

O objetivo do tratamento é a erradicação dos piolhos e lêndeas e é geralmente efetuado recorrendo à aplicação tópica de pediculicidas, que constituem o tratamento de primeira linha.



Pediculose Tratamento e medidas adjuvantes

DATA 2020-04-17 AUTOR Ana Paula Mendes, *Farmacêutica do CIM*

A pediculose da cabeça - infestação do cabelo e couro cabeludo por piolhos - ocorre principalmente em crianças em idade escolar¹⁻⁶ e com maior frequência no sexo feminino.^{1,3,4,6-8} Não constituindo um risco para a saúde é, contudo, um problema persistente e de tratamento relativamente dispendioso,^{9,10} cuja prevalência parece ter aumentado nos últimos anos.⁶ Ocorre ao longo de todo o ano,^{4,8} apesar de os surtos serem mais frequentes no início do ano escolar.^{3,4,8} Afeta indivíduos de todos os estratos socioeconómicos^{1-3,8,10,11} e não está relacionada com uma higiene inadequada;^{2,7-11} aliás, os piolhos parecem aderir mais facilmente a cabelos limpos.^{7,8}

O parasita

O piolho da cabeça - *Pediculus humanus capitis* - afeta exclusivamente esta zona corporal;^{3,6,8} existem outras espécies que podem afetar todo o corpo, a zona púbica, ou o rosto.⁶ Os piolhos são insetos sem asas, com seis patas,^{3,8-10,12} achatados,¹² geralmente com 2-3 mm de comprimento^{1,3,8,10} e uma cor acinzentada.¹⁻³ Alimentam-se do sangue que obtêm picando o couro cabeludo.^{3,6,9,10} O seu ciclo de vida ocorre exclusivamente no Homem^{3,6-8} e passa por três formas:^{3,6,8,10}

- **Ovo**, habitualmente conhecido por **lêndea**,^{2,3,6,8,9} medindo 0,3-0,8 mm,^{2,3} oval e esbranquiçado.^{2,6} Estão fortemente fixadas ao cabelo, muito perto do couro cabeludo,^{1,3,4,8,10} através de uma substância insolúvel.⁸ Demoram cerca de uma semana a eclodir;^{1,4-6,8,10,13}
- **Ninfa**, com mobilidade muito reduzida e pouca capacidade de contágio.⁶ Demora cerca de 10 dias (9-12) até converter-se em piolho adulto;^{5,6,8,10}
- **Piolho**, com uma esperança de vida de cerca de um mês. A fêmea pode colocar até 10 ovos por dia.^{1,3,5,8,10,12}

Transmissão

Principalmente por contacto com a cabeça de um indivíduo afetado,^{1-7,9-12} em virtude da elevada mobilidade do piolho.^{2,7,9} A contribuição de objetos é controversa.^{1,3-5,9,12} Os piolhos apenas conseguem sobreviver 1-2 dias fora do hospedeiro^{1,4,5,9,14} e raramente sobrevivem mais de 24 horas.^{2,8} Apesar de as lêndeas conseguirem sobreviver até 3 dias,⁹ necessitam das temperaturas mais elevadas encontradas perto do couro cabeludo para eclodirem.^{9,10,14} Ainda assim, pensa-se que possa

ocorrer transmissão pela partilha de pentes, escovas, gorros, chapéus,^{2,6,10,11} cachecóis, ou, menos frequentemente, por contacto indireto com peluches, roupa, estofos, etc.⁸

Os piolhos não saltam, não voam,^{1,3,5,9,10} não usam animais domésticos como vetores^{1,5,6,8-10} nem se transmitem em piscinas.^{4,8,10}

Sintomas

O **prurido** é o sintoma principal^{1-4,6-9,12} particularmente nas zonas da nuca e posterior das orelhas,^{2,7} geralmente mais intenso quanto maior o grau de infestação.^{2,8} É consequência de reação de hipersensibilidade à saliva que o piolho inocula no couro cabeludo quando se alimenta^{1,4,6,8-10,12} e pode demorar 4-6 semanas a manifestar-se após a primeira exposição;^{1,3,4,7,9,10,12} contactos posteriores podem causar prurido em 1-2 dias.^{4,12} A principal complicação são lesões produzidas por coçar, com possibilidade de infeções secundárias e adenopatias locais.^{1-4,6}

