

Pediculosis de la Cabeza

Olga Ramírez Balza^a, Benjamín Herranz Jordán^b

^a Pediatra. Centro de Salud Collado Villalba Estación. Collado Villalba. Madrid.

^b Pediatra. Centro de Salud el Abajón. Las Rozas. Madrid

Fecha de actualización: 10/11/2019
(V.1.0/2019)

Cita sugerida Ramírez Balza O, Herranz Jordán B. **Pediculosis de la cabeza**. En Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea]. Consultado el dd-mm-aaaa. Disponible en <https://www.guia-abe.es>

Introducción / puntos clave

- La infestación por piojos del cuero cabelludo es muy frecuente en nuestro medio. Con frecuencia difícil de controlar debido al incremento en las resistencias a los insecticidas habitualmente utilizados.
- De los tres tipos de piojos que pueden infestar al ser humano: piojo del cuerpo (*Pediculus humanus corporis*), piojo del pubis (*Phthirus pubis*) y piojo de la cabeza (*Pediculus humanus capitis*), este último es el más frecuente en niños.
- El piojo de la cabeza no transmite ningún tipo de infección, pero produce prurito y lesiones de rascado que pueden sobreinfectarse. Se transmiten de forma directa entre personas infestadas de cuya sangre se alimentan. Se desplazan de forma rápida por el pelo seco y más difícilmente por el pelo húmedo. La transmisión a través de fómites es controvertida.
- El periodo de incubación es de 8-10 días en el que sale la ninfa o piojo joven. El piojo hembra tarda 10-12 días en convertirse en adulto y poner hasta 7-10 huevos al día, pudiendo llegar a poner 100-140 huevos. Adhiere los huevos al pelo con un cemento insoluble en agua a 3-4mm del cuero cabelludo.
- El **diagnóstico** de certeza es ver el piojo vivo, pero si hay picor y liendres abundantes cerca del cuero cabelludo, es probable que haya infestación activa. En primeras infestaciones el prurito puede aparecer a las 4-6 semanas tras sensibilización a la saliva del parásito. Puede haber escoriaciones por rascado y sobreinfección por estafilococo, así como adenopatías cervicales y occipitales. Peinar el pelo mojado con peine de púa fina, o lendrera, ofrece mayor sensibilidad para diagnosticar la presencia de piojos vivos que la inspección visual. En cada infestación suelen encontrarse de 8-12 piojos vivos y unas 100 liendres.
- El **tratamiento** incluye el uso de pediculicidas tópicos, raramente orales, la eliminación mecánica de piojos y liendres y medidas para control de fómites. Los contactos cercanos deben revisarse, pero no tratarse de forma preventiva. Podría tratarse a niños con prurito intenso y liendres a menos de 6.5 mm del cuero cabelludo, o a los que comparten cama. Ningún tratamiento es efectivo 100% en eliminación de piojos y liendres, y deben repetirse al cabo de 7-10 días. Después, se peina el pelo húmedo con lendrera para retirar piojos y liendres cada 2-3 días durante 2-3 semanas para retirar posibles liendres vivas residuales.

Cambios más importantes respecto a la versión anterior: Se actualizan los criterios de diagnóstico y tratamiento, nuevos tratamientos y se revisa la bibliografía.

Tratamientos disponibles	
Insecticidas clásicos	Piretroides naturales y sintéticos, Malatión, Lindano, Butóxido de piperonilo, carbaril, solos o asociados.
No insecticidas	Dimeticona, octanediol, vaselinas, mayonesa, aceites vegetales, calor, lendreras, pediculicidas eléctricos
Tratamiento oral	Cotrimoxazol, ivermectina

Indicaciones Generales Tratamiento Pediculosis de la cabeza		
Edad	Tratamiento	Alternativa
Menores de 6 meses	Eliminación mecánica	Tratamiento no insecticida
6 meses-2 años	Tratamiento no insecticida: Dimeticona 4%	Permetrina 1-1,5%
Mayores 2 años	Dimeticona 4% o Permetrina 1-1.5%	Malatión 0,5%
Medidas generales recomendadas en el tratamiento de la pediculosis de la cabeza		
<ul style="list-style-type: none"> • Leer atentamente las instrucciones de cada producto antes de su aplicación. • Tras cada aplicación peinar el pelo húmedo con lendrera para retirar piojos y liendres. • Repetir la aplicación a los 7-10 días. • Revisar el pelo cada 2-3 días durante 2-3 semanas para retirar posibles liendres vivas residuales. • Revisar ropa (gorros, almohadas) en contacto con la cabeza en los días previos al tratamiento y durante el mismo. • Revisar los contactos cercanos y no utilizar insecticidas como repelente o preventivo. • Los niños infestados pueden acudir al colegio una vez hayan recibido un tratamiento específico¹. 		

