

VIII INFESTACIONES PARASITARIAS

DRA. ELIZABETH A. ABEL

Los ectoparásitos pueden causar enfermedades infecciosas de la piel muy pruriginosas. La detección temprana y el tratamiento adecuado pueden curar las infestaciones parasitarias y prevenir su diseminación a otras personas. Los padecimientos parasitarios más comunes de la piel en ambientes no tropicales son la escabiasis, ocasionada por ácaros, y la pediculosis capitis, pediculosis corporis y pediculosis pubis, ocasionadas todas éstas, por piojos.

Escabiasis

La escabiasis es causada por la infestación con *Sarcoptes scabiei*, un ácaro que penetra en la capa córnea de la piel, formando túneles en los cuales deposita sus huevos. La incidencia de la escabiasis sigue un ciclo de 30 años: 15 años de incidencia alta alternan con 15 de incidencia baja. Sin embargo, la pandemia actual ha durado más de 15 años.

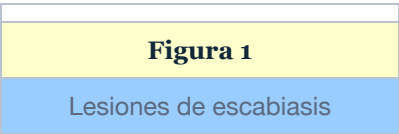
El organismo productor de la escabiasis no sobrevive por más de 48 horas fuera del huésped; por lo tanto, la transferencia de organismos de piel a piel es un modo de diseminación más importante que la exposición a ropa de cama o ropa de vestir contaminada. Fuera de las instituciones hospitalarias, la transmisión sexual es la causa de la mayoría de las infestaciones.¹

CUADRO CLINICO

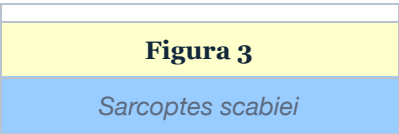
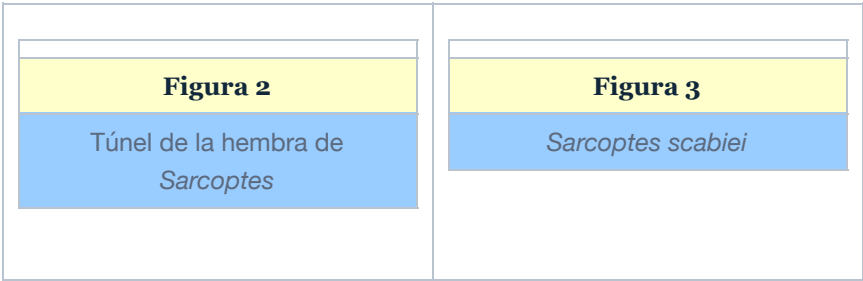
La escabiasis causa prurito severo, que por lo general empeora por las noches. Las áreas características de infestación en la escabiasis son los pliegues de los dedos, la porción anterior de la muñeca, las axilas, las nalgas y el ombligo; en el hombre el pene y el escroto, y en las mujeres las mamas y los pezones. Este padecimiento es más generalizado en lactantes y niños que en adultos.

El tipo y número de lesiones depende sobre todo del estado de inmunidad del huésped. Las lesiones casi siempre consisten en pequeñas pápulas eritematosas y vesículas con edema circundante y marcas de rascado [ver figura 1]. En ocasiones se observan lesiones nodulares que pueden simular histiocitosis X (granulomatosis de células de Langerhans) o linfoma, y que ocurren como una reacción de hipersensibilidad a las estructuras retenidas del ácaro. En personas con buenos hábitos de higiene hay menos lesiones, y el padecimiento puede enmascarse en las personas que emplean esteroides tópicos. En ocasiones se asocia una infección bacteriana secundaria. Las lesiones impetiginizadas son comunes,

en especial en niños y ancianos que se rascan en forma continua, excoriando las lesiones.



