



# BOLETÍN



## DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

SERVICIOS DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. CANTABRIA

AÑO XVI

NÚMERO 4 (Trimestral)

DICIEMBRE 2008

**Autores:**

*Infecciones Oftalmológicas:* Moriones B\*, Ramos MA\*, Gutiérrez I\*\*

*Parasitosis:* Villota R\*\*\*

**Revisor:** Romera E\*\*\*\*

## SUMARIO

### INFECCIONES OFTALMOLÓGICAS y PARASITOSIS

#### INFECCIONES OFTALMOLÓGICAS

**Blefaritis:** pág 1

**Conjuntivitis Bacteriana:** pág 1

**Herpes:** pág 3

**Dacriocistitis aguda:** pág 3

**Celulitis preseptal:** pág 3

**Celulitis orbitaria:** pág 4

#### PARASITOSIS

**Giardiasis:** pág 4

**Oxiuriasis:** pág 4

**Teniasis:** pág 4

**Ascaridiasis:** pág 5

**Amebiasis:** pág 5

**Pediculosis:** pág 6

**Sarna:** pág 7

Con este Boletín continuamos la revisión de las patologías infecciosas más prevalentes en atención primaria que iniciamos en diciembre de 2006. En ellos hemos contado con la información sobre la sensibilidad antimicrobiana en nuestro medio proporcionada por los hospitales de nuestra Comunidad.

\* Médico SUAP

\*\* Farmacéutica de Área. Atención Primaria Torrelavega Reinosa

\*\*\* Médico de Familia. Coordinador de Equipos GAP2

\*\*\*\* Servicio de Oftalmología. Hospital Comarcal Sierrallana

## INFECCIONES OFTALMOLÓGICAS

### BLEFARITIS BACTERIANA

#### ETIOLOGÍA

La blefaritis o inflamación del párpado se origina por una disfunción de las glándulas del margen palpebral. La forma más común se asocia a acné rosáceo o a la dermatitis seborreica.

La producción de secreción mucosa y proteínas proporciona unas condiciones favorables para el crecimiento de bacterias. Los márgenes palpebrales suelen colonizarse por *Staphylococcus aureus* y *S. epidermidis*.<sup>(1)</sup>

#### DIAGNÓSTICO Y CLÍNICA

Cuando se realiza una inspección minuciosa, se aprecia un aspecto graso, ulcerado y costras con detritus descamados que se pegan a las pestañas. Origina escozor y prurito palpebral y sensación de cuerpo extraño, si hay alteraciones de la película lacrimal.<sup>(2)</sup>

#### TRATAMIENTO

Una correcta higiene palpebral (bastoncillos empapados con jabón infantil suave) y la aplicación de compresas calientes. En ocasiones, está indicado el empleo de una pomada antibiótica tópica (clortetraciclina, eritromicina o cloranfenicol cada 3-6 horas). Se asociarán lágrimas artificiales en el caso del ojo seco y doxiciclina oral (100 mg cada 12 horas durante 14 días) en rosácea.<sup>(2-10)</sup>

### CONJUNTIVITIS BACTERIANA

#### ETIOLOGÍA

La conjuntivitis es un proceso inflamatorio de la conjuntiva como respuesta a un patógeno directo o a un fenómeno inmunológico. Es la causa más frecuente del ojo rojo o doloroso.<sup>(1)</sup>

La conjuntivitis bacteriana simple está causada principalmente por *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Moraxella lacunata*.

## DIAGNÓSTICO Y CLÍNICA

Ante la sospecha de una conjuntivitis, se deberán excluir otras alteraciones oculares (queratitis, iridociclitis, uveítis, glaucoma...). Una vez excluidos, se hará un diagnóstico diferencial entre: conjuntivitis vírica (la causa más frecuente es el adenovirus), alérgica o irritativa. La conjuntivitis bacteriana suele ser de inicio unilateral, aunque puede diseminarse por el contacto con las secreciones y hacerse bilateral. La utilización de técnicas de diagnóstico microbiológico se limita a circunstancias especiales.

Es poco sintomática, presentando ligero picor, sensación de tener arenilla, secreción mucopurulenta, inyección conjuntival, fluoresceína negativa, pupilas isocóricas y reactivas a la luz.<sup>(2-10)</sup>

## TRATAMIENTO

Aunque su evolución es buena y cura sin tratamiento, es aconsejable tratarla con un antibiótico de amplio espectro de forma empírica como **tobramicina**, **eritromicina** o **gentamicina**.<sup>(2-10)</sup> Se utilizará un colirio 3-6 veces al día, más una pomada del mismo principio activo por la noche durante 7 días. En general, los corticoides están contraindicados.