Diagnóstico

O diagnóstico é confirmado pela visualização de piolhos vivos.^{1,3,5,7,9-12} A sua mobilidade e repulsão pela luz dificultam a deteção.^{2,10} Esta é mais fácil em cabelos molhados, pois os piolhos movem-se mais lentamente;^{6,10} localizam-se preferencialmente nas zonas occipital e cervical,^{6,10,12} Pentear o cabelo de forma sistemática, com um pente de dentes muito finos e apertados, permite uma deteção mais eficaz do que a inspeção visual.^{1,5,9-12} As lêndeas encontram-se mais facilmente na zona occipital e pós auricular.¹⁰ Estão firmemente unidas ao cabelo e são difíceis de remover.¹ Contudo, o achado de lêndeas sem piolhos não confirma uma infestação ativa,^{1,5,9,12} uma vez que aquelas podem permanecer no cabelo durante vários meses após um tratamento bem-sucedido.¹² Dado que os piolhos depositam as lêndeas na base do cabelo,^{1,8,9} a sua presença a uma distância do couro cabeludo inferior a 6 mm sugere a infestação ativa,^{1,9} porque quanto mais longe estiverem da base, maior é a probabilidade de não serem viáveis.^{1,8,10} Quando um dos membros da família está infestado, todos os outros devem ser examinados.^{3,12}

Tratamento

Só deve ser iniciado caso sejam detetados piolhos vivos.^{5,10,12,14} O seu objetivo é a erradicação dos piolhos e lêndeas e é geralmente efetuado recorrendo à aplicação tópica de

Pediculose da cabeça

AUTOR Ana Paula Mendes, Farmacêutica do CIM | DATA 2020-04-17

pediculicidas,^{1,3,6,7} que constituem o tratamento de primeira linha.¹ Os pediculicidas de **ação química** penetram o piolho e desencadeiam efeitos neurotóxicos, resultando em paralisia.^{1,8,12} Entre estes incluem-se: permetrina; piretrina/butóxido de piperonilo;¹² fenotrina;⁴ malatião; spinosad; ivermectina;¹² lindano.¹ Os pediculicidas de **ação física** atuam no exterior do piolho,^{8,12} por asfixia ou por dissolução da camada cerosa que cobre o seu exosqueleto. Entre estes incluem-se: dimeticone; álcool benzílico; miristato de isopropilo;¹² 1,2-octanediol.¹

Piretrinas

São um conjunto de substâncias naturais obtidas a partir das flores do *Chrysanthemum cinerariaefolium*. Foram desenvolvidos derivados sintéticos, como a permetrina,^{3,8,10,14} a fenotrina, (disponíveis em Portugal) a aletrina e a tetrametrina.⁸ As piretrinas são frequentemente associadas ao butóxido de piperonilo, o que aumenta a sua eficácia,^{1,3,7,10,12} por inibição do seu catabolismo.^{1,3} São bem toleradas^{1,12,14} e têm uma absorção mínima;¹² podem causar dificuldades respiratórias a doentes com alergia a tasneira,^{1,10,14} e devem ser evitadas em doentes com alergia ao crisântemo.^{10,12,14}

Permetrina. Tem sido considerada tratamento de primeira linha,^{6,9,12} mostrando boa eficácia, baixa toxicidade^{6,8-10,14} e absorção reduzida,^{6,9} mas escasso efeito ovicida.^{6,12,14} Têm sido reportados prurido, eritema e edema; não causa reações alérgicas em doentes com a alergia a plantas.¹⁰

Malatião

Indisponível em Portugal. É um inseticida organofosforado, com efeito pediculicida e ovicida.^{3,6,8,10,14} Apresenta, contudo, diversos inconvenientes, como odor desagradável,^{1,5,8,10} risco de toxicidade em caso de ingestão,^{2,3,8,10} nomeadamente dificuldades respiratórias, e ser inflamável.^{1,3,6,7,10}

Outros pediculicidas de ação química

O **lindano** (indisponível em Portugal) está associado a efeitos adversos no sistema nervoso central, conduzindo à sua retirada em muitos países; o seu uso não é atualmente recomendado.^{1,3,10}

O **spinosad** (não disponível em Portugal para uso humano) é um produto de fermentação da bactéria *Saccharopolyspora spinosa*. É ovicida.^{1,3,10} Pode causar irritação cutânea.¹

A **ivermectina** tópica (não disponível em Portugal para esta indicação) é administrada por aplicação única.^{1,10,12,14} É geralmente bem tolerada, podendo causar irritação ocular e cutânea, ardor^{1,9,10} e secura no couro cabeludo.^{1,10}