Características de los tratamientos disponibles	
Insecticidas	<ul style="list-style-type: none"> • Piretroides: derivan de un extracto de crisantemo natural, neurotóxicos y ovicidas, sin actividad residual. Después de dos tratamientos pueden encontrarse piojos vivos y huevos intactos. Sólo en ≥ 2 años. • Permetrina: piretrina sintética, baja absorción, poco tóxica y efecto residual de dos semanas. Único piretroide de uso en ≥ 2 meses. Pediculicida y parcialmente ovicida. Actualmente se recomienda un mayor tiempo de aplicación de entre 3 y 8 horas. Se aclara y se repite a los 9-10 días. De primera elección en Estados Unidos y Canadá. Se puede asociar a butóxido de piperonilo.
	<ul style="list-style-type: none"> • Malatión: organofosforado neurotóxico, inhibidor de la colinesterasa. Pediculicida y ovicida, aplicación de 8-12 horas, mal olor, inflamable, de mayor toxicidad que la permetrina. Sólo ≥ 2 años. Irritante ojos y aparato respiratorio. Se recomienda segunda aplicación a los 7-9 días. Insecticida químico de segunda elección.
	<ul style="list-style-type: none"> • Lindano: organoclorado actualmente en desuso por alta neurotoxicidad.
	<ul style="list-style-type: none"> • Carbaril: inhibidor de la colinesterasa menos potente que el malatión, puede producir neoplasias en animales. Se desconoce su potencial carcinogénico humano y aún siendo su riesgo como pediculicida bajo, no ofrece ventajas frente a otros

	pediculicidas.
No insecticidas	<ul style="list-style-type: none"> • Dimeticona 4%: silicona más utilizada de muy buenos resultados. Estudios de eficacia superior a permetrina y malation en dos aplicaciones de 8 horas, sin toxicidad. No se absorbe por el cuero cabelludo, transparente e inodora, crea una película alrededor del parásito que interfiere con su equilibrio acuoso, provocando su asfixia. Poco probable que desarrolle resistencias, considerada eficaz e inocua. Uso extendido en toda Europa, en algunos países considerada de primera elección en niños pequeños <2 años o como opción para padres que no desean usar productos químicos.
	<ul style="list-style-type: none"> • Octanediol: diol no insecticida destruye la cutícula del piojo produciendo la muerte por deshidratación. También actúa sobre la quitina de la liendre impidiendo la maduración del embrión. Inocuo para el cuero cabelludo y el niño. • Agentes oclusivos y aceites esenciales: agentes oclusivos como vaselina, mayonesa, margarina, utilizados para asfixiar al piojo e incluso algunos aceites esenciales (coco, lavanda, árbol de té), han sido ampliamente utilizados. No hay estudios que avalen su eficacia.
	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación mecánica de los piojos: tratamiento alternativo al uso de insecticidas para la eliminación de piojos y liendres es el meticuloso peinado con lencería del pelo húmedo (distancia entre púas de < 0,3mm). Realizado de forma sistemática y minuciosa (15-60 minutos) en días alternos hasta la desaparición de todos los piojos y liendres varios días, puede ser casi tan eficaz como el uso de algunos pediculicidas. Buena alternativa en lactantes o niños muy pequeños en los que se prefiere no usar insecticidas. Hay lencerías eléctricas que electrocutan al piojo y secadores de aire muy caliente (50-60°C) que los matan, no habiendo estudios fiables que avalen su eficacia.
Tratamiento oral Alternativa en pediculosis resistentes	<ul style="list-style-type: none"> • Cotrimoxazol: a dosis habituales (10mg/kg/día de trimetoprim) 3 días y repetir en 10 días o bien durante 10-14 días. Elimina bacterias simbióticas del intestino del piojo lo que le produce su muerte. Efectividad superior si se usa junto con permetrina al 1%.
	<ul style="list-style-type: none"> • Ivermectina: 200 mcg/kg dosis oral única o tratamiento tópico con solución al 0,8% (no comercializada en España). Puede repetirse a los 10 días. Sólo en niños de peso superior a 15 kg. Interviene en la neurotransmisión del piojo produciendo su muerte.