Con frecuencia, el túnel de la hembra de *Sarcoptes* puede verse como una línea irregular en el estrato córneo [ver figura 2]. El diagnóstico de escabiasis puede confirmarse realizando un raspado del túnel y examinando el material obtenido en busca del ácaro o sus huevos y heces [ver figura 3]. El diagnóstico es difícil de confirmar, o pasa desapercibido, en los estudios microscópicos de raspados de piel. El examen histopatológico de la piel puede ser diagnóstico si demuestra al ácaro o el túnel cutáneo superficial y su contenido.²



Se han descrito varias presentaciones atípicas de la escabiasis, en especial en personas con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). La escabiasis costrosa, que se describió originalmente en Noruega, se asocia con lesiones hiperqueratósicas diseminadas. Se ha observado en pacientes con desnutrición o deficiencia mental severa y en pacientes internados en asilos u hospitales. Este trastorno es muy contagioso por el gran número de ácaros que existen en la piel exfoliada, así como bajo las uñas.³ La escabiasis costrosa atípica se considera en la actualidad una infección oportunista en pacientes inmunosuprimidos, como los que tienen leucemia o linfoma y los que han sido sometidos a trasplantes de órganos.

Se ha descrito una forma exagerada de escabiasis con características clínicas poco usuales en cuatro pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).⁴ En estos pacientes la ocurrencia de lesiones papuloescamosas en los pliegues cutáneos recuerda a la distribución de las lesiones de la pitiriasis rosácea. No existieron lesiones en los sitios de afección habitual (muñecas, tobillos y áreas intertriginosas) en dos pacientes. Se requirieron múltiples aplicaciones de lindano, quizá por la gran población de ácaros y por la menor respuesta inmunológica. Es probable que la escabiasis atípica se considere como otra infección oportunista en los pacientes con SIDA.^{4,5}

En el tratamiento de la escabiasis pueden emplearse los siguientes agentes: lindano o hexacloruro de gama-benceno en loción o crema (Kwell, Gamene), benzoato de bencilo en solución al 20 por ciento;

crema de crotamitón (Eurax), y pomada de azufre al seis por ciento. Después de un baño o ducha el enfermo debe permitir que se seque la piel y entonces se aplica cualquiera de los agentes mencionados en todo el cuerpo, excepto en la cara y la piel cabelluda.

En un estudio realizado para determinar el número óptimo de horas que debe permanecer la loción de lindano al uno por ciento en contacto con la piel, se demostró que las aplicaciones durante seis horas fueron tan eficaces como las de 12 a 24 horas. Las aplicaciones durante dos horas se asociaron con menor porcentaje de curación.⁶ Por lo general no se requiere una segunda aplicación, pero puede administrarse una semana después. Además, todos los contactos deben ser tratados para disminuir el riesgo de reinfestación.

Se ha publicado toxicidad del sistema nervioso central con convulsiones después del tratamiento excesivo con lindano.^{7,8} Las reacciones tóxicas pueden presentarse en pacientes que tienen una mayor absorción en la piel; los lactantes y niños pequeños, que tienen una relación mayor de superficie de piel a volumen corporal que los adultos, son más susceptibles.

El permetrin, un piretroide sintético con baja toxicidad es una alternativa cosméticamente aceptable al tratamiento con lindano.⁹ Los piretrinos naturales, que derivan de los crisantemos, tienen más toxicidad y menos actividad insecticida que los piretroides sintéticos. El permetrin se aplica en una sola ocasión desde la cabeza a los pies a la hora de acostarse, y se lava a la mañana siguiente. El medicamento tiene baja toxicidad porque rápidamente se descompone en sus metabolitos activos.

Los piretrinos son eficaces en casos de escabiasis resistente a lindano. En un área endémica en Panamá, una comparación aleatoria entre crema de permetrin al cinco por ciento y loción de lindano al uno por ciento como tratamiento para escabiasis confirmada por microscopía, mostró mayor porcentaje de curación a las dos semanas con el permetrin (11 de 23 pacientes o 48 por ciento) que con el lindano (tres de 23 pacientes, o 13 por ciento).¹⁰ El bajo porcentaje de curación con lindano se atribuyó a su uso previo muy extenso en la comunidad para la pediculosis y la escabiasis.

También pueden ocurrir fracasos terapéuticos en casos de escabiasis impetiginizada o costrosa. En estas circunstancias se inicia primero tratamiento con antibióticos adecuados seguido de un escabicida una semana después.