## HERPES<sup>2-10</sup>

### ETIOLOGÍA-DIAGNÓSTICO-CLÍNICA

La queratoconjuntivitis causada por el **virus del herpes simple** suele afectar únicamente a la superficie del globo ocular, pero a veces se acompaña de lesiones en forma de vesículas en la piel de la proximidad.

Suele iniciarse en pacientes jóvenes de manera unilateral y es frecuente la presencia de recidivas. El leucoma corneal tras cada brote es mayor, por lo que suele acabar en trasplante de córnea.

La dermatitis de la frente causada por el **virus varicela zoster** afecta al globo ocular en el 50-75% de los casos. Si hay afectación del nervio nasociliar, indicada por lesiones en la punta de la nariz, el ojo se afecta en el 75%. Si no es así el porcentaje se reduce al 33%.

En el **herpes simple**, que cursa con adenopatía preauricular, se manifiesta con diversos cuadros clínicos:

-Párpados: intenso edema palpebral y vesículas transparentes, sobre base eritematosa.

-Conjuntiva: hiperemia conjuntival y conjuntivitis folicular.

-Córnea: daño epitelial con queratitis, que varía desde punteada hasta dendrítica. También puede producir úlceras estériles o afectación del estroma con edema.

El **herpes zoster** presenta exantema cutáneo doloroso, dolor o sensación de cuerpo extraño ocular y cefalea. En la conjuntiva ocasiona conjuntivitis folicular, en la córnea queratitis punteada superficial hasta pseudodendríticas algo diferentes a las producidas por el herpes simple y queratitis neurotrófica. Puede producir también uveítis, escleritis, glaucoma, etc.

Tanto los problemas oculares derivados del herpes simple como el herpes zoster deben ser valorados por un oftalmólogo.<sup>(2-10)</sup>

## TRATAMIENTO

**Herpes simple:** Aciclovir tópico 4-5 veces al día, colirios ciclopléjicos cada 12 horas y analgésicos si precisa.

**Herpes zoster:** Si hay afectación cutánea (inferior a 3 días): **Valaciclovir 1 g vía oral (vo) 3 veces al día o aciclovir 800 mg vía oral 5 veces al día o famciclovir 500 mg vo 3 veces al día**. La duración del tratamiento será de 7-10 días.

## DACRIOCISTITIS AGUDA<sup>2-10</sup>

### ETIOLOGÍA-DIAGNÓSTICO

La dacriocistitis aguda es una inflamación del saco y conducto nasolacrimal, ocasionada generalmente por *Streptococcus pneumoniae* y *Staphylococcus aureus*.

**Síntomas:** Comienzo brusco, dolor intenso, que se irradia a mitad de la cara, tumefacción rápidamente progresiva que fluctúa en pocos días. Si el canalículo no está obstruido refluye secreción purulenta cuando se presiona sobre el saco lacrimal. Puede acompañarse de fiebre, malestar general, adenopatía preauricular o submaxilar.

### TRATAMIENTO

**Amoxicilina-clavulánico** ( 500/125 mg / 8 horas vo ) o **cloxacilina 500 mg vo** durante 7 días, e **ibuprofeno 600 mg cada 8 horas vo** Se debe asociar antibiótico tópico (**gentamicina**) cada 6 horas. En algunos casos es preciso la incisión para drenar el material purulento.

## CELULITIS PRESEPTAL<sup>2-10</sup>

### ETIOLOGÍA-DIAGNÓSTICO-CLÍNICA

La celulitis preseptal es una infección de los tejidos subcutáneos anteriores al septo orbitario.

**Síntomas:** Dolor o molestias periorcarias con enrojecimiento ocular, en algún caso fiebre.

En el examen físico aparece eritema, edema, tumefacción palpebral, con aumento de la temperatura local, sin proptosis ni restricción en la motilidad extraocular, ni dolor en los movimientos oculares, datos muy importantes a la hora de diferenciarlos de la celulitis orbitaria.

**TRATAMIENTO** **Amoxicilina-clavulánico 500 mg cada 8 horas e ibuprofeno 600 mg cada 8 horas vo.**

## CELULITIS ORBITARIA <sup>2-10</sup>

### ETIOLOGÍA-DIAGNÓSTICO-CLÍNICA

La celulitis orbitaria es la causa más frecuente de proptosis en el adulto. Suele ser secundaria a algún proceso previo (sinusitis).

**Síntomas:** Fiebre, dolor e inflamación aguda ocular y palpebral. Exoftalmos, diplopía binocular debido a la restricción de motilidad.

### TRATAMIENTO

El paciente debe ser ingresado para administración de tratamiento antibiótico endovenoso.