Pediculicidas comercializados en España	
Composición	Nombre comercial
1. Piretroides naturales	
Crisantemato 0,4%	Nosa champú y loción antiparasitaria
2. Piretroides sintéticos	
a) Permetrina 1-1,5%	Filvit champú Goibi antipiojos champú y loción Permetrina OTC Nix crema antiparasitaria Loción ZZ Cupex Quellada champú y loción
b) Permetrina 5% ²	Permetrina 5% crema Perme-cure

	Sarcop
c) Fenotrina 0,4%	Mitigal champú y loción Itax champú y loción Sarpex loción
3. Asociación de piretroides y otros pediculicidas	
a) Permetrina 1%+malation 0,5%+butóxido de piperonilo	Paraplus spray antiparasitario
b) Permetrina 1%+ butóxido de piperonilo	Kife P champú y loción Parasitrín champú y loción Permetrina OTC crema
c) Fenotrina+butóxido de piperonilo	Cusitrín plus loción y champú
d) Aletrina+ butóxido de piperonilo	Vapio antiparasitario
4. Lindano 1%	Kife champú y loción
5. Malatión 0,5%³	Filvit loción antiparasitaria
6. Octanediol	Neositrín Protect
7. Dimeticona 4%	Neositrín Stop piojos Orion respect Filvit dimeticona Paranix Nyda

Referencias bibliográficas:

1. Downs AMR, Stafford KA, Hunt LP, *et al.* Widespread insecticide resistance in head lice to the over-the-counter pediculocides in England, and the emergence of carbaryl resistance. [Br J Dermatol. 2002;146:88-93.](#)
2. Adam O. Goldstein, M.D. PhD., Beth G. Goldstein, M.D. Pediculosis Capitis. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pediculosis-capitis>
3. M. Gairí Tahull, V. Molina Morales, F.A. Moraga Llop, X. Viñallonga Sardá, E. Baselga Torres. Pediculosis de la Cabeza. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/pediculosis.pdf>
4. Cynthia D. Devore, Gordon E. Schutze and The Council on School Health and Committee on Infectious Diseases. Head Lice. [Pediatrics 2015;e1355-65.](#)
5. García Ruiz JA, Larrubia Muñoz O, Pablos Mateos AI, y cols. Tratamiento de la pediculosis de la cabeza. Documentos técnicos de salud pública, nº 75. Instituto de Salud Pública de Madrid, 2002. [consultado el 12/02/2008]. Disponible en <https://www.publicaciones-isp.org/productos/d075.pdf>
6. Heukelbach J, Pilger D, Oliveira FA, *et al.* A highly efficacious pediculicide based on dimeticone: randomized observer blinded comparative trial. [BMC Infect Dis 2008; 8:115.](#)
7. Burgess IF, Brunton ER, Burgess NA. Single application of 4% dimeticone liquid gel versus two applications of 1% permethrin creme rinse for treatment of head louse infestation: a randomised controlled trial. [BMC Dermatol 2013; 13:5.](#)

8. Frankowski BL. American Academy of Pediatrics guidelines for the prevention and treatment of head lice infestation. [Am J Manag Care 2004; 10:S269](#)
9. Burgess IF, Brunton ER, French R, et al. Prevention of head louse infestation: a randomised, double-blind, cross-over study of a novel concept product, 1% 1,2-octanediol spray versus placebo. [BMJ Open 2014;4:e004634.](#)
10. Hipólito RB, Mallorca FD, Zuniga Macaraig ZO, Apolinario PC, Wheeler-Sherman J. Head lice infestation: single drug versus combination therapy with one percent permethrin and trimethoprim / sulfamethoxazole. [Pediatrics. 2001; 107\(3\): 1-5.](#)
11. Torcuato Rubio E, Ledesma Albarrán JM. Resistencias en el tratamiento de la pediculosis *capitis*. *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2019;12;23-9

Notas aclaratorias

1. Ver: <https://guia-abe.es/anexos-recomendaciones-de-exclusion-escolar-por-causas-infecciosas>
2. Solo para pediculosis resistentes.
3. Es inflamable, por lo que no se pueden utilizar secadores de pelo o planchas durante el tratamiento.

Notas: la *Guía ABE* se actualiza periódicamente (al menos cada 2 años). Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[✉] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com



Con la colaboración de:



[©] Guía_ABE, 2019. ISSN 2174-3568