En niños pequeños y en mujeres embarazadas es preferible el tratamiento con un medicamento alternativo como la crema de crotamitón o la pomada de azufre. En el manejo de los lactantes puede aplicarse pomada de azufre al seis por ciento en tres ocasiones: en el momento del diagnóstico, a las 24 horas y una semana después. Se ha empleado el azufre precipitado al seis por ciento en forma segura en lactantes, niños pequeños y mujeres embarazadas y lactando, sin toxicidad sistémica. Este medicamento es adecuado para los ancianos, en los que el lindano puede causar toxicidad neurológica.¹¹

En algunas ocasiones, después del tratamiento puede presentarse un prurito posescabiasis que no es

debido a una infestación activa y que puede persistir semanas a meses. Puede tratarse con un agente antiinflamatorio o antipruriginoso, como crema de hidrocortisona de baja o mediana potencia. Además, el tratamiento excesivo con escabicidas puede dar como resultado una dermatitis irritativa primaria que puede confundirse con una infestación persistente. El uso de emolientes y una crema esteroide, así como evitar los irritantes cutáneos puede disminuir la dermatitis.

Debe darse tratamiento a otros miembros de la familia así como a los compañeros sexuales, debido a que pueden ser portadores asintomáticos de la infestación. La escabiasis que ocurre en pacientes y personal de instituciones de asistencia puede ser difícil de diagnosticar y tratar. En estos casos es de gran importancia tratar a todos los contactos, así como a los familiares y a otros visitantes del enfermo. Todos los pacientes dentro de la institución deben ser revisados y es necesario coordinar el tratamiento simultáneo para todas las personas afectadas. En casos de escabiasis costrosa deben tratarse la cabeza y el cuello, así como las áreas subungueales, que pueden contener los ácaros.³

ESCABIASIS DE LOS ANIMALES

Este tipo de escabiasis es un padecimiento común entre los animales de granja y los animales domésticos, en especial los perros, en quienes el oído externo está a menudo infestado con ácaros específicos de la especie. Las personas que manejan animales infestados pueden desarrollar una erupción papular muy pruriginosa que difiere de la escabiasis ordinaria en varios aspectos. La distribución de las lesiones es atípica, hay afección de los muslos, el abdomen y los antebrazos, y casi no existen túneles. El curso de la enfermedad es autolimitado siempre y cuando no haya reexposición. No necesita darse tratamiento a los contactos intradomiciliarios debido a que la escabiasis de los animales no se transmite de humano a humano.

El ácaro *Cheyletiella* es un ectoparásito que reside en el pelo de perros, gatos y conejos. Las personas que manejan mascotas infestadas, en especial gatos, pueden sufrir una dermatitis causada por la mordedura del ácaro. Sin embargo, los ácaros no viven en los humanos, por lo que el diagnóstico requiere de un alto índice de sospecha. Las lesiones pueden ser pápulas urticarianas, vesículas o bulas localizadas en los brazos, tronco y piernas. Los casos son más frecuentes en el otoño o invierno. Una parte importante del tratamiento de la infestación por *Cheyletiella* es el tratamiento de las mascotas por un veterinario.¹²

Pediculosis

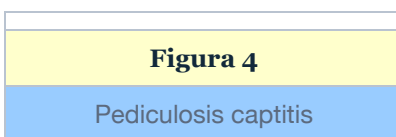
Las tres variedades de piojos que causan pediculosis son: *Pediculus humanus* var. *capitis* (piojo de la cabeza), *Pediculus humanus* var. *corporis* (piojo del cuerpo) y *Phthirus pubis* (piojo del pubis o ladillas). Las primeras dos formas se encuentran muy relacionadas entre sí; la tercera especie es diferente no sólo en su apariencia y localización en el cuerpo, sino también por su fijación característica a la piel por largos periodos de tiempo. Cualquier forma de pediculosis causa prurito intenso, que es agravado por el rascado y con frecuencia se complica con infección bacteriana secundaria.

La infestación más común es por pediculosis capitis, excepto en condiciones de hacinamiento y pobre higiene o en tiempos de guerra, cuando la pediculosis corporis se encuentra muy diseminada. Los piojos pueden transmitirse directamente de persona a persona o en forma indirecta a través de objetos personales contaminados, como peines y cepillos, ropa de cama y ropa de vestir. La pediculosis pubis suele transmitirse por vía sexual y sólo en ocasiones por contacto con fomites, como ropa de cama o inodoros.

