

# Pediculosis y phthiriasis palpebral

Diagnóstico, tratamiento  
y revisión de la literatura  
a propósito de cuatro casos

**Antonio Ramos Suárez<sup>1</sup>**  
**Ana Chinchureta Capote<sup>1</sup>**  
**José María Requena Jiménez<sup>1</sup>**  
**Fernando García Martín<sup>1</sup>**  
**Mercedes Lorenzo Soto<sup>1</sup>**  
**Bartolomé Ángeles Cano<sup>2</sup>**

1. Departamento de Oftalmología del Hospital  
Costa del Sol, Marbella, Málaga

2. Departamento de Oftalmología  
del Complejo Hospitalario de Jaén

REDUCCIÓN DE LA PIO ELEVADA EN GLAUCOMA DE ÁNGULO ABIERTO E HIPERTENSIÓN OCULAR



*Potente control de la PIO*

*Respeto por la superficie ocular*

**1<sup>er</sup> latanoprost sin conservantes**

# Monoprost<sup>®</sup>

Latanoprost 50 microgramos/ml Colirio en solución en envase unidosis

**EFICACIA Y TOLERANCIA SE UNEN**

**pH neutro**  
**0% conservantes**



COMPROMETIDOS CON EL GLAUCOMA

# Pediculosis y phthiriasis palpebral. Diagnóstico, tratamiento y revisión de la literatura a propósito de cuatro casos

## Índice

Introducción .....	4
Caso clínico 1 .....	8
Caso clínico 2 .....	10
Caso clínico 3 .....	12
Caso clínico 4 .....	13
Discusión .....	15
Bibliografía .....	16

Todas las publicaciones de Laboratorios Thea pueden consultarse y descargarse en formato PDF:  
<http://www.laboratoriosthea.com/publicaciones/thea-superficie-ocular>

Laboratorios Thea publica íntegramente los manuscritos recibidos de sus legítimos autores sin introducir modificaciones en estos, y, por ello, no se hace responsable de las opiniones e informaciones contenidas en los artículos.

## Introducción

Entendemos por pediculosis la infestación producida por *Pediculus humanus* variedad *capitis* o *corporis*, mientras que el término *phthiriasis* hace referencia a la infestación por *Phthirus pubis*. Son insectos que corresponden a la familia *arthropoda*, subfamilia *mandibulata*, clase *insecta*, orden *anoplura*<sup>1</sup>.

Estas parasitaciones ya fueron reportadas en el antiguo Egipto. En la Biblia se mencionan en el *Éxodo* 8:16. Los aztecas los ofrecían al Dios Moctezuma como ofrenda<sup>2</sup>.

Todos ellos son insectos ápteros, con cuerpo aplanado y provistos de tres patas robustas, más aptas para el agarre que para el desplazamiento al contar con garras terminales. Poseen una cabeza pequeña y cuadrada, con antenas y dos ojos. Disponen de denticulos que les permiten fijarse en la piel, que será posteriormente perforada por medio de estiletes, a través de los cuales se absorberá la sangre gracias a una bomba faríngea. Su saliva está provista de sustancias anticoagulantes que facilitan dicha tarea<sup>3</sup>.

Su ciclo biológico se desarrolla por metamorfosis desde huevo hasta adulto en el mismo huésped. Los huevos eclosionan en 5-10 días, según la especie y temperatura, y aparecen las ninfas que ya son capaces de succionar sangre. Se suceden tres estadios ninfales hasta que el insecto es adulto. El macho adulto se encarga de fecundar a la hembra y ésta pondrá aproximadamente 300 huevos o liendres en el caso de *Pediculus spp* y 50 en *P. pubis*. Los huevos quedarán fuertemente adheridos al pelo gracias a una sustancia cementante<sup>4</sup>.