Dimeticone

É um derivado do silicone que atua por um mecanismo físico,^{1,3,4,6-8,11,13} criando uma cobertura na cutícula do piolho que vai bloquear os espiráculos respiratórios; isto vai causar a sua asfixia,^{3-9,13} interferindo também com a sua capacidade de equilibrar o teor de água no organismo.^{1,2,5,8,13} A sua eficácia está bem documentada.^{1,2} É inodoro^{2,5,6} e não tem absorção cutânea.² É bem tolerado,^{3,6,8,9} causando raramente irritação cutânea² ou ocular.^{2,12} Devido ao seu mecanismo de ação, o desenvolvimento de resistências é improvável.^{2-5,8,13} Parece mais eficaz do que a permetrina,^{2,4,5,11,13} a fenotrina² e o malatião.^{5,11,13} Alguns consideram-no o tratamento de primeira escolha.²

Outros pediculicidas de ação física

O **miristato de isopropilo** dissolve a camada cerosa do exosqueleto, causando desidratação e morte do piolho.^{6,9,10,12} Mostrou eficácia em associação ao ciclometicone (1:1),⁹ podendo ser mais eficaz do que a permetrina, as piretrinas ou o malatião.¹³ Não é ovicida. Os efeitos adversos são escassos, sendo os mais comuns eritema e prurido.⁹

O **1,2-octanediol** atua igualmente pela disrupção dos lípidos que cobrem a cutícula,^{1,6,13} resultando em desidratação. Um estudo mostrou melhor eficácia face ao malatião, com boa tolerância.¹³ O mecanismo de ação do **álcool benzílico** envolve a asfixia do piolho.^{1,3,10,12} Não é ovicida.^{9,10,14} Pode causar irritação cutânea^{1,9,10,14} e ocular.^{1,10}

Conselhos gerais para aplicação de pediculicidas

Os pediculicidas apresentam-se em diversas formulações. Os champôs poderão ter menor eficácia do que géis ou loções, já que a água, além de diluir a concentração do fármaco, dificulta a sua penetração pela cutícula e espiráculos do piolho.^{5,8}

Os pediculicidas são geralmente menos eficazes contra as lêndeas^{2,6,7,10,12,14} pelo que é necessária uma segunda aplicação para completar o tratamento. Considerando o ciclo de vida do piolho, esta deve decorrer 7-10 dias após a primeira, de modo a eliminar piolhos que tenham eclodido nesse intervalo e antes que originem novas lêndeas.^{2,3,5,6,12}

Os pediculicidas devem ser aplicados de acordo com as instruções do produto.^{1,14} Os princípios básicos incluem:

- Não utilizar amaciadores antes da aplicação, já que pode resultar em redução da eficácia;^{1,11,14}
- Enxaguar o cabelo no lavatório e não no duche,^{1,10} ou proteger a pele com uma toalha, para minimizar a exposição cutânea;⁹
- Utilizar água morna e não quente, para minimizar a vasodilatação e a absorção sistémica.^{1,9,10}
- Os piolhos e lêndeas mortos deverão ser eliminados em seguida, utilizando um pente de dentes estreitos.^{7,8} (Ver abaixo: Remoção com pente)

Tratamento sistémico

A via oral tem sido utilizada em casos de resistência ao tratamento tópico.^{1,6} A **ivermectina** (não registada em Portugal por via oral) mostrou eficácia em doses de 200 ou 400 µg/kg,^{1,10,14} repetida após uma semana^{4,6,9} ou 10 dias.¹⁴ É geralmente bem tolerada,¹ mas pode causar neurotoxicidade.⁹ Em casos resistentes tem sido utilizada a associação de **cotrimoxazol** e permetrina tópica.^{1,6,10}