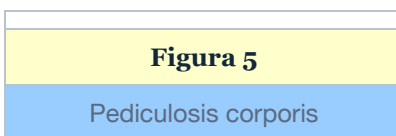
La historia natural de los piojos es importante debido a que su conocimiento puede sugerir medidas preventivas (ver adelante). La expectativa de vida del organismo es de casi un mes. Los huevos viven hasta 10 días, pero necesitan el calor del cuerpo del huésped para eclosionar. Por lo general se incuban en siete a ocho días, y los organismos alcanzan la edad adulta y adquieren su capacidad de reproducción sexual en tres a cuatro semanas. Los piojos pueden sobrevivir 48 horas sin alimentarse de sangre.

MANIFESTACIONES CLINICAS

La pediculosis capitis se limita al cuero cabelludo y es más prevalente en mujeres y niños. El examen de la cabeza puede demostrar los piojos, que se observan como puntos blancos apenas visibles a la vista normal, y los huevos de los piojos (liendres), que son blancos y están fijos a los cabellos [ver figura 4]. El cabello puede mancharse por el exudado y la infección secundaria de las lesiones, los ganglios cervicales pueden aumentar de tamaño y ser dolorosos.

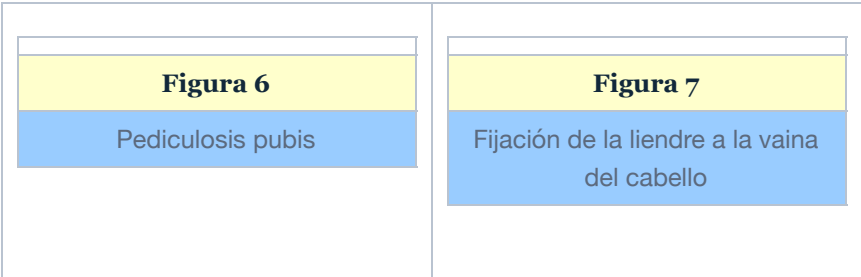


Pediculosis corporis, también llamada enfermedad de los vagabundos, afecta todas las áreas del cuerpo cubiertas por ropa. Los piojos viven en las costuras de la ropa y se fijan al cuerpo solo para comer [ver figura 5]. Las lesiones características incluyen máculas eritematosas y ronchas. Las lesiones son más frecuentes en los hombros, nalgas y abdomen, y en ocasiones se presenta furunculosis. Las excoriaciones y la infección secundaria son causadas por el rascado intenso. Después de que los huevos eclosionan, los organismos alcanzan la edad adulta en 10 días y completan su ciclo vital en alrededor de un mes. Los piojos adultos depositan alrededor de 10 huevos por día.



La pediculosis pubis, causada por la infestación con *P. pubis* [ver figura 6], tiende a limitarse al área

pública, pero en ocasiones afecta las axilas, pestañas u otras partes del cuerpo que tienen pelo. El examen demuestra los piojos fijos a la piel y los huevos fijos a los cabellos [ver figura 7]. Pueden observarse máculas azules que son causadas por la succión que hace el piojo de sangre desde la dermis en los muslos o el área púbica.



TRATAMIENTO

Uno de los remedios más empleados para la pediculosis en los Estados Unidos es el lindano al uno por ciento. Para el tratamiento de la pediculosis capitis se aplican 2 cucharaditas (30 ml) de shampoo en las áreas afectadas y adyacentes de la cabeza por lo menos durante cuatro minutos, y después se enjuaga en forma abundante y se seca. Las liendres adheridas pueden eliminarse con un peine delgado.

Existen también preparaciones eficaces para el tratamiento de la pediculosis capitis que no requieren de receta médica. De acuerdo con un estudio, el shampoo de lindano no ofreció ventajas en términos de ovicidad o actividad pediculicida en comparación con varios productos piretrinos, incluyendo RID, aerosol R&C y A-200.¹³ Todas las preparaciones comerciales son aceptables desde el punto de vista cosmético y requieren solo 10 minutos para aplicarse. Basándose en estudios in vitro, se recomienda repetir el tratamiento en siete a 10 días porque el tratamiento inicial no destruye todos los huevos. La crema para enjuague de permetrin (Nix) también es eficaz para el tratamiento de la tiña capitis.¹⁴