Para un correcto diagnóstico diferencial entre las diferentes especies es necesario conocer, además de sus localizaciones más frecuentes, datos anatómicos característicos que nos ayuden en dicha tarea. Así, *P. capitis* suele localizarse en el cabello, *P. corporis* en las fibras de la ropa y *P. pubis* en el vello púbico y abdominal. Además, de forma excepcional, *P. capitis* y más frecuentemente *P. pubis* pueden infestar las pestañas<sup>5,6,7</sup>. Anatómicamente, *Pediculus spp* mide de 2 a 4 mm de longitud, es alargado y de color similar a la piel. *P. pubis* mide de 1,5 a 2 mm, es tan largo como ancho, tiene las patas más desarrolladas, que le dan aspecto de cangrejo, y es prácticamente transparente, lo que puede dificultar su visualización.

Su transmisión se ha relacionado con malas condiciones higiénicas y con situaciones de hacinamiento. *P. capitis* se transmite por contacto directo y son frecuentes las epidemias de infestación, sobre todo en centros escolares<sup>8</sup>. *P. corporis* aparece casi exclusivamente en personas que viven en situación de pobreza y suciedad, como los indigentes. *P. pubis* se transmite también por contacto directo con una persona o un fómite infestado<sup>9</sup>.

Estos insectos pueden transmitir diversas enfermedades. *P. pubis* puede actuar como vector de gérmenes patógenos, como *Rickettsia prowazeki*, que causa

el tifus exantemático epidémico; *Bartonella quintana*, que produce la fiebre de las trincheras, y *Borrelia recurrentis*, que causa fiebre recurrente epidémica. *P. capitis* puede transmitir experimentalmente tifus exantemático sistémico, pero su importancia en la práctica es mínima<sup>10</sup>.

Cuando la parasitación acontece en las pestañas, produce como manifestación más frecuente una blefaritis, que suele ser pruriginosa, por lo que son frecuentes lesiones de rascado palpebrales<sup>11</sup>. Con menor frecuencia puede aparecer conjuntivitis folicular acompañada a veces de adenopatía preauricular<sup>12</sup>. Es posible la sobreinfección bacteriana. También es posible la aparición de queratitis<sup>13</sup>. Mucho menos frecuentes son las reacciones de hipersensibilidad cutánea a las heces de los parásitos.

Para su correcto diagnóstico es muy importante el uso de lámpara de hendidura, aunque en ocasiones las liendres o los adultos son visibles de forma macroscópica o con una lupa. En la biomicroscopía es posible observar lesiones de rascado palpebrales y lesiones violáceas cercanas a la base de las pestañas que se corresponden con las zonas de picadura. La visión del parásito adulto o en su estado de ninfa es algo más fácil en el caso de *P. capitis* que de *P. pubis* al ser este prácticamente transparente. Por consiguiente, hemos de tener un alto nivel de sospecha y buscar los parásitos concienzudamente, pues en muchas ocasiones permanecerán inmóviles y fuertemente adheridos en la interfase piel-pestaña, por lo que pueden pasar fácilmente desapercibidos o ser confundidos con una escama de una blefaritis anterior crónica. En ocasiones los parásitos contendrán sangre o heces en su tubo digestivo –que será visible dada la transparencia del insecto–, lo que facilitará el diagnóstico. La visualización de liendres suele resultar más fácil y se considera diagnóstica, por lo que estamos obligados a realizar un examen minucioso en busca de ejemplares adultos que pudieran haber pasado desapercibidos<sup>4,14</sup>.

Su tratamiento no siempre es fácil. En el momento del diagnóstico la mayoría de estudios coinciden en que se debe proceder a la retirada mecánica de todas las liendres y los ejemplares adultos. Esto puede resultar una tarea muy laboriosa, ya que se encuentran fuertemente adheridos a las pestañas, siendo necesario en ocasiones cortar las mismas. Es importante retirar todos los ejemplares adultos, pues, en caso de dejar una sola hembra adulta fecundada, se producirá una recidiva en pocas semanas, salvo que se administre un tratamiento insecticida asociado<sup>15</sup>.