Métodos físicos

Remoção com pente. É um tratamento alternativo para quem não pode, ou não deseja, efetuar um tratamento pediculicida.^{1,3,10,12} Esta técnica requer que o cabelo seja penteado de forma muito exaustiva com um pente apropriado, de dentes finos e com um intervalo muito curto entre eles (< 0,3 mm), de modo a arrastarem os parasitas.^{5,6,8} Recomenda-se a utilização de pentes de aço inoxidável,^{5,8} pois têm dentes mais rígidos do que os de plástico, podendo arrastar melhor as lêndeas.⁵ Este procedimento é mais fácil e eficaz se for feito sobre cabelo molhado e com aplicação de amaciador,^{1,5-8,12} que dificulta a movimentação dos piolhos,^{5,6} lubrifica o cabelo e pode

facilitar a remoção das lêndeas, ao ajudar a dissolver a substância que as une ao cabelo.^{7,8} O vinagre tem sido sugerido como remédio caseiro para auxiliar a remoção, mas não existem estudos que o comprovem.^{5,9,10} O cabelo deve ser dividido em secções^{5,6} e penteado exaustiva e firmemente desde a raiz até à extremidade.^{1,5,6,12} O pente deve ser limpo após cada passagem, para evitar que os parasitas retidos regressem ao cabelo.^{5,6}

Este processo tem de ser efetuado de forma sistemática e continuada;^{2,3,6,12} deve repetir-se a cada 3 dias durante pelo menos duas semanas desde a deteção do último piolho vivo.^{1,3-6} O tempo e o cuidado necessários e a necessidade de múltiplas sessões são fatores dissuasores para alguns doentes.¹

Pentes elétricos. Como os convencionais, possuem uma estreita distância entre dentes, mas produzem uma descarga elétrica ao tocar no piolho, que o eletrocuta.^{1,5,6,10} As lêndeas sobrevivem a esta descarga. O seu uso deve ser feito sobre cabelo seco.^{5,6} Têm sido reportados como eficazes, mas não existem ensaios publicados.¹ São mais caros^{5,6} e o seu uso não adequado pode comportar riscos.⁵

Aplicação de temperatura elevada. Pode exsacar os piolhos;^{3,6,10} baseia-se num fluxo contínuo de ar com temperatura superior a 55-60° C, num intervalo mínimo de 30 minutos.^{3,6} Por inexistência de ensaios adequados, este tratamento não pode ser recomendado.¹

Corte do cabelo. Cortar o cabelo muito rente é um possível método de erradicação, mas a sua aceitabilidade é limitada por razões estéticas e psicológicas.^{1,2,10}

Falha do tratamento

As causas mais comuns são a utilização incorreta dos produtos, falta de adesão, ou uma reinfestação.^{1,2,5,7,8,10,12}

Aplicação inadequada: o pediculicida não esteve em contacto com os piolhos pelo tempo, ou em concentração suficientes para eliminá-los.^{4,8} Isto pode dever-se à aplicação sobre cabelo molhado, que causa a sua diluição, ou de aplicação em quantidade insuficiente.^{4,7,8} Em geral, a aplicação deve ser feita sobre cabelo seco, numa distribuição uniforme^{1,5,8} e por um intervalo de tempo apropriado.^{1,5}

Falhas na repetição: não sendo possível garantir a eliminação total das lêndeas, é necessária reaplicação após 7-10 dias, altura em que eclodem as ninfas.^{4,7,8} Se o tratamento for repetido antes deste intervalo, não será eficaz.¹¹

Reinfestação: reaparecimento após um período de 10-12 dias sem piolhos. Nestes casos há que repetir o tratamento e tomar

as medidas de prevenção adequadas.^{7,8} Os pediculicidas podem causar *rash* no couro cabeludo, prurido e ardor, o que não é sintoma de reinfestação nem razão para novo tratamento.^{9,10}

A **resistência aos pediculicidas** pode ser um problema em algumas regiões.^{1,4,5,7-12} Há que considerar esta possibilidade caso a pediculose persista após um tratamento correto^{1,8} e estando excluída a hipótese de reinfestação.^{1,9} Tem sido reportado um aumento da resistência às piretrinas, permetrina,^{3,9,10} lindano⁹ e malatão.^{1,10} Nestes casos deverá tentar-se um produto tóxico alternativo,^{1,7,9,11} como um produto sem inseticida.⁸

Descontaminação ambiental

É recomendado descontaminar os objetos potencialmente infestados - roupa, chapéus, roupa de cama, toalhas, escovas, pentes, peluches - por lavagem a cerca de 60°C ou por secagem a temperatura elevada. Objetos que não possam ser submetidos a temperaturas elevadas poderão ser encerrados em sacos de plástico durante 15 dias,^{1,2,5,8-12} ou limpos a seco.^{1,5} Os pentes e as escovas podem ser submersos em água muito quente.^{7,8,14} Alguns recomendam que estes procedimentos só deverão abranger objetos que tenham contactado a cabeça do doente nas 48 horas prévias ao tratamento.^{1,5,10,12}