Para tratar las áreas del cuerpo infestadas por *P. pubis*, debe tomarse antes un baño o regaderazo y secarse la piel con una toalla. Se aplica una onza de crema o loción de lindano en las áreas afectadas y circundantes y se deja de 12 a 24 horas. Después se toma otro baño y se cambia la ropa, las sábanas y las toallas. Rara vez se requiere una segunda aplicación, pero si continúa la infestación, se aplica una semana después. El lindano no debe aplicarse a la cara y los párpados porque es irritante. La infestación de las pestañas puede tratarse con la aplicación local de pomada oftálmica de fisostigmina al 0.25 por ciento. Una alternativa para la infestación de los párpados que también es eficaz y no es irritativa es la aplicación de petrolato en capa gruesa dos veces al día, seguida de la remoción mecánica de las liendres.

Pueden presentarse complicaciones neurológicas debido a la absorción del lindano después de su aplicación tópica extensa o prolongada [ver antes, Escabiasis]. Por esta razón es preferible usar los tratamientos alternativos en los lactantes, quienes son más susceptibles, en los niños pequeños y en las mujeres embarazadas. No se han informado efectos colaterales serios por el uso de lindano para la

pediculosis de la cabeza.

Un pediculicida considerablemente menos tóxico que el lindano en experimentos en animales es una combinación de piretrinas con betóxido de pepironil (RID o A-200). Sin embargo, este agente irrita los ojos y las mucosas, y también puede causar dermatitis alérgica por contacto en individuos susceptibles.

Deberá examinarse con cuidado a todos los miembros de la familia en busca de pediculosis y, si es necesario, deberán ser tratados para evitar la diseminación o la reinfección de individuos previamente tratados. En el caso de la pediculosis pubis, los contactos sexuales deberán examinarse y tratarse. Debido a que la incidencia de otras enfermedades transmitidas por contacto sexual de personas infestadas con *P. pubis* puede ser hasta de 38 por ciento,¹⁵ por lo general se realiza una prueba serológica para sífilis como medida de escrutinio. Para evitar la diseminación, la ropa contaminada y otros artículos deberán hervirse, lavarse a máquina en agua caliente, secarse usando un ciclo de calor de 20 minutos o lavarse en seco. Las prendas lavables, como peines y cepillos pueden ser limpiados con shampoo medicinal o remojados en Lysol al cinco por ciento. Para erradicar a *P. corporis*, la ropa del paciente deberá ser sujeta a las mismas medidas de descontaminación que se mencionaron en el párrafo sobre *P. pubis*. Una plancha caliente aplicando presión, sobre todo en las costuras de la ropa también puede emplearse para matar a *P. corporis*. Para la infección bacteriana secundaria concomitante, como furunculosis o impétigo, deberán prescribirse antibióticos sistémicos; cualquiera de estas infecciones ocurre con frecuencia en la pediculosis capitis.

Otras infestaciones

MIASIS

Las miasis son causadas por las larvas de las moscas del orden Diptera. Las larvas pueden invadir la piel de modo primario o implantarse en forma secundaria en una herida existente.¹⁶ Muchas especies del género *Cuterebra* pueden causar miasis, pero en Norteamérica, *C. cuterebra* y *C. dermatobia* provocan infestaciones cutáneas.

Las lesiones de la piel consisten en nódulos únicos o múltiples en la porción superior del tronco, que por lo general no cicatrizan. Las lesiones pueden diagnosticarse de modo equívoco como celulitis, furúnculos o quistes sebáceos. Las miasis se reportan con cierta frecuencia en viajeros a áreas endémicas como Centro y Sudamérica, y las regiones tropical y subtropical de África. Las medidas preventivas incluyen el uso de repelentes de insectos y de ropa protectora para evitar las picaduras de los mosquitos, además de evitar el contacto directo de la piel con arena que pueda estar infestada con huevos.