Entre los tratamientos insecticidas más frecuentemente utilizados en la zona palpebral nos encontramos con:

**1. Agentes anticolinesterasa:** producen un aumento de acetilcolina en el espacio intersináptico al inhibir la degradación mediada por el enzima acetilcolinesterasa, actuando de forma reversible o irreversible sobre la misma. Inicialmente inducen despolarización del músculo esquelético, pero finalmente producen bloqueo muscular, lo que provoca la muerte del parásito.

Dentro de los reversibles destaca la fisostigmina, que puede usarse en pomada al 0,25%, 2 veces al día durante 8 días aplicada en el borde palpebral. No es efectivo frente a las liendres y no existen preparados comerciales<sup>16</sup>.

Dentro de los irreversibles encontramos los organofosforados, siendo el más utilizado en el tratamiento de la pediculosis el malatión. Se emplea en forma de loción al 0,5%; existen preparados comerciales, que deben ser utilizados en el borde palpebral y lavarse a las 12 horas, que consiguen la muerte del 100% de los parásitos adultos y de las liendres<sup>12,17</sup>.

- 2. Permetrina:** actúa sobre el canal de sodio de la membrana de las células nerviosas imposibilitando su repolarización y produciendo la muerte del artrópodo por parálisis. Puede usarse en pomada al 5% y existen preparados comerciales. Es poco tóxica para el ojo y tiene acción residual. Debe aplicarse sobre la base de las pestañas y dejar que actúe durante al menos 8 horas. Generalmente suele ser suficiente con una sola aplicación<sup>4,18</sup>.
- 3. Ivermectina:** consigue la muerte del parásito al provocar una parálisis tónica de la musculatura. La parálisis es mediada por la activación directa de los canales de cloro sensibles a la ivermectina, controlados por el glutamato. Dichos canales se encuentran exclusivamente en invertebrados. Una sola dosis de 200 mcg/kg suele ser suficiente. Carece de acción ovicida<sup>19</sup>.
- 4. Óxido amarillo de mercurio:** puede emplearse en pomada al 1% cuatro veces al día durante 14 días y presenta escasos efectos adversos<sup>20</sup>.
- 5. Fluoresceína al 20%:** solo es efectivo frente a adultos y puede resultar tóxica para el ojo<sup>11</sup>.
- 6. Vaselina:** aplicada dos veces al día durante diez días ocasiona la muerte del parásito por asfixia.
- 7. Crioterapia:** requiere la colaboración del paciente<sup>21</sup>.
- 8. Láser de argón:** constituye un método seguro para eliminar adultos y liendres. Precisa colaboración del paciente<sup>22</sup>.
- 9. Pomada oftálmica de tobramicina 3 mg/g:** en nuestros cuatro casos, la correcta eliminación mecánica de los parásitos y las liendres, seguida de aplicación abundante de pomada oftálmica de tobramicina 3 mg/g dos veces al día durante dos semanas, fue suficiente para evitar la recidiva. Probablemente la utilidad de este tratamiento se debe a una correcta eliminación mecánica de los parásitos y posterior muerte por asfixia de aquellos que pudieran haber pasado desapercibidos.