INFECCIONES OFTALMOLÓGICAS		
ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO	Alternativa
<b>BLEFARITIS BACTERIANA</b>		
<i>S.aureus</i> <i>S.epidermidis</i>	Correcta higiene palpebral	Pomada tópica (clortetraciclina, eritromicina o cloranfenicol) cada 3-6 horas
<b>CONJUNTIVITIS BACTERIANA</b>		
<i>S.aureus</i> <i>S.epidermidis</i> <i>S.pneumoniae</i> <i>H.influenzae</i> , <i>M.lacunata</i>	Tobramicina, eritromicina o gentamicina colirio 3-6 veces al día + una pomada del mismo principio activo durante la noche 7 días.	
<b>HERPES SIMPLE</b>		
Virus del herpes simple	Aciclovir tópico 4-5 veces al día, colirios ciclopléjicos cada 12 horas + analgésicos si precisa	
<b>HERPES ZOSTER</b>		
Virus varicela zoster	Valaciclovir 1 g vo 3 veces al día. 7-10 días	Aciclovir 800 mg vo 5 veces al día o famciclovir 500 mg vo 3 veces al día. 7-10 días
<b>DACRIOCISTITIS AGUDA</b>		
<i>S.pneumoniae</i> <i>S.aureus</i>	Amoxicilina-clavulánico 500/125 mg / 8 horas 7 días + ibuprofeno 600 mg/ 8horas vo	Cloxacilina 500 mg/día vo 7 días
<b>CELULITIS PRESEPTAL</b>		
<i>S.aureus</i> <i>S.pneumoniae</i> <i>H.influenzae</i>	Amoxicilina-clavulánico 500 mg/8 horas vo + ibuprofeno 600 mg/8 horas	
<b>CELULITIS ORBITARIA</b>		
Secundaria a algún proceso previo (sinusitis)	Ingreso hospitalario para administración de tratamiento antibiótico endovenoso	

Denominamos parasitosis a la infestación por un parásito (ser vivo que vive a expensas de otro).

Los parásitos se dividen en dos grandes grupos:

- Unicelulares o protozoos
- Multicelulares: helmintos y artrópodos o ectoparásitos.

Cada uno de estos grupos tiene su propia clasificación con gran número de especies pero, se tratarán en este boletín sólo las más frecuentes en nuestro medio.

Todos los helmintos humanos son patógenos. De los protozoos lo son: todos los coccidios, *Entamoeba histolytica*, *Balantidium coli*, *Giardia lamblia* y *Dientamoeba fragilis*.

Las infecciones parasitarias son de distribución universal. En España aparecen en cuatro contextos diferentes:

- Enfermedades autóctonas
- Población autóctona que visita zonas tropicales
- Personas procedentes de zonas tropicales (inmigrantes- adopciones internacionales)
- Tránsito internacional de animales, alimentos u otros objetos

Las parasitosis pueden cursar sin sintomatología (portadores), con síntomas leves o con un cuadro clínico típico y característico. Esto dependerá del número, tamaño, actividad y toxicidad del parásito, de su situación en el huésped y de la respuesta inmune de éste.

El diagnóstico es clínico en algunas parasitosis (sarna, pediculosis...) y en otras ocasiones, ante lo poco específico de la clínica, precisa del examen parasitológico para filiar el agente causal (parasitosis intestinales) o de pruebas serológicas (toxoplasmosis).

La cantidad de parásitos (en cualquiera de sus formas: protozoos, huevos o larvas) que se elimina por heces, en el caso de parasitosis intestinales, varía enormemente en un mismo individuo, incluso de un día para otro por lo que se requieren varias muestras antes de poder informar un resultado como negativo. Tres muestras suelen ser suficientes, si bien determinados parásitos pueden requerir un número superior.

Si el paciente continúa con síntomas y persiste la sospecha clínica, se recogerán tantas muestras como fueran necesarias. Pueden corresponder a días consecutivos, aunque en general se recomienda la recogida en días alternos.

Es importante que se envíen al laboratorio con la mayor rapidez posible, pues los parásitos mueren pronto fuera del organismo y pueden obtenerse resultados falsos negativos.<sup>(12-14)</sup> Nunca deben conservarse en nevera o estufa porque a esas temperaturas se destruyen muchos parásitos.

## GIARDIASIS <sup>12-15</sup>

Es la infección intestinal por *Giardia lamblia*, un protozoo flagelado frecuente en nuestro medio. Se transmite por vía digestiva mediante agua, alimentos, moscas...o por relaciones sexuales oro-anales.

### CLÍNICA

A menudo es asintomática, sobre todo en adultos. Cuando produce clínica suele consistir en alteraciones intestinales, fundamentalmente diarrea pastosa y amarillenta por su alto contenido en grasa (puede tener moco, pero raramente sangre), náuseas, flatulencia y/o borborigmos. También puede llegar a producir un síndrome malabsortivo con esteatorrea y pérdida de peso y/o deshidratación.