El padecimiento se trata en forma eficaz removiendo la larva a través de una incisión y drenando. Se prescriben antibióticos para la infección bacteriana secundaria. Se ha sugerido la oclusión con agentes como parafina líquida, jalea lubricante e incluso la porción grasa del tocino crudo para causar sofocación de la larva o migración de la misma de la herida.¹⁷

LARVA MIGRANS CUTANEA

La larva migrans cutánea es causada por la penetración y migración de larvas de uncinarias (por lo general *Ancylostoma duodenale*) a través de la piel. Los pacientes suelen ser viajeros que regresan de la orilla del mar en áreas tropicales y suelen acudir al dermatólogo por lesiones pruriginosas en la piel. Se afectan sobre todo el abdomen o los pies, con una erupción característica que consiste en una o varias líneas eritematosas a serpiginosas. El tratamiento incluye tiabendazol por vía oral, 25 a 60 mg/kg de peso corporal durante solo dos a cuatro días. Este medicamento puede causar efectos adversos como cefalea, náusea y vómito. El albendazol por vía oral permite un alto porcentaje de curación si se administra en dosis de 400 mg durante cinco días consecutivos. Se ha reportado que el ivermectin por vía oral es eficaz en una sola dosis de 150 a 200 microg/kg.¹⁸

ERUPCION DEL BAÑISTA

La erupción del bañista, también conocida como piojo del mar por el vulgo, es una dermatitis pruriginosa aguda que ocurre en las primeras 24 horas después de la exposición al mar y se resuelve en forma espontánea en tres a cinco días.¹⁹ Las lesiones afectan las áreas de la piel cubiertas por el traje de baño, en especial si están sometidas a presión o fricción, como la cintura, las axilas, el cuello y la porción interna de los muslos. Se ha identificado a la larva de la medusa dedal *Linuche unguiculata*, que es arrojada a las playas por las corrientes marinas, como la causa de esta erupción en el sur de Florida y el Caribe. Se piensa que brotes semejantes en Long Island, New York, son ocasionadas por la larva de *Edwardsiella lineata*, aunque está pendiente la confirmación serológica.²⁰

El tratamiento es sintomático e incluye antihistamínicos, agentes antipruriginosos tópicos y esteroides.

PRURITO DEL NADADOR

La dermatitis cercariana, conocida como prurito del nadador, es causada por un esquistosoma de las aves, *Microbilharzia variglandis*. La erupción cutánea aparece alrededor de 12 horas después del contacto con el agua de mar como una dermatitis papulovesicular pruriginosa en los sitios de piel expuestos.²¹ La respuesta inflamatoria se atribuye a la penetración dermatológica por la cercarias, que son larvas de *M. variglandis* y otros esquistosomas de las aves que están libres en el agua. El tratamiento es sintomático e incluye antihistamínicos, agentes antipruriginosos tópicos, esteroides tópicos y antibióticos para la infección bacteriana agregada.

INFESTACIONES POR PULGAS

Las pulgas son ectoparásitos que se alimentan de sangre, de pequeño tamaño (alrededor de 3 mm) y sin alas, que pertenecen al orden de los insectos Siphonaptera. Tienen importancia desde el punto de vista médico porque son vectores de enfermedades infecciosas, pero también pueden causar síntomas

cutáneos significativos, en especial si se asocian con una reacción alérgica de hipersensibilidad, como la observada en la urticaria papular. Existen alrededor de 250 especies de pulgas, 20 de las cuales pueden infestar a humanos. Dos especies comunes que infestan a gatos y perros son *Ctenocephalides felis* y *C. canis*. No tienen especificidad por el huésped, por lo que también infestan humanos. *Pulex irritans*, la pulga de la casa, infesta a humanos y no constituye un problema para las mascotas. Las mordeduras de pulga se observan como pápulas eritematosas y edematosas con una punta hemorrágica, que se localizan en racimos o grupos sobre las extremidades inferiores, en especial en los tobillos. En ocasiones pueden aparecer vesículas y bulas, así como lesiones urticarianas de gran tamaño. Puede ocurrir impetiginización secundaria por el rascado.²²

Las pulgas son difíciles de erradicar por su ciclo de vida impredecible, que consiste en una etapa de huevo, larva, pupa y adulta. Los huevos son depositados en el huésped, pero pueden caer al suelo, en tapetes, camas de mascotas y muebles, así como en las grietas del piso. En dos a 21 días los huevos eclosionan liberando las larvas. La larva cambia de fase en dos ocasiones, y en el tercer estado desarrolla un capullo, en donde se convierte en pupa. En un lapso que varía entre siete días a un año o más, emerge el adulto, dependiendo de varios factores desencadenantes (v.gr., vibración causada por una mascota o humano cercano). El ciclo de vida del huevo al adulto puede ser de 14 a 21 días en condiciones ideales, o de hasta 20 meses.²²

Para erradicar las pulgas es necesario consultar con un veterinario. Las mascotas deben ser tratadas más de una vez para destruir los huevos, larvas y pupas, así como las pulgas residuales. Debe combinarse un aerosol doméstico contra pulgas con la fumigación de la casa. El procedimiento de exterminio adecuado incluye la limpieza de los muebles y de los tapetes o alfombras (al vacío o con vapor). Deben eliminarse los detritos orgánicos y aplicarse aerosol en los patios.