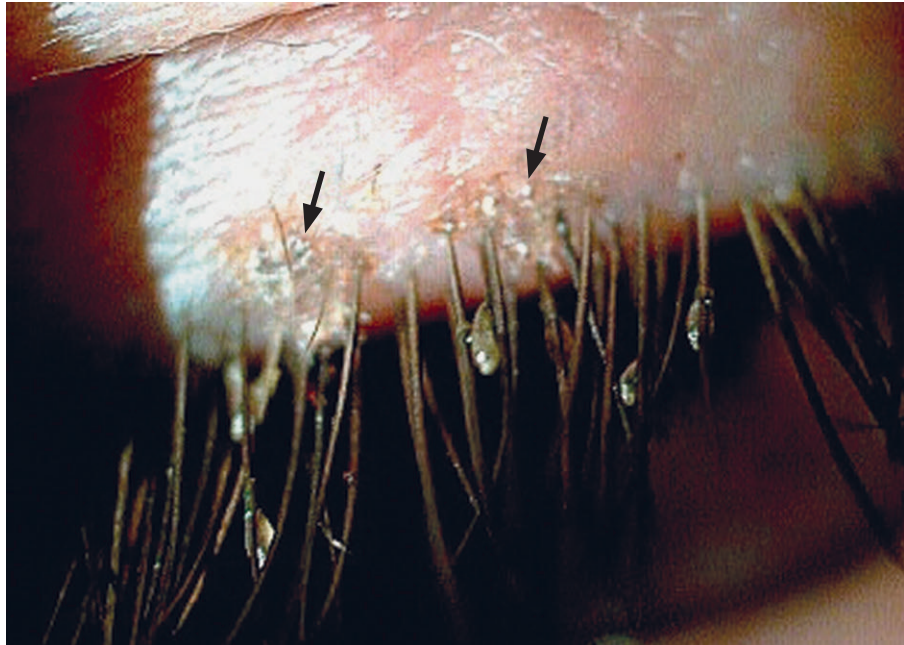
**10. Toxina botulínica:** la eliminación mecánica de los parásitos debe ser la primera opción de tratamiento, pero puede resultar dificultosa debido al fuerte agarre de los mismos. La aplicación de toxina botulínica A en concentración de 2,5 unidades/0,1 mL, aplicada sobre el margen palpebral con un bastoncillo impregnado, facilita enormemente esta labor si se deja actuar durante 5 minutos; los parásitos solo se pueden retirar con una hemosteta. Puede resultar un tratamiento útil sobre todo en niños y pacientes poco colaboradores<sup>23</sup>.

## Caso clínico 1

Mujer de 47 años sin antecedentes médicos de interés que acude a consulta de urgencias por sensación de hinchazón y molestias en ojo derecho (OD) desde hace una semana. En la anamnesis la paciente refiere tener "caspa que le cae de las pestañas". Días antes acudió a su centro de salud, donde le prescribieron colirio dexametasona 1 mg/mL + tobramicina 3 mg/mL 4 veces al día. No notó mejoría.

En la exploración se encuentra una máxima agudeza visual corregida (MAVC) de 0,8 en ojo derecho (OD) y de 0,9 en ojo izquierdo (OI), con presión intraocular de 17 mmHg OD y 19 mmHg OI. La biomicroscopía mostró multitud de parásitos con forma de cangrejo, compatibles con ejemplares adultos de *P. pubis*, adheridos en la base de las pestañas del párpado superior del OD y multitud de liendres (fig. 1). El OI no se encontraba afectado. Se procede a la

**Figura 1.** Multitud de liendres y dos ejemplares adultos de *P. pubis* adheridos a pestañas. Las flechas señalan los ejemplares adultos.



instilación de colirio anestésico seguido de una minuciosa eliminación mecánica de los adultos y los huevos. Para ello es necesario cortar multitud de pestañas debido al fuerte agarre tanto de los huevos como de los ejemplares adultos. Se consigue a priori la eliminación completa de todos los parásitos en un tiempo aproximado de 30 minutos con buena colaboración de la paciente (fig. 2).

Se realiza una interconsulta con el servicio de dermatología para despistaje de enfermedades de transmisión sexual, búsqueda de parásitos en otras zonas y revisión en nuestro servicio para detectar posible recidiva en dos semanas. Como único tratamiento, se prescribe pomada oftálmica de tobramicina 3 mg/g en el borde palpebral superior e inferior del OD dos veces al día.



