

Pediculosis capitis

Fecha de la última revisión: **23/08/2016**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica?](#)
3. [¿Cómo se trata?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

La pediculosis del pelo y cuero cabelludo es una infestación producida por el piojo de la cabeza (*Pediculus capitis*). Su prevalencia en Europa es muy variable 0.48-22.4% dependiendo de estudios y países. Afecta sobre todo a escolares de 3-12 años, con más frecuencia a las niñas (Falagas ME, 2008).

El piojo de la cabeza mide 2-3 mm de largo, posee 3 pares de patas, se alimenta de la sangre del huésped, es exclusivamente humano y se transmite habitualmente por contacto directo pelo con pelo, no salta y la transmisión por fómites es discutida. La hembra de piojo madura pone los huevos que se adhieren fuertemente al pelo (liendres) y tienen un periodo de incubación de aproximadamente 10 días. La pediculosis en niños no se relaciona con la higiene, sí en adultos.

¿Cómo se diagnostica?

Clínicamente pueden ser asintomáticos. El picor es el síntoma más frecuente, producido por sensibilidad a la saliva del piojo a las 4-6 semanas del primer contacto. Otros síntomas posibles: fiebre, irritabilidad (sobre todo en niños más pequeños), malestar, cefalea, linfadenopatía, rash cutáneo y síntomas y signos relacionados con sobreinfección local.

El diagnóstico certero se produce al localizar un piojo en la cabeza, lo que ocurre con poca frecuencia, ya que el piojo escapa rápidamente de la luz. Algunos autores aconsejan usar un peine de púa fina. Examinando con detalle el cuero cabelludo pueden verse las liendres a modo de puntos blancos fuertemente adheridos al pelo, a menos de 1 cm del cuero cabelludo y que se desprenden con dificultad, al contrario que la caspa (Devore CD, 2015). La dermoscopia facilita tanto la visualización del parásito como las liendres. Puede tener utilidad en el diagnóstico y en el control de la efectividad del tratamiento (González Fernández D, 2014).

¿Cómo se trata?

La prevención es difícil. Debe aconsejarse a los niños que no compartan peines, lazos ni gorros y practicar una buena higiene. Es conveniente que se revise toda la familia. No debe excluirse al niño infestado de la escuela y la información relacionada debe tratarse con gran cuidado debido a la implicación social que suele tener este problema. Es importante aclarar que los piojos no son un peligro para la salud ni una señal de falta de higiene ni son responsables de la propagación de ninguna enfermedad (Devore CD, 2015; Nutanson I, 2008).

Solo deben tratarse los niños con un diagnóstico claro de infestación activa. Inicialmente puede utilizarse permetrina al 1% o piretrinas cuando no se sospeche resistencia a estos tratamientos. En menores de 24 meses puede intentarse la eliminación mecánica.

Permetrina al 1%. Es el tratamiento de elección. Pediculicida y ovicida, tiene actividad residual (los restos que permanecen en el pelo matan nuevas larvas). Menos tóxico y alergénico que las piretrinas (se puede utilizar en alérgicos a plantas). Se formula en loción o champú al 1%. Se efectúa una aplicación única sobre el cuero cabelludo y se deja actuar unos 10 minutos. Después se aclara con abundante agua tibia sobre un fregadero (para minimizar vasodilatación y contacto con la piel), se deja secar al aire o con una toalla y se retiran las liendres muertas con un peine de púas finas y cabello húmedo. No debe usarse secador porque neutralizaría el poder residual pediculicida. Aunque una sola aplicación suele ser suficiente, puede repetirse a los 7-10 días (día 9), con una tasa de curación superior al 95%. Se han descrito resistencias, aunque su frecuencia es desconocida. Los efectos secundarios son poco frecuentes y de carácter leve y local (prurito, escozor, sequedad de piel). En caso necesario, puede ser útil añadir un antihistamínico o un corticoide tópico de baja potencia (Devore CD, 2015; Nutanson I, 2008; CPS, 2008).

El **malatión** 0,5%. Organofosfato potente pediculicida y ovicida en solución alcohólica, puede ser utilizado en niños mayores de 24 meses de edad cuando exista resistencia a la permetrina y a las piretrinas o cuando el tratamiento con esos productos falla a pesar de ser usado correctamente. Es eficaz en el 98-100% de los casos. Se aplica en el cuero cabelludo, se deja secar de forma natural (sin secador ni plancha) y se lava el pelo con champú a las 8-10 horas. Aplicar de nuevo a los 7-9 días si se siguen viendo piojos. La seguridad y eficacia de la loción de malatión no se ha establecido en niños menores de 6 años y está contraindicada en menores de 24 meses. Es inflamable (Devore CD, 2015; Burgess IF, 2009; Nutanson I, 2008).

Ivermectina (no comercializada en España para esta indicación). Es un antihelmíntico de estructura similar a los macrólidos, pero sin actividad antibacteriana. Eficaz por vía tópica, fácil de administrar y más caro que el resto de tratamientos. Se aplica sobre el pelo y cuero cabelludo secos y se enjuaga con agua tibia después de 10 minutos. Habitualmente sólo se requiere una aplicación. Tiene pocos efectos adversos. No usar en menores de 6 meses (Pariser DM, 2012).