### DIAGNÓSTICO

Se realiza fundamentalmente por la localización de los quistes de *Giardia* en las heces pero muchas veces son necesarias muchas muestras para lograr encontrarlos. Como el parásito se reproduce en duodeno, cuando existe sospecha clínica y las muestras son negativas, se recurre al análisis de una muestra de aspirado duodenal.

### TRATAMIENTO

En los países desarrollados deben tratarse siempre las giardiasis, aunque sean asintomáticas.

El tratamiento de elección es **metronidazol** 15mg/kg/día dividido en tres dosis durante 5-7 días (250 mg/8 horas en adultos) o bien **tinidazol** 50 mg/kg en monodosis (máximo 2 g tanto en adultos como en niños). En embarazadas es de elección la paromomicina 25-35 mg/kg/día dividido en tres dosis durante 7 días.

En caso de mantenerse la clínica debe hacerse nuevo estudio parasitológico y descartar inmunodeficiencia. Si persisten parásitos, asociar metronidazol y albendazol y si no se detectan, indicar dieta sin leche ni derivados durante un mes, pues puede haberse producido una intolerancia transitoria a la lactosa.

## OXIURASIS

Está producida por *Enterobius vermicularis* (oxiuro o "lombriz de los niños"), un helminto de la familia de los nematodos intestinales, que es el más ampliamente extendido. Se transmite por vía directa mano-boca principalmente, objetos personales, auto-infección o inhalación de polvo.

### CLÍNICA

Aunque buena parte de los infectados son portadores asintomáticos, la clínica más típica es el prurito de predominio nocturno e insomnio acompañado de astenia e irritación ocasionalmente. A veces la lombriz hembra

emigra a la vagina, útero o trompas, y produce una reacción inflamatoria local con granulomas o alteraciones urogenitales. Es rara la eosinofilia.

### DIAGNÓSTICO

El método más útil es el test de Graham: se coloca en el extremo de un depresor una cinta de papel adhesivo con la parte engomada hacia fuera. Por la mañana, antes de levantarse el explorado se separan las nalgas y se hace presión hacia ambos márgenes para que los huevos queden adheridos en el celo, que se pega en un portaobjetos para su estudio al microscopio.

### TRATAMIENTO

Es importante que el tratamiento se haga a todo el núcleo familiar, incluidos los asintomáticos para evitar reinfecciones.

Son de elección el **mebendazol** (10 mg) o **albendazol** (400 mg), pudiéndose usar como alternativa el **pamoato de pirantel** (11 mg/kg/día hasta máximo de 1 g), que es el más indicado en embarazadas. Cualquiera de los fármacos se usa en dosis única y se repite el tratamiento a las dos semanas.

El albendazol tópico puede usarse para disminuir el prurito anal.

Además del tratamiento del núcleo familiar, para evitar reinfecciones, hay que hacer lavado cuidadoso de manos y uñas, así como de ropa y sábanas con agua caliente. En niños institucionalizados pueden ser necesarios ciclos de tratamiento cada 3-4 meses.

## TENIASIS <sup>12-15</sup>

Producidas por las formas adultas de *Tenia saginata* o *Tenia solium*. Ambas son helmintos pertenecientes al grupo de los cestodos. La *Tenia solium* puede producir también en el hombre parasitación por formas larvianas, hablándose entonces de cisticercosis.

Se transmiten por la ingestión de carne, de vacuno o de cerdo, contaminada por cisticercos (formas larvianas de las tenias).

### CLÍNICA

Generalmente asintomáticas salvo por pequeñas molestias, abdominalgias en la zona de anclaje del parásito, con diarreas ocasionales o digestiones pesadas. Con frecuencia es la visión de proglótides lo que hace al paciente acudir alarmado al médico.

### DIAGNÓSTICO

Se establece mediante la demostración del parásito o sus huevos en las heces. En el examen macroscópico la *Tenia solium* elimina proglótides en cadena y la *Tenia saginata* elimina proglótides aisladas y contráctiles, como pepitas de calabaza.

En caso de remitirse al laboratorio deben enviarse en agua, no en alcohol.

## TRATAMIENTO

Aunque el tratamiento de elección es Praziquantel 10 mg/Kg en monodosis, en nuestro medio se usa el alternativo, **niclosamida** 2 g dosis única. Ninguno de ellos está disponible en nuestro país, por lo que hay que solicitarlos como medicamentos extranjeros a través de los Servicios de Farmacia de Atención Primaria mediante informe individualizado del caso.

En el caso de *Tenia solium*, por el peligro de que se liberen huevos viables a la luz intestinal con el tratamiento, que pudieran teóricamente producir cisticercosis, se administra un laxante como el sulfato de magnesio dos horas después del tratamiento.

También puede administrarse un antiémico previo para evitar regurgitación de huevos. Conviene hacer control en heces de huevos y proglótides a los 3-6 meses.