**Figura 2.**  
Multitud de ejemplares  
adultos y liendres de  
*P. pubis* tras su elimina-  
ción mecánica.



En el estudio de dermatología no se evidenciaron parásitos en otras zonas, pero se diagnosticó infección por virus de la hepatitis C (VHC), desconocida hasta ese momento. A las dos semanas no objetivamos ningún ejemplar adulto ni liendres en ninguno de los dos ojos, por lo que la paciente fue dada de alta sin tratamiento.

## Caso clínico 2

Niño de 4 años que acude a consulta, derivado desde atención primaria, por conjuntivitis de dos meses de evolución que no mejora con diferentes tratamientos (colirio tobramicina 3 mg/mL, colirio dexametasona 1 mg/mL + tobramicina 3 mg/mL, colirio nedocromilo 2%). Como antecedente médico de interés destaca embarazo gemelar con parto pretérmino a las 32 semanas.

La MAVC en ambos ojos fue de 0,8. En la biomicroscopía se aprecia un parásito adulto, compatible con *P. pubis*, adherido a la base de las pestañas del párpado superior del OD y tres liendres (fig. 3A y 3B). En la anamnesis la madre refiere que el niño ocasionalmente duerme en la cama con los padres y que se rasca frecuentemente en la zona genital, sin que haya vello en dicha zona.

**Figura 3.**  
A: Detalle de un ejemplar adulto de *P. pubis*. Cabe destacar su tonalidad transparente y su fuerte adherencia en la interfase piel-pestaña, lo que dificulta su visualización. La flecha azul señala el cuerpo del parásito y las blancas sus patas.  
B: Detalle de liendre adherida a pestaña.



Se procede a la eliminación mecánica del parásito adulto y los huevos con una excelente colaboración del paciente, seguida de una aplicación de pomada oftálmica de tobramicina 3 mg/g en borde palpebral dos veces al día (fig. 4).

**Figura 4.**  
Tres liendres y un  
ejemplar adulto de  
*P. pubis* tras su  
eliminación mecánica.



Se contacta con el servicio de pediatría, que da parte a los servicios sociales. Se solicita serología para sífilis y VIH, que resultaron negativas. El servicio de dermatología descartó parásitos en otras zonas.

A las dos semanas no existe recidiva y el paciente es dado de alta sin tratamiento. No se constataron indicios de posibles malos tratos al menor.

## Caso clínico 3

Niño de 7 años que acude a urgencias de nuestro hospital por la existencia de “huevos de piojos en pestañas de OD”. Los padres referían abundante prurito y rascado palpebral en las últimas dos semanas. El paciente no presentaba antecedentes médicos personales de interés.

La MAVC en ambos ojos fue de unidad. En la biomicroscopía del OD se apreciaron multitud de parásitos adultos, compatibles con *P. pubis*, adheridos a la base de las pestañas del párpado superior y multitud de liendres (fig. 5).

**Figura 5.**  
Ejemplares adultos y liendres de *P. pubis* en el párpado superior del OD. Las flechas señalan ejemplares adultos.



Se intentaron eliminar mecánicamente los ejemplares adultos y las liendres, pero no resultó posible por la nula colaboración del paciente. Por tanto, se programó exploración bajo anestesia general al día siguiente. En quirófano se procedió a la eliminación completa de los ejemplares adultos y los huevos. Como tratamiento domiciliario se pautó pomada oftálmica de tobramicina 3 mg/g en borde palpebral dos veces al día. Se contactó con el servicio de dermatología, que descartó infestación a otros niveles. El servicio de pediatría dio parte a los servicios sociales y solicitó serología para sífilis y VIH, que resultó negativa.

A las dos semanas no se observó ningún ejemplar adulto ni liendre y el paciente fue dado de alta sin tratamiento. No se constataron indicios de posibles malos tratos al menor.

## Caso clínico 4

Niña de 8 años en seguimiento en nuestro servicio por una exotropía intermitente. En consulta rutinaria, los padres no refieren cambios en la evolución en los últimos tres meses. Tras una completa exploración de su estrabismo (motilidad ocular, *cover test*, test de visión binocular, etc.), se procede al estudio del polo anterior con lámpara de hendidura. La biomicroscopía mostró lesiones de rascado en párpado inferior y un ejemplar adulto, compatible con *P. capitis*, adherido a pestañas del párpado superior (fig. 6A y 6B).

