

Pediculosis púbica

Fecha de la última revisión: **24/08/2016**

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 pubis es una infestación producida por el piojo del pubis (*Pthirus pubis*). Es más frecuente en edades de 15-40 años y debe considerarse una enfermedad de transmisión sexual (ETS).

El piojo del pubis mide 1-2 mm de largo, tiene un periodo de incubación de varios días a semanas, se alimenta de la sangre del huésped, es exclusivamente humano y se transmite por contacto directo, habitualmente sexual. Se localiza en el vello púbico, pudiendo extenderse al abdomen y muslos, raramente a axilas y cejas.

¿Cómo se diagnostica?

Clínicamente pueden ser asintomáticos aunque suele haber pápulas rojas pruriginosas. El picor es el síntoma más frecuente, se produce por sensibilidad a la saliva del piojo. En los puntos de alimentación del piojo pueden verse las *maculae caeruleae*, de color azul. Puede haber una linfadenopatía regional y síntomas y signos relacionados con sobreinfección local. Raramente síntomas generales (BASHH, 2007).

Debe diferenciarse de las escamas de la dermatitis seborreica. Éstas se desprenden fácilmente, mientras que las liendres no. Las pápulas rojas pueden aparecer también en la sarna, aunque esta tiene algunas localizaciones en las que no suelen aparecer piojos.

El diagnóstico certero se produce al localizar el piojo y las liendres. La dermoscopia puede ser útil para facilitar la visualización del parásito (González Fernández D, 2014).

¿Cómo se trata?

La ropa de la cama y las prendas de vestir deben ser lavadas a máquina o mantenerlas más de 72 horas sin contacto con el cuerpo. En los pacientes con pediculosis púbica deben ser descartadas otras ETS, cerca del 30% tienen otra concurrente. En niños pequeños debe descartarse abuso sexual (Markova A, 2014; Workowski KA, 2015).

Permetrina al 1% en crema. 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 efectúa una aplicación única y se deja actuar unos 10 minutos. Después se aclara con abundante agua tibia, se deja secar al aire o con una toalla. 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. No debe aplicarse en los ojos (Devore CD, 2015; Gunning K, 2012; Workowski KA, 2015).

Piretrinas con piperonil butóxido (Fenotrin 0,2%). Derivadas del crisantemo. Neurotóxicas para el piojo, muy poco tóxicas para humanos, aunque más que la permetrina. Pediculicida y no ovicida, no tiene actividad residual. Aplicar con el pelo seco y lavar a los 10 minutos (Workowski KA, 2015; Devore CD, 2015).

El **malatión** 0,5%. Organofosfato potente pediculicida y ovicida, puede ser utilizado cuando exista resistencia a la permetrina y a las piretrinas o cuando el tratamiento con esos productos falla a pesar de ser usado correctamente. Se aplica sobre la piel, se deja secar de forma natural (sin secador ni plancha) y se lava a las 8-12 horas. Aplicar de nuevo a los 7-9 días si se siguen viendo piojos. Es inflamable, advertir de no fumar (Gunning K, 2012; BASHH, 2007; Workowski KA, 2015).

Ivermectina. Es un antihelmíntico de estructura similar a los macrólidos, pero sin actividad antibacteriana. Una sola dosis oral de 200-250 µg/kg, repetida a los 10 días, se ha mostrado muy eficaz (Workowski KA, 2015). No está comercializado en España. Se importa como medicamento extranjero mediante solicitud individualizada para cada paciente en aquellos casos en los que se considera una necesidad clínica.

Lindano. Organoclorado derivado del DDT. Es un tratamiento de segunda línea, útil sólo en caso de que fallen todos los anteriores y administrado con mucha precaución. Contraindicado en epilepsia, embarazo o lactancia. No usarlo después de baño o ducha ni sobre piel con dermatitis. Aplicar en champú al 1%, dejar actuar no más de 4 minutos y lavar, repetir a los 9-10 días (Workowski KA, 2015).

Todos los pacientes deben ser revisados a la semana (BASHH, 2007). Recientemente se han diagnosticado casos de resistencia al tratamiento. En estos casos debemos considerar estas posibilidades (Workowski KA, 2015):

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

Ninguno de estos tratamientos puede aplicarse cerca de los ojos. La pediculosis de las pestañas debe ser tratada mediante la aplicación de pomada oftálmica oclusiva en los márgenes de los párpados dos veces al día durante 10 días (Workowski KA, 2015).

La **permetrina** es segura durante el embarazo y la lactancia (BASHH, 2007). Deben tratarse las parejas sexuales del último mes y evitar el contacto estrecho (también sexual) con la pareja hasta recibir tratamiento y ser reevaluados para descartar una enfermedad persistente (Workowski KA, 2015).

No se dispone de estudios comparativos de calidad en relación con las opciones terapéuticas disponibles, la mayoría de los estudios están realizados con pediculosis capitis. El tratamiento se debe aplicar en todas las áreas del cuerpo, por debajo del cuello, en las que haya pelo. Un número pequeño de casos afecta al cuero cabelludo. Si el bigote o la barba están afectados también deben ser tratados (Scott GR, 2010).

Bibliografía

- Clinical Effectiveness Group, British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). United Kingdom national guideline on the management of phthirus pubis infestation. London (UK): British Association for Sexual Health and HIV (BASHH); 2007. [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. Erratum in: Pediatrics. 2015;136(4):781-2. PubMed [PMID: 25917986](#). [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](#)
- Markova A, Kam SA, Miller DD, Lichtman MK. In the clinic. Common cutaneous parasites. Ann Intern Med. 2014;161(5). PubMed [PMID: 25178582](#)
- Scott GR, Chosidow O; IUSTI/WHO. European guideline for the management of pediculosis pubis, 2010. Int J STD AIDS. 2011;22(6):304-5. PubMed [PMID: 21680662](#). [Texto completo](#)
- Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015;64(RR-03):1-137. PubMed [PMID: 26042815](#). [Texto completo](#)

Más en la red

- 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: 25917986](#). [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](#)
- Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015;64(RR-03):1-137. PubMed [PMID: 26042815](#). [Texto completo](#)

Autores

- Arturo Louro González Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
- Cristina Viana Zulaica Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2)
- Carmen Castiñeira Pérez 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 Elviña-Mesoiro. Servizo Galego de Saúde. A Coruña. España.
- (3) Servicio de Atención Primaria de Fingoy. Servicio Galego de Saúde. Lugo. 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](#) |