Piretrinas con piperonil butóxido. Derivadas del crisantemo. Neurotóxicas para el piojo, no para mamíferos. Más alergénicas que permetrina y no ovicida, no tiene actividad residual. Aplicación similar a permetrina (Devore CD, 2015; CPS, 2008).

Dimeticona al 4%. Es un compuesto de silicona muy utilizado en la industria cosmética, que actúa sobre los piojos mediante un proceso físico de asfixia. En loción al 4% parece más eficaz que malatión 0,5% (Burgess IF, 2007) o incluso más eficaz que permetrina al 1% (Heukelbach J, 2008).

Se aplica sobre el pelo seco, se deja secar de forma natural, se cubre la cabeza con un gorro, actuar de 6-8 horas y lavar el pelo con champú habitual aclarando con abundante agua. Repetir la dosis a los 7 días por su falta de acción ovicida.

Benzyl alcohol 5% y spinosad son también efectivos (Gunning K, 2012), aunque menos utilizados.

Lindano es neurotóxico en humanos, sobre todo en niños y lactantes, en los que se han descrito casos de convulsiones graves. No recomendable (Devore CD, 2015; CPS, 2008).

En caso de resistencia al tratamiento, debemos considerar estas posibilidades:

- Diagnóstico erróneo.
- Incumplimiento terapéutico.
- Tratamiento inadecuado o insuficiente o intervalo inapropiado.
- Reinfestación.
- Resistencia de los piojos a los productos empleados, de prevalencia variable e indeterminada.

Bibliografía

- Burgess IF, Lee PN, Matlock G. Randomised, controlled, assessor blind trial comparing 4% dimeticone lotion with 0,5% malathion liquid for head louse infestation. PLoS One. 2007;2(11):e1127. PubMed **PMID: 17987114. Texto completo**
- Burgess IF. Current treatments for pediculosis capitis. Curr Opin Infect Dis. 2009;22(2):131-6. PubMed **PMID: 19283911.**
- Canadian Paediatric Society (CPS). Head lice infestations: A clinical update. Paediatr Child Health. 2008;13(8):692-704. PubMed **PMID: 19436525. Texto completo**
- Devore CD, Schutze GE; Council on School Health and Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics. Head lice. Pediatrics. 2015;135(5):e1355-65. PubMed **PMID: 25917986. Texto completo**
- Falagas ME, Matthaïou DK, Rafailidis PI, Panos G, Pappas G. Worldwide prevalence of head lice. Emerg Infect Dis. 2008;14(9):1493-4. PubMed **PMID: 18760032. Texto completo**
- González Fernández D, Vázquez López F, Valdés Pineda F, Pérez Oliva N. Dermoscopia en las parasitosis cutáneas. Med Clin (Barc). 2014;142(7):e13. PubMed **PMID: 24210979**
- Gunning K, Pippitt K, Kiraly B, Sayler M. Pediculosis and scabies: treatment update. Am Fam Physician. 2012;86(6):535-41. PubMed **PMID: 23062045. Texto completo**
- Heukelbach J, Pilger D, Oliveira FA, Khakban A, Ariza L, Feldmeier H. A highly efficacious pediculicide based on dimeticone: randomized observer blinded comparative trial. BMC Infect Dis. 2008;8:115. PubMed **PMID: 18783606. Texto completo**
- Nutanson I, Steen CJ, Schwartz RA, Janniger CK. Pediculus humanus capitis: an update. Acta Dermatovenereol Alp Panonica Adriat. 2008;17(4):147-54, 156-7, 159. PubMed **PMID: 19104739. Texto completo**
- Pariser DM, Meinking TL, Bell M, Ryan WG. Topical 0.5% ivermectin lotion for treatment of head lice. N Engl J Med. 2012;367(18):1687-93. PubMed **PMID: 23113480. Texto completo**

Más en la red

- Canadian Paediatric Society (CPS). Head lice infestations: A clinical update. Paediatr Child Health. 2008;13(8):692-704. PubMed **PMID: 19436525. Texto completo**
- CDC. Head Lice. Disponible en: <http://www.cdc.gov/parasites/lice/head/>
- Devore CD, Schutze GE; Council on School Health and Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics. Head lice. Pediatrics. 2015;135(5):e1355-65. Erratum in: Pediatrics. 2015;136(4):781-2. PubMed **PMID: 26430138. Texto completo**
- Gunning K, Pippitt K, Kiraly B, Sayler M. Pediculosis and scabies: treatment update. Am Fam Physician. 2012;86(6):535-41. PubMed **PMID: 23062045. Texto completo**
- Markova A, Kam SA, Miller DD, Lichtman MK. In the clinic. Common cutaneous parasites. Ann Intern Med. 2014;161(5). PubMed **PMID: 25178582**

Autores

- Arturo Louro González Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
- Carmen Castiñeira Pérez Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2)
- Carmen Costa Ribas Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (3)

- (1) Servicio de Atención Primaria de San José. Servizo Galego de Saúde. A Coruña. España.
- (2) Servicio de Atención Primaria de Fingoy. Servicio Galego de Saúde. Lugo. España.
- (3) Centro de Salud de Vila. Ibiza, Illes Balears. España.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