## ASCARIDIASIS <sup>12,14-16</sup>

Producida por *Ascaris lumbricoides*, un helminto de la familia de los nematodos intestinales. Se transmite por la ingestión de agua o alimentos contaminados.

### CLÍNICA

Aunque el gusano adulto vive en intestino delgado, parte de su ciclo larvario se desarrolla en los alveolos pulmonares, por lo que la clínica se puede producir a ambos niveles.

Entre los síntomas intestinales reviste especial gravedad la oclusión intestinal (por ovillos de parásitos), las lesiones hepática o vesicular (por migración del adulto por conducto biliar), peritonitis (por perforación intestinal) y la necrosis pancreática. La clínica respiratoria depende del grado de hipersensibilidad y en ella es frecuente la eosinofilia. El síndrome de Löfller se produce por la migración de larvas al pulmón y se caracteriza por tos, fiebre, eosinofilia e infiltrados pulmonares. Éstos son típicamente difusos, migratorios y transitorios. Es importante saber que desde la infestación hasta la aparición de huevos hay un periodo de más de dos meses, en los que no se podrá hacer el diagnóstico por muestra de heces.

### TRATAMIENTO

El de elección es **mebendazol** 100 mg/12 horas durante 3 días o 500 mg en dosis única, pudiendo usarse como alternativas el albendazol (400mg 1 dosis), pamoato de pirantel (11mg/Kg/día 1 dosis, máximo 1g) o ivermectina (12 mg 1 dosis).

## AMEBIASIS <sup>12-15</sup>

### ETIOLOGÍA

Es la enfermedad producida por *Entamoeba histolytica*, uno de los protozoos más frecuentes en nuestro medio junto a *Giardia lamblia*. Existen además otras amebas intestinales que se pueden aislar en ocasiones pero que no son patógenas y por tanto no requieren tratamiento (destacan en nuestro medio *Entamoeba coli* y *Endolimax nana*) y amebas extraintestinales (mucho más infrecuentes).

Se transmite por la ingesta de agua o alimentos contaminados y prácticas sexuales oro-anales.

### CLÍNICA

- Existen casos asintomáticos; la mayoría de ellos corresponden a *E. dispar* indistinguible morfológicamente de la *E. histolytica*.
- Afectación intestinal que suele incluir: abdominalgia intensa, diarreas con sangre y moco, úlceras de mucosa e incluso peritonitis por perforación de la misma, granulomas amebianos o colitis fulminantes.
- Afectación extraintestinal: Generalmente en forma de absceso hepático y mucho más raramente como neumonía o pleuritis amebiana, anemia, amebiasis genitourinaria, cutánea o cerebral.

La frecuencia relativa de estas tres formas de presentación es de 90:9:1.

### DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de amebiasis intestinal es sugerido por el cuadro clínico y epidemiológico y se confirma mediante la demostración de la *E. histolytica* en las heces o los tejidos. Hay que buscar de inmediato trofozoitos móviles en preparaciones en fresco de heces líquidas y semiformadas recientes. En ocasiones para llegar al diagnóstico hay que examinar 3-6 muestras de heces.

En los pacientes sintomáticos, la proctoscopia permite a menudo mostrar lesiones en la mucosa. Hay que efectuar siempre una aspiración de las lesiones y un examen del material aspirado en busca de trofozoitos.

El diagnóstico de amebiasis extraintestinal es más difícil. En general el examen de las heces es negativo y rara vez puede demostrarse la presencia de trofozoitos en material purulento. En algunos casos con sospecha clínica de absceso hepático amebiano el único método diagnóstico que tiene alguna utilidad es la administración de prueba con amebicidas. Las pruebas serológicas ofrecen resultados positivos en casi todos los enfermos con absceso hepático amebiano, y en más del 80% de los que tienen disentería amebiana aguda. Las pruebas con mayor grado de sensibilidad que se dispone son la hemaglutinación indirecta y la de inmovinización de tipo enzimático (ELISA).

## TRATAMIENTO

En las formas asintomáticas (sólo en *E.histolytica*) está indicado el tratamiento para evitar el desarrollo de formas invasivas y por la posibilidad de transmisión. Éste se hará con paromomicina 25-35 mg/kg/día dividido en tres dosis durante 7 días (500 mg/8 horas en adultos).

Como alternativas se pueden usar el fuorato de diloxanida 500 mg/8 horas 10 días o el lodoquinol 650 mg/ 8 horas 20 días.

La colitis amebiana se trata con metronidazol 35-50mg/kg/día dividido en tres dosis durante 7-10 días (750 mg/ 8 horas en adultos) seguido de paromomicina con las mismas dosis y duración que en el caso anterior.

Como alternativa al metronidazol se puede usar el tinidazol 50 mg/kg/día (con máximo de 2 g/día) durante tres días. Metronidazol y paromomicina no deben usarse simultáneamente, ya que la diarrea, efecto secundario frecuente de la paromomicina puede dificultar la valoración de la respuesta terapéutica.

