

**Universidad del sureste**  
**Campus: Tuxtla Gutiérrez**

**Nombre: Frida Citlali Hernández Pérez**

**Materia: Neurología**

**Docente: Dr. Saul Peraza Marin**

**Tema: Prrincipales enfermedades ectoparasitarias**

Unidad 4

Medicina humana

6to semestre

**Objetivo: Conocer las principales enfermedades ectoparasitarias en nuestro medio y reconocer manifestaciones clinicas de estas.**

**FECHA: 01/07/2022**

## Indice

Introducción.....2

Pediculosis.....3

Sarna.....3-4

Miosis y tungiasis.....5-6

## Introducción

Cuando hablamos de ectoparasitos nos referimos a patógenos que generalmente afectan capas superficiales de la piel. Generalmente nos referimos como ectoparasitos a los miembros pertenecientes al filo arthropoda, este incluye a los piojos, pulgas, moscas, garrapatas y ácaros. Las enfermedades causadas por ectoparasitos también están relacionadas al estado socioeconómico, ya que existe una mayor prevalencia en entornos con escasos recursos. Los ectoparasitos pueden dañar la salud de los seres humanos ya sea de manera directa o indirecta; la forma directa es mediante la alimentación, alojamiento, entrada y su reproducción en la piel, así mismo como la succión de sangre o fluidos; de manera indirecta como la transmisión de enfermedades infecciosas e incluso algunos pueden llegar a inyectar toxinas. Las principales enfermedades y las que son de mayor importancia médica son la sarna, pediculosis, tungiasis y miasis

# Pediculosis

Conjunto de tres infestaciones diferentes en seres humanos (del cuero cabelludo, del cuerpo y del pubis) con dos especies de piojos hematófagos: *Pediculus humanus* var. *capitis* o *corporis* y *Phthirus pubis*. La transmisión de piojos en el cuero cabelludo es principalmente por contacto entre las cabezas, más que por fómites, y los piojos del cuerpo, o pediculosis *corporis*, se transmiten principalmente por contacto corporal de igual forma más que por fómites. Los piojos del cuero cabelludo afectan principalmente a los niños en edad escolar; los piojos del cuerpo afectan principalmente a indigentes, personas reclusas en centros, personas sin techo, refugiados e inmunocomprometidos. El diagnóstico se basa en la observación clínica de piojos adultos vivos, ninfas y huevos viables o liendres. Actualmente también podemos recurrir a la dermatoscopia. Para su tratamiento se necesita una combinación de fármacos que sean pediculicidas por vía tópica u oral (ivermectina) y la retirada física de las liendres viables con un peine mojado. La farmacoterapia debe iniciarse con pediculicidas menos tóxicos, como las piretrinas. Los preparados de ivermectina tópicos u orales deben reservarse para los casos resistentes a las piretrinas.



FIGURA 294-1 Vista dorsal de un piojo del cuerpo humano, *Pediculus humanus* var. *corporis*. (De los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades CDC, Atlanta, GA. CDC Public Health Image Library, imagen 5204.)



FIGURA 294-3 Imagen ventral ampliada de un piojo del pubis c *Phthirus pubis*. (De los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades CDC, Atlanta, GA. CDC Public Health Image Library, imagen 4177.)



FIGURA 294-4 Liendre o huevo de piojo del cuero cabelludo sin desarrollo, *Pediculus humanus* var. *capitis*, adherido al tallo de un pelo. Obsérvense los puntos rojos de los ojos del embrión de nit en desarrollo. (De los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades CDC, Atlanta, GA. CDC Public Health Image Library, imagen 378.)

# Sarna

La escabiosis es la infestación de la piel causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*, un parásito humano obligado que vive en túneles que excava en el estrato córneo. Esta enfermedad se transmite fácilmente de una persona a otra por contacto físico; es probable que la transmisión también ocurra a través de animales y objetos inanimados. El factor de riesgo más importante son las situaciones de hacinamiento (colegios, refugios, barracas militares y algunos hogares); no existe una asociación clara con una higiene deficiente. La sarna se da en todo el planeta y en los dos sexos, a todas las edades y en todos los grupos étnicos y socioeconómicos. La sarna es hiperendémica en los países en desarrollo, especialmente en el África subsahariana, India, las regiones aborígenes del norte de Australia y las islas del sur del Pacífico, especialmente las Islas Salomón. La sarna encostrada o noruega se contagia mucho en el entorno hospitalario. El período de incubación en el hombre, desde la infección inicial al desarrollo de síntomas, es de 3-6 semanas en las infecciones iniciales y de tan sólo 1-3 días en las reinfecciones, como



consecuencia de la sensibilización previa a los antígenos del ácaro.

En la **sarna clásica** al inicio, aparecen pápulas eritematosas en los espacios interdigitales, superficies de flexión de la muñeca y el codo, pliegues axilares, alrededor de la cintura o en la región inferior de los glúteos. Las pápulas pueden afectar cualquier otra parte del cuerpo, incluidos las mamas y el pene. La cara no se ve comprometida en los adultos. Los túneles o surcos, en general en muñecas, manos o pies, son patognomónicos de la enfermedad y se manifiestan como líneas finas, onduladas y ligeramente descamadas de varios milímetros a 1 cm de longitud. En ocasiones, es posible observar una pápula oscura pequeña (el ácaro) en uno de los extremos. En la escabiosis clásica, la persona afectada por lo general sólo tiene 10 a 12 ácaros. A veces se produce una infección bacteriana secundaria.



