ectoparasitosis that has no geographical, socioeconomic, or cultural boundaries. The poor knowledge of the community about the causative agent, the forms of contagion and treatment have led to this dermatosis to increase year after year in recent decades. The high prevalence has been associated with water shortages and poor personal hygiene practices. We present the case of a 74 year-old male, with diagnosis of Pediculosis of the body.

Key words: *Pediculosis, ectoparasitosis.*

INTRODUCCIÓN

La pediculosis es una afección cutánea producida por parásitos que pertenecen al orden Anoplura. Son hemimetábolos, ya que deben pasar por dos estadios larvarios antes de llegar a la forma adulta: huevos (liendres) y ninfas.¹⁻³

La infestación en la cabeza ha estado presente en la humanidad desde hace miles de años. Se cree que han existido desde el Jurásico Tardío o el periodo Cretácico hace 100 o 150 millones de años.⁴ Se han encontrado referencias en fuentes sumerias, egipcias y bíblicas; así como liendres en momias egipcias y peruanas. En el siglo XVI se menciona en el papiro de Ebers un remedio para su tratamiento.

Estos ectoparásitos estuvieron presentes en América Latina desde antes de la conquista y en el Popol Vuh, un texto maya escrito en el periodo colonial, se hace referencia a ellos; también se les menciona en algunos documentos de la cultura azteca en el México Central.^{1,2,5,6}

ETIOLOGÍA

Son tres las variedades que afectan al hombre: *Pediculus humanus* variedad *capitis*, la variedad *corporis* y *Phthirus pubis*.⁵ El del cuerpo representa un problema de salud pública, ya que puede transmitir agentes infecciosos como *Rickettsia prowazekii* (tifo epidémico), *Bartonella quintana* (fiebre de las trincheras) y *Borrelia recurrentis* (fiebre recurrente).^{2,5}

El agente causal de la pediculosis del pubis es el conocido popularmente como «ladilla». Tiene una forma parecida a un cangrejo, con tres pares de patas, las cuales son fuertes, robustas y terminan en garras muy desarrolladas. Camina aproximadamente 10 cm por día y la mayor parte del tiempo permanece adherido a la piel por sus estructuras bucales. El macho adulto mide 1.25 mm y la hembra 1.75 mm. Habita

* Médico de base.

** Dermatóloga.

*** Residente del tercer año de Dermatología.

Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua». SSDF.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/dermatologicopascua>

en el vello de la región púbica y perianal, en la barba, bigote, axilas, pestañas y cejas. El ciclo de vida de las hembras es de aproximadamente tres a cuatro semanas, tiempo en el que se realiza la oviposición de 30 a 50 huevecillos.^{1,2,4}

EPIDEMIOLOGÍA

En la actualidad se considera a este padecimiento un problema de salud pública, cuya alta prevalencia se ha relacionado con hábitos higiénicos deficientes y con la limitada disposición de agua en algunas zonas geográficas.¹

La pediculosis del pubis es más frecuente en hombres jóvenes con vida sexual activa. No se ha observado preferencia por alguna raza en especial.³

En aproximadamente un tercio de los pacientes puede coexistir con una enfermedad de transmisión sexual.^{2,5} Se adquiere por el contacto directo con una persona infestada, o por utilizar ropa e inodoros contaminados, sobre todo en el caso de los niños y pacientes ancianos; incluso existen reportes de casos familiares. Se han aislado piojos en vagabundos y gente que reside en asilos y refugios, cuya higiene personal no es adecuada.^{2,7}

CUADRO CLÍNICO

Las lesiones y los parásitos pueden observarse en cualquier área pilosa del cuerpo. El síntoma principal es el prurito, que inicia entre los 5 y 7 días después de la infestación y es secundario a una reacción de sensibilización alérgica a los productos de las secreciones salivales inyectados en la dermis mientras el parásito se alimenta.²

El piojo se nutre por periodos prolongados, por lo que causa extravasación de sangre a nivel de la dermis provocando la denominada «mancha cerúlea», que consiste en la formación de manchas azuladas o grisáceas, resultantes de la conversión de bilirrubina a biliverdina. También puede haber pápulas, excoriaciones y petequias en los lugares donde se alimenta.^{1,2,5}

En algunas ocasiones puede observarse el «signo de la trusa» que consiste en la presencia de excremento del parásito en la ropa interior de la zona púbica.¹

Debido al rascado intenso, puede desarrollarse impétigo secundario y en raras ocasiones adenopatía regional y fiebre. Cuando la infestación ocurre a nivel de pestañas, además del prurito, puede haber ardor, secreción e irritación ocular.^{1,5}

DIAGNÓSTICO

Es clínico. Se basa en las características de la topografía y morfología de la dermatosis y se corrobora con la presencia del parásito adulto y las liendres. Con apoyo del microscopio de luz puede confirmarse la morfología exacta.^{1,2}

La utilización del dermatoscopio para el diagnóstico de enfermedades parasitarias se conoce como entodermatoscopia. Esta herramienta incluso ayuda a evidenciar la viabilidad de los huevecillos.⁸

Dentro de los diagnósticos diferenciales clínicos se encuentran: triconodosis, foliculitis, dermatitis por contacto, escabiosis y prurito vulvar o anal.¹