Las formas extraintestinales son de tratamiento hospitalario y pueden necesitar cirugía.

Debe realizarse comprobación parasitológica de curación a las 2-4 semanas postratamiento.

## PEDICULOSIS 12-13,15-16

Es una parasitación cutánea producida por un insecto hematófago, el piojo. Los tres tipos de piojos que afectan al hombre tienen diferente localización, que les da nombre: *Pediculus capitis* parasita el cuero cabelludo, *Pediculus corporis* el cuerpo y *Pthirus pubis* o ladilla la zona genital.

La pediculosis capilar es con diferencia la más frecuente de ellas, especialmente en ambientes escolares, y se transmite por contacto directo fundamentalmente (más controvertido su posible transmisión por peines, sombreros...).

La pediculosis corporis es, a diferencia de la anterior, más frecuente en condiciones de mala higiene y se transmite por contacto directo o por ropas contaminadas. La pediculosis pubis se transmite por contactos sexuales básicamente.

## CLÍNICA

La clínica fundamental es en todos los casos el picor, pudiendo producirse además lesiones por rascado, sobreinfecciones secundarias, liquenificaciones...etc

La pediculosis capilar puede cursar en la mitad de los casos de forma asintomática, por lo que en ambientes epidémicos hay que revisar el cuero cabelludo de los contactos para frenar la transmisión mediante el tratamiento coordinado de todos los afectados.

En las ladillas es también típica la mácula cerulea: Mácula gris-azulada, producida por el depósito de hemosiderina en las capas profundas de la dermis como consecuencia de las sucesivas picaduras del piojo al alimentarse

## DIAGNÓSTICO

Es clínico mediante la exploración minuciosa del cuero cabelludo con lendreras, preferiblemente con cabello húmedo, para localizar el piojo adulto o bien sus huevos (liendres) adheridos al pelo. Las zonas más frecuentemente afectadas son la nuca y detrás de las orejas.

En el caso del *Pediculus corporis* es difícil verlo en el cuerpo, siendo más posible su localización en las costuras de la ropa.

Las ladillas son más redondeadas que los piojos de la cabeza y son difíciles de visualizar por confundirse con la propia piel, pero la clínica es bastante típica.

## TRATAMIENTO

Los pediculicidas disponibles en España son productos de parafarmacia no reembolsables por el SNS y se clasifican en tres grupos:

- Piretrinas naturales o aletrinas
- Organofosforados (malatión)
- Organoclorados (lindano)

Sólo se instaurará tratamiento con pediculicidas una vez confirmada la infestación activa, no siendo para nada recomendable su uso profiláctico. En el caso de *P. capitis* y *P. pubis* el tratamiento de elección es la aplicación de pediculicidas tópicos (junto a cepillado con lendreras en el primer caso), mientras que en *P. corporis* es prioritaria la desinfección de las ropas del individuo y la cama.

Todos los pediculicidas son eficaces frente al piojo adulto, pero ninguno ha demostrado capacidad ovicida completa, por lo que es recomendable repetir la aplicación a los 7-10 días de la primera.

En nuestro medio, parece que las piretrinas, en especial la permetrina, al 1% en loción o crema, en el caso de las pediculosis, constituye el tratamiento de elección por su mejor tolerancia. El malatión 0,5% en loción se utilizaría en caso de ineficacia o resistencia al anterior. Los productos en forma de champú no son eficaces, ya que el tiempo de contacto es escaso, se eliminan con el agua y la concentración final del insecticida es muy diluida.

El lindano ha visto cuestionada su utilidad por su toxicidad potencial, el elevado porcentaje de resistencias desarrolladas y disponerse de otros agentes de eficacia comparable y mayor seguridad. Muchas de las presuntas resistencias a los pediculicidas son realmente fallos de tratamiento por el empleo de métodos, dosis o tiempos de aplicación inadecuados, por lo que es importante instruir al paciente o su familia sobre el uso correcto de estos productos.

La escabiosis es una ectoparasitosis producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei*, que en su variedad hominis sólo afecta al hombre. Se transmite por contacto directo y prolongado, por lo que no es raro que aparezcan brotes familiares o en instituciones cerradas y que en ocasiones se trate de una enfermedad de transmisión sexual.

## CLÍNICA

Tras un periodo de incubación de 2-3 semanas, el síntoma cardinal es el picor intenso de predominio nocturno. En las formas más típicas se acompaña de la aparición de surcos acarinos y vesículas perladas: galerías elevadas que terminan en vesículas muy pequeñas de distribución característica. Puede verse el ácaro al final de la "madriguera".