La **sarna costrosa** (sarna noruega) se debe a una respuesta inmunitaria inadecuada por parte del huésped, lo que permite la proliferación de los ácaros hasta alcanzar incluso millones. Aparecen parches eritematosos descamativos en las manos, pies, y cuero cabelludo, que pueden diseminarse.

La **escabiosis nodular** es más frecuente en lactantes y en niños pequeños y puede deberse a hipersensibilidad a estos organismos retenidos. Presenta nódulos eritematosos de 5 a 6 mm, y afecta la ingle, genitales, pliegues axilares y glúteos. Los nódulos son reacciones de hipersensibilidad y pueden persistir durante meses después de la erradicación de los ácaros.



El diagnóstico de la sarna se hace a partir de consideraciones epidemiológicas y de observaciones clínicas. En el tratamiento parece que la permetrina al 5% y la ivermectina oral son los más eficaces para la sarna clásica individual. Para el tratamiento de la sarna encostrada (noruega) puede ser preciso combinar varios sarnicidas potentes con permetrina al 5% tópica e ivermectina oral, especialmente en comunidades de alto riesgo y en brotes en centros.

## Miasis y Tungiasis



La **miasis** es una infestación ectoparasitaria de los tejidos viables o necróticos por larvas de dípteros de moscas de especies superiores. La miasis forunculoide es la manifestación clínica más habitual de la miasis y se da cuando una o más larvas de mosca penetran en la piel y causan lesiones pustulosas que parecen diviesos o forúnculos. Los síntomas típicos de la miasis forunculosa son el prurito, una

sensación de movimiento y, en ocasiones, dolor lacerante. La lesión inicial puede ser parecida a una picadura de un artrópodo o un forúnculo bacteriano, aunque puede distinguirse por la presencia de un punto central con drenaje sanguinolento; a veces, es posible observar una pequeña parte del extremo terminal de la larva. Las lesiones por *D. hominis* son más comunes en la cara, el cuero cabelludo y las extremidades, mientras que las de *C.*



*anthropophaga* tienden a ocurrir en áreas que están cubiertas por la ropa y aparecen en la cabeza, el cuello y la espalda. Las larvas necesitan oxígeno atmosférico para sobrevivir, de manera que la oclusión de la herida puede hacer que desaparezcan o que, por lo menos, se acerquen más a la superficie y facilitar así su eliminación manual. Hay varios métodos de oclusión; entre los más frecuentes se hallan el uso de vaselina, esmalte de uñas, panceta o una pasta de tabaco. No obstante, las larvas que mueren durante la oclusión son difíciles de extraer y suelen desencadenar una reacción inflamatoria intensa. Las larvas se pueden extraer a través de una pequeña incisión. La ivermectina por vía oral (200 mcg/kg, 1 sola dosis) o tópica, puede eliminar las larvas o inducir su migración.

La **tungiasis** es una infestación cutánea dolorosa por la pulga hembra grávida *Junga* que se suele observar en los pies pero también en cualquier otra zona donde la piel desnuda entre en contacto con suelo que contenga estas pulgas grávidas. El ciclo vital del parásito es similar al de otros artrópodos y dura aproximadamente un

mes, durante el cual la tunga pasa por cuatro estadios biológicos: huevo, larva, pupa y adulto. La tunga suele parasitar los pies (talón, plantas, espacios interdigitales y zonas subungueales y periungueales) de quienes caminan descalzos en suelos arenosos o secos de tierra. Menos frecuentemente puede afectar otros sitios del cuerpo, como glúteos, tronco o manos. La tungiasis, al examen físico, se presenta con una tríada clínica: 1) punto negro central que corresponde a la cloaca; 2) alrededor de él, un halo translúcido que corresponde al abdomen lleno de huevos y 3) hiperqueratosis



periférica que corresponde a una reacción por cuerpo extraño de la piel circundante. El diagnóstico diferencial de la tungiasis comprende infecciones cutáneas bacterianas (impétigo), paroniquia bacteriana y micótica, dermatitis por cercarías, picaduras de hormigas rojas, foliculitis y sarna. Las complicaciones de la tungiasis comprenden septicemia, abscesos, fisuras, pérdida del dedo (o de la uña), úlceras necróticas, osteomielitis y, en ocasiones, amputación espontánea de los dedos del pie y, con menor frecuencia, de la mano. El tratamiento de la tungiasis comprende la extracción de las pulgas inmediatamente con agujas o curetas estériles, administración de profilaxis antitetánica y tratamiento de las infecciones secundarias de la herida con los antibióticos tópicos u orales apropiados.

### **Bibliografías:**

Bennett, J., Dollin, R & Blaser, M.. (2016). Enfermedades infecciosas. España: ELSEVIER.

Hoon, K., Fernández, M. & Bujan, M.. (2011). Tungiasis. Presentación de un caso clínico. Arch Argent Pediatr , Vol. 4, pp. e8-e84.

Guerrero, A. (2016). Miasis cutánea. ELSEVIER , Vol. 23, pp. 34-35.