Apesar de o risco de transmissão neste contexto ser baixo,^{1,9} tem sido sugerido aspirar superfícies onde o doente tenha permanecido,^{1,7,10,14} como o quarto, estofos,⁸ assentos dos carros,¹⁰ mobília e carpetes.^{1,10,14} Não estão recomendadas medidas de descontaminação química.^{1,10,12}

Prevenção

Os contactos diretos do doente, como o agregado familiar e colegas, devem ser minuciosamente observados; só devem ser tratados indivíduos efetivamente infestados, não devendo ser feitos tratamentos profiláticos,^{1,5,6,10,14} exceto no caso de partilha da mesma cama.^{1,10,14} Todos os membros infestados do agregado familiar devem ser tratados ao mesmo tempo.^{5,14}

A presença de infestação deve ser comunicada às instituições frequentadas pela criança, de modo a que sejam aplicadas as medidas preventivas necessárias.^{7,9} As crianças devem continuar a frequentar a escola,^{1,4,5,9,10,12} uma vez que o risco de contágio é reduzido.^{10,12} Devem evitar o contacto direto com a cabeça de outros indivíduos.^{1,9,10} As crianças com cabelo comprido devem usá-lo apanhado. É importante inspecionar periodicamente a cabeça das crianças e evitar a partilha de objetos pessoais.^{7,8}

Referências bibliográficas

1. Goldstein AO, MD, Goldstein BG. Pediculosis capitis. UpToDate®, topic last updated: Jun 03, 2019.
2. Pediculose du cuir chevelu. Premiers Choix Prescrire. Actualisation Mai 2019.
3. Dargosa AT, Elston DM. What's eating you? head lice (Pediculus humanus capitis). Cutis. 2017 [accedido a 13-03-2020]; 100(6): 389-392. Acedido a: <https://mededge-files-live.s3.us-east-2.amazonaws.com/files/s3fs-public/Document/December-2017/CT100006389.PDF>
4. Meister L, Ochsendorf F. Head Lice. Dtsch Arztebl Int. 2016 [accedido a 13-03-2020]; 113(45): 763-772. doi:10.3238/arztebl.2016.0763
5. Actualización del tratamiento de la pediculosis. INFAC. 2011 [accedido a 13-03-2020]; 19(2): 7-11. Disponível em: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2011/es_def/adjuntos/infac_v19_n2.pdf
6. Gómez P, Vallejo R, Rosa ME, Panadero FJ. Pediculosis. Panorama Actual Med. 2019; 43(424): 630-4.
7. Escudero Hernando N. Pediculosis: control y tratamiento desde la farmacia comunitaria. El Farmacéutico. 2018; (565): 26-8.
8. ¿Pioljos? Prevenir es evitarlos. Campaña de tratamiento y prevención de la pediculosis. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2017 [accedido a 13-03-2020]. Con la

colaboración de OTC antiplolhos. Disponível em:

- <https://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Documents/R186%20MAQUETACION%20MATERIAL%20FORMATIVO%20pediculosis.pdf>
9. Cummings C, Finlay JC, MacDonald NE. Head lice infestations: A clinical update. Paediatr Child Health. 2018 [accedido a 13-03-2020]; 23(1): e18-e24. doi:10.1093/pch/pxx165
10. Devore CD, Schutze GE; Council on School Health and Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics. Head lice [published correction appears in Pediatrics. 2015 Oct; 136(4): 781-2]. Pediatrics. 2015 [accedido a 13-03-2020]; 135(5): e1355-e1365. doi:10.1542/peds.2015-0746
11. Kolber MR, Pierser M, Nickonchuk T. The louse is (no longer) in the house. Can Fam Physician. 2016 [accedido a 13-03-2020]; 62(4): 322. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4830656/pdf/0620322.pdf>
12. Gunning K, Kiraly B, Pippitt K. Lice and Scabies: Treatment Update. Am Fam Physician. 2019 May 15; 99(10): 635-642.
13. Burgess IF, Silverston P. Head lice. BMJ Clin Evid. 2015 [accedido a 13-03-2020]; 2015: 1703. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4294162/pdf/2015-1703.pdf>
14. Head Lice. Resources for Health Professionals. Centers for Disease Control and Prevention, Page last reviewed: September 26, 2019 [accedido a 13-03-2020]. Disponível em: https://www.cdc.gov/parasites/lice/head/health_professionals/index.html