Las zonas más afectadas son los espacios interdigitales y el dorso de la mano, cara flexora de muñecas y antebrazos, codos, axilas, surcos submamaros y pezones, cintura, nalgas, pliegue interglúteo y poplíteo y genitales.

Sin embargo, una buena higiene, el uso de corticoides, o las formas en niños pueden ser más atípicas y dificultar el diagnóstico (sarna oculta). No son raros los signos de infección bacteriana secundaria por las lesiones de rascado.

La sarna noruega suele ser una infección oportunista en pacientes con SIDA. Comienza a manifestarse como la sarna vulgar pero con disminución o ausencia de prurito.

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se establece por la presencia de las lesiones típicas. La visualización del ácaro, sus huevos o heces es definitiva.

Se puede buscar la típica "madriguera" e intentar sacar el parásito con una aguja humedecida con aceite. Se coloca el ácaro en un porta y se observa al microscopio (10 aumentos). También se puede raspar la lesión con un bisturí empapado en aceite y utilizar el material obtenido.

## TRATAMIENTO

Los escabicidas se aplican del cuello para abajo en toda la superficie corporal. En lactantes, casos graves, inmunodeprimidos y recurrencias se trata también el cuero cabelludo y la cara (excepto ojos, nariz y boca).

Actualmente el tratamiento de elección es la **permetrina** al 5% en crema por ser al menos igual eficaz que otros y con menores riesgos. Se recomienda aplicar por la noche después de una ducha, por todo el cuerpo, sobre todo pliegues, dejar actuar entre 8-14 horas y retirarla a la mañana siguiente. Aplicar de nuevo a la semana siguiente.

Como alternativas:

- Lindano solución al 1%, con posibles efectos secundarios raros pero graves, como convulsiones. No está indicada en embarazo, niños y lactancia.
- Azufre al 10% precipitado en petróleo. Es útil en la sarna noruega. El uso en embarazadas, madres lactantes y niños es seguro y efectivo.
- Ivermectina oral: es más eficaz que placebo y posee una eficacia similar a lindano. Es útil en la variante noruega de la sarna. Existe poca experiencia en niños y se comunicaron efectos adversos serios en ancianos. No debe usarse en lactantes, embarazadas ni ancianos.

Tan importante como tratar el caso es el tratamiento a la vez de todos los miembros sintomáticos de la familia (o compañeros de habitación y cuidadores si presentan síntomas en el caso de instituciones) y a los contactos sexuales.

También es fundamental lavar toda la ropa, sábanas y toallas a más de 60°C (si no es posible el lavado se puede sustituir por cerrarlo en una bolsa de plástico durante 9-10 días). Puede ser necesario tratamiento sintomático con una pomada de corticoide una vez realizada la terapia escabicida para aliviar el prurito y los eritemas y/o antihistamínicos al acostarse para aliviar el prurito.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.Harrison, Fauci, Braunwald et al. Principios de Medicina Interna 14 Ed. 2000 Editorial McGraw-Hill Madrid.
- 2.Vallés C, Batiz A. Párpados y sistema lagrimal. AMF 2006;2(9):509-513.
- 3.Atlas de Urgencia en Oftalmología Volumen I. Bengoa González A, Gutiérrez Díaz E, y Perez Blázquez E Eds. Editorial Glosa. 2001.2.
- 4.Palazón Saura P Capítulo 107 en Manual práctico de Medicina General Tomo II. Editado por la Sociedad Española de Medicina General. 1998.3.
- 5.Cilbeti Puche A y Lapeira Andraca M. Traumatismos oculares en Guía de Actuación en Atención Primaria 2ª edición SEMFYC 2002.4.
- 6.Rizo S, Rodríguez Pata N y Jiménez Guerra V. Oftalmología Volumen II sección 19 en Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia. Editado por Arribas JM. Madrid: Jayco Ed 2000.5.
- 7.Oftalmología General editada por Honrubia FM. ISBN: 84-607-3404-8.6.
- 8.Cañada Millán JL y Ruiz Casas D. Ojo rojo. AMF 2006; 2(9):503-508.7.
- 9.Saenz Madrazo N, Lao Llinás MD y Clariana Martín A. Urgencias oftalmológicas en Manual 12 de octubre 6º edición. Hospital Universitario 12 de octubre. Madrid. 2007. 8.
- 10.García CM y de Miguel Martín SB. Urgencias oftalmológicas. Capítulo 93 en Manual de Protocolos y actuación en urgencias para residentes. Coordinado por Julian Jiménez A. 2003. p 641-646.
- 11.Alvarez MV, Boquet E, de Fez I. Manual de técnicas en Microbiología Clínica. Madrid: Asociación Española de Farmacéuticos Analistas; 1990.
- 12.Pumarola A., Rodríguez- Torres A., García Rodríguez J.A., Piédrola Angulo G. Microbiología y Parasitología Médica. Ed. Salvat.1987.
- 13.Pérez Arellano J.L, Hernández-Cabrera M, Pisos-Álamo E, Carranza-Rodríguez C. Castillo de Vera M, Aparicio-Azcárraga P Tratamiento de las enfermedades parasitarias (I): Protozoosis. Información farmacoterapéutica del Sistema Nacional de Salud. Volumen 31. Nº 1/2007. [http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol31\\_1TratEnfParasitariasProt ozoosis.pdf](http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol31_1TratEnfParasitariasProt ozoosis.pdf)
- 14.López Alonso B, Beltrán Rosel A. Guías Clínicas Fisterra 2005; 5 (44). Disponible en <http://www.fisterra.com/guias2/parasitosis.asp>
- 15.Olarreaga M. Parasitosis intestinales. Manual de terapéutica en Atención Primaria. Capítulo 8.3. Departamento de Sanidad Comunidad Autónoma del País Vasco. 3ª Edición. Abril 2006. <http://www.hospitalcruces.com/documentos/aniversario/Manual%20TAP>
- 16.Pérez Arellano J.L, Hernández-Cabrera M, Pisos-Álamo E, Carranza-Rodríguez C. Castillo de Vera M, Aparicio-Azcárraga P. Tratamiento de las enfermedades parasitarias (II): Helmintosis y ectoparasitosis. Información farmacoterapéutica del Sistema Nacional de Salud. Volumen 31. Nº 2/2007. [http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol31\\_2HelmintosisEctoparasitosis.pdf](http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol31_2HelmintosisEctoparasitosis.pdf).
- 17.Rumoroso Cuevas M, Gutiérrez Pérez I. Niclosamida. Hoja de evaluación de Medicamentos II/2007. SCS. Disponible en [http:// www.scsalud.es/publicaciones o vindionet \(Farmacia/Boletines\)](http://www.scsalud.es/publicaciones o vindionet (Farmacia/Boletines)).
- 18.de la Cámara Gómez M, Méndez Naya B. Guías Clínicas Fisterra 2004; 4 (26). <http://www.fisterra.com/guias2/sarna.asp>.