TRATAMIENTO

Se divide en local y en sistémico. El primero consiste en remover mecánicamente el parásito adulto y las liendres. Los agentes tópicos más utilizados son: piretrinas, organoclorados, organofosforados, benzoato de bencilo, butóxido de piperonilo y coadyuvantes, como el alcohol de madera, el vinagre y la vaselina sólida. Las lociones son más efectivas que las presentaciones en *shampoo*.^{1,9,10}

El segundo se refiere a la administración de fármacos como la ivermectina que es parasiticida y ovicida y es eficaz en 97% de los casos. En algunos estudios se ha observado cierta efectividad con la ingesta de sulfas.^{1,9}

PRONÓSTICO

Con tratamiento adecuado se observa remisión de la dermatosis hasta en 90%; sin embargo, la recurrencia es frecuente debido a reinfecciones.²

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente del sexo masculino, de 74 años de edad, de escolaridad primaria, divorciado y actualmente pensionado. Como antecedentes no patológicos de importancia refería aseo cada tercer día. Antecedentes patológicos: portador de diabetes mellitus tipo 2, controlada con metformina, hipertensión arterial sistémica y cardiopatía isquémica en tratamiento con metoprolol y parches de nitroglicerina, respectivamente. Acude a este centro por presentar una dermatosis de tres meses de evolución, localizada en tronco del cual afectaba los tallos pilosos de tórax anterior (**Figura 1**). Constituida por numerosas manchas, pápulas eritematosas, algunas costras hemáti-



Figura 1. Manchas y pápulas eritematosas diseminadas con huellas de rascado.



Figura 2. Imagen dermatoscópica con luz polarizada. Se observa parásito adulto con forma de cangrejo, tres pares de patas con abdomen ancho y aplanado. Presencia de liendres adheridas a lo largo del pelo.

cas y múltiples estructuras ovoides de color marrón, no removibles y bien adheridas al pelo, observándose también parásitos del género *Pediculus humanus* variedad *corporis* maduros. A la dermatoscopia se corrobora la presencia de liendres y piojos adultos, estos últimos con tres pares de patas, abdomen ancho y ovalado (**Figura 2**). Con lo anterior se elabora

el diagnóstico de **Pediculosis del cuerpo**, iniciando tratamiento con ivermectina 12 mg, con repetición de la dosis a los 10 días. El paciente regresó cuatro semanas después a la consulta de control con remisión de dicha dermatosis.

COMENTARIO

En la actualidad la pediculosis representa un importante problema de salud pública; la Organización Mundial de la Salud la considera una patología reemergente en países en vías de desarrollo. En las últimas décadas se han detectado en nuestro país numerosos brotes en diferentes estratos sociales y durante casi todos los meses del año. Se sugiere que el principal factor de riesgo de su presencia es el incremento de la densidad poblacional, además de la falta de información para su tratamiento adecuado, lo que ha generado el uso indiscriminado de fármacos pediculicidas, con el subsecuente desarrollo de resistencia parasitaria. Por otro lado, dichos fármacos no se aplican o administran de acuerdo con el tiempo y forma que señalan los esquemas de tratamiento con los que se cuenta en la actualidad, lo cual favorece la reinfestación de la población susceptible.

En el caso del paciente que nos ocupa, las malas condiciones higiénicas y la inmunosupresión por su padecimiento sistémico fueron los factores predisponentes principales para el desarrollo de la parasitosis, la cual respondió favorablemente al tratamiento convencional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zuñiga I, Caro J, Pediculosis: Una ectoparasitosis emergente en México. *Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría*. 2010; 24: 56-63.
2. Alarcón H, Hinostroza D, Santamaría V. Pediculosis pubis, presentación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2001; 10: 131-134.
3. Chang P, Solares A. Pediculosis caso clínico. *Dermatol Rev Mex*. 2013; 57: 485-490.
4. Boutellis A, Abi-Rached L, Raoult D. *The origin and distribution of human lice in the world*. Infection, Genetics and Evolution. 2014. Article in press.
5. Maguiña-Vargas C, Osoreo F y cols. Enfermedades por ectoparásitos: segunda parte. *Dermatol Perú*. 2005; 15: 38-50.
6. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. *Dermatología*. Elsevier. 2004; 1321-1332.
7. Dehghani R et al. First report of family infestation with pubic louse (*Pthirus pubis*; Insecta: Anoplura: Pthiridae) in Iran—a case report. *Tropical Biomedicine*. 2013; 30: 152-154.

8. Arenas R. *Dermatología: Atlas, diagnóstico y tratamiento*. McGraw-Hill. 1996; pp. 395-397.
9. Nutanson CJ et al. *Pediculus humanus capitis: an update*. *Acta Dermatoven APA*. 2008; 17: 147-159.
10. Anderson A, Chaney E. Pubic Lice (*Pthirus pubis*): History, Biology and Treatment vs. Knowledge and Beliefs of US College Students. *Int J Environ Res Public Health*. 2009; 6: 592-600.

Correspondencia:

Dr. Miguel Ángel Cardona Hernández
Dr. Vértiz Núm. 464, esquina Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, 06780, Del. Cuauhtémoc
México, D.F.
Tel. 55 56 34 99 19
E-mail: drmiguelcardona08@gmail.com