El tratamiento de las mordeduras por pulgas consiste en compresas de agua fría, aplicación de una crema esteroide y una loción antipruriginosa, y antihistamínicos orales en caso de una reacción de hipersensibilidad. Los antibióticos sistémicos son adecuados si existe infección bacteriana agregada.

LEISHMANIASIS CUTANEA Y MUCOCUTANEA

Existen diversas lesiones cutáneas asociadas con las formas cutánea y mucocutánea de la leishmaniasis. Este padecimiento es causado por un parásito intracelular obligado que se introduce al organismo por la mosca de arena *Phlebotomus*. *Leishmania braziliensis* es la causa más frecuente de leishmaniasis americana o del nuevo mundo, mientras que *L. donovani* causa la leishmaniasis del viejo mundo, que es endémica en Asia y el oeste de Africa.

La leishmaniasis cutánea, que es la forma inicial o primaria de la enfermedad, aparece como una lesión única y localizada que afecta la boca y la nariz. Una pequeña pápula se transforma en un nódulo que se vuelve verrucoso o se ulcera. En la mayoría de los casos ocurre cicatrización espontánea con una cicatriz atrófica. Después de un periodo de meses a años, puede desarrollarse la forma secundaria de la

enfermedad, mucocutánea, dependiendo de los factores inmunológicos del huesped. Las lesiones en esta fase causan desde edema de los labios y nariz hasta perforación del tabique nasal. En los pacientes inmunosuprimidos con defecto en la función de las células T puede ocurrir una forma rara de leishmaniasis cutánea diseminada, que se caracteriza por nódulos múltiples que recuerdan a la lepra lepromatosa.

El diagnóstico diferencial incluye varios trastornos inflamatorios y neoplásicos, incluyendo carcinoma de células epidermoides. El diagnóstico se realiza por medio de una biopsia de piel con examen histopatológico. El tratamiento consiste en la administración de un compuesto pentavalente de antimonio, como el estibogluconato de sodio.

Ilusiones de parásitos

Los pacientes con ilusiones de parasitosis refieren que ácaros, insectos, piojos, pulgas, gusanos u otros organismos infestan su piel y producen una sensación de prurito, picazón o caminar en la piel.²⁴ Pueden tener excoriaciones o inflamación de la piel y erosiones compatibles con una dermatitis facticia. Con frecuencia los enfermos llevan al consultorio frascos con pelusa, cabellos, pedazos de piel, fibras u otros detritos para su examen. A pesar de la falta de evidencia objetiva de la infestación (incluyendo resultados negativos al examen clínico, examen microscópico de raspados de piel y biopsia de la misma), las ilusiones persisten. Los trastornos psiquiátricos asociados con este problema varían desde estados fóbicos obsesivos o reacciones de ansiedad hasta psicosis franca con depresión y paranoia. No es raro que la ilusión sea compartida por el esposo y otros miembros de la familia. El paciente suele funcionar de manera muy organizada en otros aspectos de su vida. Es típico que estos pacientes se resistan a la consulta psiquiátrica.

