



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PRESENTA

Lucía Guadalupe Zepeda Montúfar

SEXTO SEMESTRE EN LA LICENCIATURA DE MEDICINA HUMANA

TEMA: “Las principales enfermedades producidas por ectoparásitos en nuestro medio”.

ACTIVIDAD: Monografía

ASIGNATURA: Enfermedades infecciosas

UNIDAD IV

CATEDRÁTICO: Dr. Saúl Peraza Marín

TUXTLA GUTIÉRREZ; CHIAPAS A 28 DE JUNIO DEL 2022

Contenido

INTRODUCCIÓN	2
DESARROLLO	2
ESCABIOSIS O SARNA HUMANA	2
ESCABIOSIS CLÁSICA	3
ESCABIOSIS COSTROSA	4
PEDICULOSIS CAPITIS	4
PEDICULOSIS CORPORIS	6
PEDICULOSIS PUBIS	7
CONCLUSIÓN	8
FUENTE BIBLIOGRÁFICA	8

“LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR ECTOPARÁSITOS EN NUESTRO MEDIO”



INTRODUCCIÓN

Las parasitosis son infestaciones producidas por parásitos que atacan principalmente a la piel y el pelo; ya que estos son vehículos por medio de los cuales se transportan virus o parásitos y así poder continuar con su ciclo de vida.

En este trabajo el objetivo es presentar las principales infecciones por ectoparásitos, ya que en algunas investigaciones se ha demostrado que no son tan frecuentes ya que se trata de erradicar con las medidas de higiene, sin embargo en todas aquellas poblaciones de bajos recursos, estos son imposibles de erradicar por lo que no hay un fácil acceso a las medidas recomendadas.

DESARROLLO

ESCABIOSIS O SARNA HUMANA



Definición: Infestación contagiosa interhumana producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei* var. *Hominis*, que genera una dermatosis polimorfa pruriginosa.

Epidemiología

- Endémica, con brotes epidémicos
- Transmisión por contacto sexual
- Prendas, sábanas y toallas contaminadas

Etiología

- Ácaro *Sarcoptes scabiei*, variedad *hominis*
- Hembra propaga, sostiene y complica la enfermedad; mide 350 a 450 micras
- Macho mide 200 y muere después de la copulación

Ciclo de vida: La hembra fecundada cava el surco o galería subcorneal muy superficiales en la piel, donde depositan los huevos en hileras. Avanza 2 a 3 mm por día sin retroceso. Deposita 2 a 4 huevos diariamente. Los huevos eclosionan de 2 a 3 días liberando larvas, que maduran 3-4 días hasta ninfas y en 4-7 días se desarrollan en adultos. Mueren en 30 días y dejan una vesícula al final del surco, esta se puede ver y puede servir para el diagnóstico. Eminencia acariana o vesícula perlada. Aproximadamente 10 ácaros causan la infestación.

Tratamiento

- Desinfectar todo aquello que tenga contacto con el causante
- Permetrina 5%
- Benzoato de bencilo
- Ivermectina

CLASIFICACIÓN DE ESCABIOSIS

ESCABIOSIS CLÁSICA



TRONCO



AXILA

- **Inicio:** Prurito intenso, difuso, con predominio nocturno. Luego aparece la erupción cutánea polimorfa y simétrica, las lesiones consisten en: pápulas, vesículas, excoriaciones (lesiones de rascado), costras y surcos.
- **Incubación:** El inicio del prurito varía según la respuesta inmunitaria al ácaro.
- **Primera parasitación:** 3 a 4 semanas
- **Reinfestación:** 1 a 3 días

PLIEGUE AXILAR
ANTERIOR Y REGIÓN



REGIÓN INGUINAL Y
RAÍZ DEL MUSLO



NÓDULOS EN
AREOLAS DE PEZONES



NODULOS EN
PENE Y ESCROTO



ESPACIOS INTERDIGITALES Y
CARAS LATERALES DE LOS DEDOS



SUPERFICIES FLEXORAS
DE MUÑECA



TRONCO



CODO



- Surco o galería: **Lesión patognomónica**; cresta lineal o serpentiginosa de 0,5 a 1,5 cm de longitud con puntos oscuros por las deyecciones de los ácaros. En general existen entre 10 a 20 surcos.
- Eminencia acariana: **Lesión patognomónica**; Punto final del surco, donde reside el ácaro, es una vesícula perlada
- Pápulas: Deshabitadas, excoriadas o no con costra hemática Generalizadas, respetan el cuero cabelludo y cara
- Chancro escabiótico o nódulo: Inicial nódulo no excoriado Pruriginoso y en periodo de estado nódulo excoriado por rascado
- Chancro escabiótico o nódulo: Eritematoso de 5 a 20 mm de diámetro. En su interior existen ácaros vivos y restos de ellos

Complicaciones: Infección bacteriana (impetiginización) y persistencia de nódulos escabióticos con prurito crónico

ESCABIOSIS COSTROSA

Variación ocasionada por el *Sarcoptes scabiei*, muy contagiosa, epidémica.



