

**Diagnóstico y Tratamiento de  
Pediculosis capitis  
En escolares y adolescentes**

**GPC**

**Guía de Práctica Clínica**

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-602-13



## GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

**B85.0 Pediculosis capitis**

**GPC**

**Diagnóstico y tratamiento de Pediculosis capitis En escolares y adolescentes**

**ISBN en trámite**

### DEFINICIÓN

La *Pediculosis Capitis* (PC) es una ectoparasitosis del pelo y la piel cabelluda del humano, causada por *Pediculus humanus var. capitis* (piojo de la cabeza), caracterizada por prurito constante y escoriaciones, siendo frecuente en niños entre 5 y 15 años de edad. La infestación por este ectoparásito es una enfermedad hiperendémica en todo el mundo.

### EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO DE PC

Aproximadamente 6 a 12 millones de casos/año se presentan entre los niños de 3 a 12 años de edad, en los Estados Unidos. Estas cifras son estimaciones, porque los pacientes pueden ser tratados en el ámbito familiar, o porque muchos casos de infestación nunca son revelados a las autoridades de salud. En México se reportó una prevalencia entre 18 al 33%, en algunas poblaciones de estudiantes de escuelas urbanas y rurales en los estados de Yucatan, Estado de México (Netzahuatcoyotl) y Guerrero. Diversos autores coinciden en señalar que la pediculosis es una enfermedad que no determina falta de higiene; ni tampoco distingue nivel social, económico ni cultural, tampoco edad ni género. Los estudios incluidos presentan sesgos y limitaciones metodológicas, por lo que no se ha identificado la asociación entre género, características (tipo) y longitud del pelo.

El piojo se alimenta succionando la sangre; su saliva contiene sustancias vasodilatadoras y anticoagulantes. Los huevos del piojo, conocidos como liendres, están firmemente adheridas a pelos individuales. Los huevos son de 0.8 mm de longitud y se encuentran a una distancia de 1 a 2 mm de la superficie de la piel cabelluda. Los piojos hembra puede poner cerca de 150 huevos durante su ciclo, el cual es de 30 días.

### CUADRO CLINICO Y DIAGNOSTICO DE PEDICULOSIS CAPITIS

Las manifestaciones clínicas en la PC son: prurito constante (síntoma principal), excoriaciones en piel cabelluda, impetiginización secundaria, adenopatías cervicales, conjuntivitis, fiebre y malestar general, aunque son poco frecuentes pueden estar presentes.

Dentro de los hallazgos de exploración clínica en la infestación de piojos, el cuadro se caracteriza:

- por liendres adheridas a los cabellos, aproximadamente 0.7 cm (aproximadamente entre 0.5 a 1 cm) a partir de la piel cabelluda
- las liendres se encuentran a menudo en la región occipital y retroauricular

siendo éstas zonas más fáciles de observar durante el rastreo.

El médico de primer contacto debe sospechar PC, en población con prevalencia elevada de infestación, con prurito constante y excoriaciones en piel cabelluda, por lo que se deben buscar intencionadamente liendres adheridas a los pelos, principalmente en la región occipital y retroauricular. La observación directa de los piojos vivos, liendres o ninfas, es el estándar de oro para el diagnóstico; sin embargo en ocasiones estos parásitos son difíciles de visualizar, debido a la gran movilidad de los piojos, o la posibilidad de confundirlos con el pelo. Las liendres pueden ser más fáciles de detectar porque están fijas y generalmente se establecen a una distancia entre 0.5 a 1 cm de la piel cabelluda, resultando altamente sugestivo de una infestación o estadio viable del piojo. Considerar que el médico de primer contacto requiere para realizar el diagnóstico clínico de PC experiencia y habilidad en la identificación de liendres o ninfas o piojos vivos, en el examen directo o por peine de dientes finos.