<b>PARASITOSIS</b>		
<b>ETIOLOGÍA</b>	<b>TRATAMIENTO</b>	<b>Alternativas</b>
<b>GIARDIASIS</b>		
Giardia lamblia	Metronidazol 15 mg/kg/día en tres dosis 5-7 días adultos: 250 mg/ 8 horas	Tinidazol 50 mg/kg 1 dosis (máximo 2 g)
<b>OXIURASIS</b>		
Enterobius vermicularis	Mebendazol 10 mg o Albendazol 400 mg en dosis única	Pamoato de pirantel (11 mg/kg/día hasta máximo de 1g)
<b>TENIASIS</b>		
Tenia saginata Tenia solium	Niclosamida 2 g dosis única	
<b>ASCARIDIASIS</b>		
Ascaris lumbricoides	Mebendazol 100 mg/12 h 3 días o 500 mg 1 dosis	Albendazol 400 mg en dosis única (DO), Pamoato de pirantel 11mg/Kg/día DO, máximo1g o Ivermectina 12 mg DO
<b>AMEBIASIS</b>		
Entamoeba histolytica: asintomática	Paromomicina 25-35 mg/kg/día en tres dosis 7 días (500 mg/8 horas en adultos)	Fuorato de diloxanida 500mg/8 horas 10 días o el Iodoquinol 650 mg/ 8 horas 20 días
E. histolytica: Colitis amebiana	Metronidazol 35-50 mg/kg/d en tres dosis 7-10 días (750 mg/ 8 horas en adultos) + posteriormente Paromomicina 25-35 mg/kg/ día en tres dosis 7 días (500 mg/8 horas en adultos)	Tinidazol 50 mg/kg/día (máximo de 2 g/día) 3 días
<b>PEDICULOSIS</b>		
Pediculus capitis Pediculus corporis Pthirus pubis	Permetrina 1% loción o crema, en pediculosis.	Malation 0,5%
<b>SARNA</b>		
Sarcoptes scabiei	Permetrina crema 5%	Lindano solución 1%

### SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD

#### GERENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LOS SECTORES: SANTANDER-LAREDO / TORRELAVEGA-REINOSA

Avda. Cardenal Herrera Oria s/n  
Edificio anexo a la Residencia Cantabria 39011 SANTANDER  
Teléfono: 942 20 27 00 Fax : 942 20 34 04

Avenida del Besaya s/n 39300 TORRELAVEGA  
Teléfono: 942 83 50 50 Fax: 942 89 81 84  
**Vindionet (Farmacia/Boletines)**

ISSN: 1576-8295 .Dep Legal: SA 165-2000  
<http://www.scsalud.es/publicaciones/>