Manifestaciones clínicas

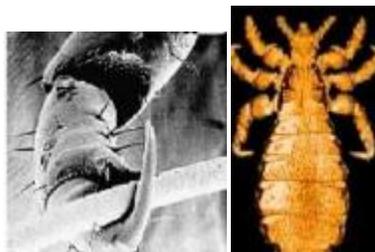
- Escamocostras amarillentas, grisáceas, adheridas afecta cara y cuello cabelludo, dando eritrodermia.
- Hiperqueratosis palmo-plantares y sublinguales
- Poco pruriginosas, adenopatías generalizadas
- Tendencia a persistir en forma indefinida

Complicaciones

- Persistencia del nódulo escabiótico con prurito crónico
- Eczema
- Sobreinfección de las lesiones
- Glomérulo nefritis aguda

Diagnóstico: Clínico y epidemiológico

PEDICULOSIS CAPITIS



Generalidades

- Exclusivo del ser humano
- Ectoparasito permanente: insecto hematofago
- Aplanados dorsoventralmente, la hembra es más grande Color blanco grisáceo Tiene cabeza, tórax, abdomen 6 patas terminadas en garras para aferrarse al pelo
- No salta ni vuela

Transmisión: Compartir peinetas, ganchos y pinzas

Liendres: Pequeñas protusiones ovaladas blancogrisáceas; miden 0,8 mm, Se adhieren al pelo por anillo de quitina y tiene una distancia de 3-4 mm del cuero cabelludo.

Ciclo de vida: La hembra libera liendres que se adhieren al pelo al parecer por el anillo de quitina que al parecer contiene una sustancia polisacárida La liendre eclosiona a los 8 días liberando larvas que evolucionan a ninfas Las ninfas se vuelven adultos en 11-12 días.

Mecanismo de la picadura: El parásito pica en el cuero cabelludo, introduciendo sus maxilares en forma de estilete a través de la epidermis Al perforar la piel, exuda saliva que contiene anticoagulantes y es irritante produciendo prurito por la acción química de la saliva, más la acción mecánica de la picadura.

Topografía: Todo prurigo en zona en zona posterior del cuello descarte pediculosis



REGIÓN OCCIPITAL



CUELLO



ZONA MASTOIDEA
Y RETROAURICULAR



Manifestaciones clínicas

- Prurito en nuca y región retroauricular
- Pápulas en cuero cabelludo, cuello y dorso
- Eccema de cuero cabelludo
- Plica polaca: Casco piloso duro, costroso y maloliente debajo del cual se ocultan los parásitos (en infestaciones severas).

Complicaciones

- Eccematización (2º a rascado o a pediculicidas)
- Infección bacteriana por rascado: costras melicéricas, supuración
- Excoriaciones por rascado: puerta de entrada de miasis
- Adenopatías occipitales o retroauriculares

Diagnóstico

- Clínica
- Detección de pediculus o de liendres
- Liendres visibles a menos de 4 mm del cuero cabelludo (parasitación activa) de color pardo.
- Observación de liendres por la luz de Wood: fluorescencia perlada, las muertas sin fluorescencia

Prevención: Aislamiento de la persona afectada de los sitios de conglomeración, colegios por ejemplo

Tratamiento

- Desinfestación de ropas de cama, prendas, gorros, peines, cepillos.
- Remoción mecánica con peines finos
- Remoción manual de los liendres

PEDICULOSIS CORPORIS



Epidemiología

- Más frecuente en bajo nivel económico (vagabundos, ancianos, refugiados de las guerras, hacinamiento o vida insalubre)
- Contagio indirecto por ropas contaminadas
- Viven y depositan los huevos en las costuras de los vestidos
- Acuden al huésped para alimentarse. Pasa hasta 3 días en ayunas

Topografía



- Zona de ajuste de la ropa

- Zona interescapular
- Pliegues posteriores de axilas, abdomen, caderas, muslos y pliegues submamarios
- Respeta cara, antebrazo, manos y pies

Clínica

- Intenso prurito y excoriaciones
- Lesiones maculopapulosas puntiformes rojizas o urticariformes con punto central hemorrágico
- Eccema sobreinfección, melanodermia (aspecto atigrado)

Diagnóstico: Hallazgo de pediculus y liendres en las costuras de la ropa

PEDICULOSIS PUBIS



Epidemiología

- Más frecuente en adultos jóvenes, afecta desde la niñez a la vejez
- Contacto directo sexual o indirecto por ropas infestadas

Topografía: Zona pubica, axilas, pestañas, cejas, barba, bigote, tronco y muslo.

Manifestaciones clínicas



- Prurito intenso en zona afectada (donde se encuentra el parásito con su cabeza en el folículo piloso)
- Liendres
- Máculas cerúleas (celestes)

- Excoriaciones, eccematización, impetiginización

Tratamiento

- Permetrina 1%
- Lindano 1%
- Extracción mecánica y manual de liendres

CONCLUSIÓN

Finalmente la prevención debe estar dirigida a eliminar dichos ectoparasitos que habitan en los hospederos infestados, es decir, el tratamiento de los casos y sus contactos, lo que implica un diagnóstico oportuno para lo cual basta con un adecuado examen físico. Para esta ectoparasitosis no tiene fundamento actuar sobre el ambiente circundante; los únicos sitios donde tendría justificación la práctica de lavar con agua a temperatura $> 55^{\circ}\text{C}$ por 10 minutos y/o planchar con plancha bien caliente el día del tratamiento, sería en la ropa de cama (fundas y sábanas) y en ciertos fomites, anteriormente señalados. Se debe insistir en el lavado frecuente del cuero cabelludo al menos 3 veces por semana.

La vigilancia epidemiológica debe focalizarse prioritariamente en los grupos de mayor riesgo, como escolares, preescolares y personas que viven en regímenes de internado. Para definir políticas de salud permanentes y a largo plazo, es importante la notificación y el correcto registro de los casos que informe la autoridad competente, por la real magnitud e impacto de la pediculosis en la salud de la población general y de los niños en particular.

FUENTE BIBLIOGRÁFICA

- Ares E, Casal M, Sela A, Farquhar J, Hutchinson D: The Efficacy of permethrin lotion in pediculosis capitis. *Int J Dermatol* 2018; 24: 603-605.