De la misma forma el examen con equipamiento con lupa con luz, o lámpara de cuello de ganso o lámpara de luz ultravioleta o de Wood y el examen microscópico requiere contar con los recursos y destreza en su uso como apoyo diagnóstico.

El diagnóstico diferencial de la PC incluye: Escabiosis, Pitiriasis, Trichorrexia nodosa, Dermatitis seborreica, Monilethrix, Piedra blanca, Piedra negra, Moldes de queratina y residuos de sustancias. El primer diagnóstico diferencial de la PC es con la Escabiosis; que en contraste con la PC el prurito es generalizado y las lesiones son de distribución característica: afectación en pliegues cutáneos conocidas como "líneas de Hebra"

## TRATAMIENTO

La permetrina al 1% en loción o crema, es el tratamiento de elección para PC, debido a su eficacia y ausencia de toxicidad. La permetrina al 1 y al 5%, actúa como neurotoxina, bloquea los canales de Sodio ocasionando parálisis del sistema nervioso y musculo esquelético e impidiendo la respiración del piojo.

La Piretrina más el piperonyl es un insecticida de origen vegetal extraído del crisantemo, el cual presenta un efecto ovicida del 70% y pediculicida del 97%. Se debe repetir a los 7 días para asegurar su eficacia.

El Malatión al 0.05%, es un organofosforado, inhibidor de la acetilcolinesterasa, el cual paraliza el sistema respiratorio del piojo, prescrito y recomendado en los Estados Unidos de Norteamérica. Se considera la primera línea de tratamiento en regiones donde exista resistencia a la Piretrina. En nuestro país no se dispone de este medicamento. No se ha establecido la seguridad y eficacia en niños menores de 6 años.

El Benzoato de Bencilo, es un pediculicida tópico (emulsión para uso en piel), que presupone una débil acción pediculicida del cual se desconoce su mecanismo de acción; utilizándose como coadyuvante de piretroides y clorados; su acción es muy irritante y alérgica. Se cuenta con el en el cuadro básico institucional. El cuadro de medicamentos institucional recomienda el uso del Benzoato de bencilo, con aplicación durante 3 noches consecutivas y baño a la mañana siguiente con cambio de ropa de cama y repetir de acuerdo a evolución.

El Lindano al 1%, posee poca actividad ovicida, actúa en el sistema nervioso del piojo causando parálisis e incapacidad para alimentarse. Produce toxicidad en el sistema nervioso del paciente y puede causar convulsiones en los niños, solo se aconseja su uso en pacientes que no toleran el tratamiento de primera línea o en quienes este tratamiento con medicamentos seguros haya fallado.

## TRATAMIENTO EN CASO DE RESISTENCIA

La Ivermectina bloquea los canales de sodio que resulta en una hiperpolarización y parálisis secundaria del piojo; su efecto es pediculicida. Su uso se recomienda en infestaciones masivas, con una alta efectividad en el tratamiento de casos de resistencia.

El trimetoprim con sulfametoxazol, es un bactericida y pediculicida que actúa en la flora simbiótica en el intestino del piojo, interfiriendo con la síntesis de la vitamina B, causando su déficit y muerte. Ocasionalmente se puede combinar con permetrina 1%, reservado para casos de falla terapéutica a los regímenes tradicionales o sospecha de resistencia.

El Albendazol inhibe la captura de glucosa en el parásito, con efecto pediculicida que tiene una alta efectividad en el tratamiento de PC.

Recientemente, algunos autores han propuesto a la dimeticona al 4% como una alternativa a los pediculicidas clásicos. Reportándose una alta eficacia como pediculicida del 97% y como ovicida del 70%. Esta favorece la deshidratación y muerte del piojo. Reportándose ausencia de efectos secundarios en la población infantil.

Es recomendable que los pacientes en tratamiento tengan un seguimiento a los 7 y 15 días del inicio del tratamiento para evaluar resistencia o reinfestación y valorar el uso de medidas para falla terapéutica.

ALGORITMOS