Reconocimientos

La edición previa fue escrita por las Dras. Elizabeth A. Abel y Eugene M. Farber

Bibliografía

1. Van Neste DJJ: Human scabies in perspective. Int J Dermatol 27:10, 1988

2. Head ES, Macdonald EM, Ewert A, et al: *Sarcoptes scabiei* in histopathologic sections of skin in human scabies. Arch Dermatol 126:1475, 1990
3. Holness DL, DeKoven JG, Nethercott JR: Scabies in chronic health care institutions. Arch Dermatol 128:1257, 1992
4. Sadick N, Kaplan MH, Pahwa SG, et al: Unusual features of scabies complicating human T-lymphotropic virus type III infection. J Am Acad Dermatol 15:482, 1986
5. Orkin M: Scabies in AIDS. Semin Dermatol 12:9, 1993
6. Taplin D, Rivera A, Walker JG, et al: A comparative trial of three treatment schedules for the eradication of scabies. J Am Acad Dermatol 19:550, 1983
7. Schultz MW, Gomez M, Hansen RC, et al: Comparative study of 5% permethrin cream and 1% lindane lotion for the treatment of scabies. Arch Dermatol 126:167, 1990
8. Tenenbein M: Seizures after lindane therapy. J Am Geriatr Soc 39:394, 1991
9. Taplin D, Meinking TL: Pyrethrins and pyrethroids in dermatology. Arch Dermatol 126:213, 1990
10. Taplin D, Meinking TL, Porcelain SL, et al: Permethrin 5% dermal cream: a new treatment for scabies. J Am Acad Dermatol 15:995, 1986
11. Maibach HI, Surber C, Orkin M: Sulfur revisited (letter). J Am Acad Dermatol 28:154, 1990
12. Lee BW: *Cheyletiella* dermatitis: a report of fourteen cases. Cutis 47:111, 1991
13. Meinking TL, Taplin D, Kalter DC, et al: Comparative efficacy of treatments for pediculosis capitis infestations. Arch Dermatol

14. Taplin D, Meinking TL, Castillero PM, et al: Permethrin 1% creme rinse for the treatment of *Pediculus humanus* var *capitis* infestation. *Pediatr Dermatol* 3:344, 1986
15. Fisher I, Morton RS: *Phthirus pubis* infestation. *Br J Vener Dis* 46:326, 1970
16. Burnett JW: Myiasis. *Cutis* 46:51, 1990
17. Brewer TF, Wilson ME, Gonzalez MD, et al: Bacon therapy and furuncular myiasis. *JAMA* 270:2087, 1993
18. Caumes E, Carriere J, Datry A, et al: A randomized trial of ivermectin versus albendazole for the treatment of cutaneous larva migrans. *Am J Trop Med Hyg* 49:641, 1993
19. Tomchik RS, Russell MT, Szmant AM, et al: Clinical perspectives on seabather's eruption, also known as "sea lice." *JAMA* 269:1669, 1993
20. Freudenthal AR, Joseph PR: Seabather's eruption. *N Engl J Med* 329:542, 1993
21. Cercarial dermatitis outbreak at a State Park-Delaware, 1991. *JAMA* 267:2581, 1992
22. Hutchins ME, Burnett JW: Fleas. *Cutis* 51:241, 1993
23. Sanguenza OP, Sanguenza JM, Stiller MJ, et al: Mucocutaneous leishmaniasis: a clinicopathologic classification. *J Am Acad Dermatol* 28:927, 1993
24. Driscoll MS, Rothe MJ, Grant-Kels JM, et al: Delusional parasitosis: a dermatologic, psychiatric, and pharmacologic approach. *J Am Acad Dermatol* 29:1023, 1993

Figuras



Figura 1 Lesiones de escabiasis Las lesiones típicas de la escabiasis son pápulas y vesículas eritematosas pequeñas, con edema circundante.



Figura 2 Túnel de la hembra de Sarcoptes El túnel de la hembra de Sarcoptes aparece con frecuencia como una línea irregular de algunos milímetros hasta unos cuantos centímetros de largo en el estrato córneo.



Figura 3 Sarcoptes scabiei La observación de Sarcoptes scabiei o de sus huevos y heces confirma el diagnóstico de escabiasis. Imagen con aumento de 400 veces.



Figura 4 Pediculosis capitis La pediculosis capitis es debida a la infestación de la piel cabelluda con *Pediculus humanus var. capitis* . Imagen con aumento de 10 veces.



Figura 5 Pediculosis corporis La pediculosis corporis es causada por la infestación con *Pediculus humanus var. corporis* , que vive en las costuras de la ropa.



Figura 6 Pediculosis pubis La pediculosis pubis, también llamada ladilla, se debe a la infestación con *Phthirus pubis* . Imagen con aumento de 100 veces.



Figura 7 Fijación de la liendre a la vaina del cabello En un paciente con pediculosis pubis se observan piojos adheridos a la piel y huevos de piojos adheridos a las vainas de los cabellos.