### Figura 6.

A: La flecha señala un ejemplar adulto de *P. capitis* adherido a pestañas. Es posible visualizar restos de sangre en su tubo digestivo. Cabe destacar su morfología alargada en comparación con *P. pubis*.  
B: Lesiones de rascado en párpado inferior.



Ante estos hallazgos se interroga a los padres sobre la posible infestación en otras zonas. Comentan que en el colegio existen varios compañeros infestados, pero niegan infestación en su hija. La exploración superficial del cabello de la paciente en nuestra propia consulta muestra una gran cantidad de ejemplares adultos y liendres de *P. capitis*.

Se procedió a la eliminación mecánica del parásito adulto, seguida de una aplicación de pomada oftálmica de tobramicina 3 mg/g en borde palpebral dos veces al día. Se contacta con el servicio de dermatología para el tratamiento de la infestación del cabello.

A las dos semanas no se observaron evidencias de recidiva.

## Discusión

La pediculosis y la phthiriasis palpebral constituyen causas poco frecuentes de blefaritis, siendo la infestación por *P. pubis* mucho más frecuente en la zona palpebral<sup>11,12,13</sup>.

Tras el diagnóstico de la misma en un niño estamos obligados a poner el caso en conocimiento de los servicios sociales, pues, aunque la infestación puede ocurrir por contacto con fómites contaminados, como sábanas o toallas, puede estar indicándonos la existencia de abuso sexual<sup>24</sup>. En el caso de que el paciente sea un adulto, es conveniente un estudio sistémico encaminado al diagnóstico de posibles enfermedades de transmisión sexual<sup>25</sup>. Además, debe investigarse la posible infestación de otras zonas.

En el caso clínico 1, la paciente fue diagnosticada de infección por VHC en serología rutinaria. Aunque la transmisión del VHC sigue siendo un tema controvertido, casi todos los estudios indican que el contagio a través de la actividad sexual es poco común, y la mayor parte de los expertos cree que el riesgo de transmisión por vía sexual es bajo<sup>26</sup>. Nuestra paciente no presentaba antecedentes de cirugía, transfusiones sanguíneas o tatuajes, que son los mecanismos de transmisión más frecuentes, por lo que no se puede descartar la transmisión vía sexual.

En los casos clínicos 2 y 3, los servicios sociales, tras comprobación del entorno familiar, no encontraron indicios de abusos. En el estudio serológico no se encontró infección de ningún tipo.

En el caso clínico 4 no consideramos oportuno el estudio del entorno familiar, dado que la infestación era producida por *P. capitis*, adquirida probablemente en su escuela.

Existen muchas opciones de tratamiento para las infestaciones producidas por estos parásitos; sin embargo, cuando ocurren en la zona palpebral las opciones se reducen como consecuencia de la elevada toxicidad ocular de muchos de ellos. La mayoría de los estudios remarcan la necesidad de una correcta eliminación mecánica de los insectos y de las liendres. En ocasiones esta tarea obligará al corte de las pestañas. En niños y pacientes poco colaboradores, en los que la infestación no se consigue por otros medios, puede ser necesaria la sedación o anestesia general, siendo el empleo de toxina botulínica A una opción a considerar. Frecuentemente, la eliminación mecánica de los parásitos resulta incompleta, por lo que las recurrencias son habituales<sup>15,24,27</sup>. En nuestros casos, una correcta eliminación mecánica de los ejemplares adultos y de las liendres seguida de aplicación de pomada oftálmica de tobramicina 3 mg/g fue suficiente para evitar la recidiva a las dos semanas.

## Bibliografía

1. Kim KC, Ludwig HW. *The family classification of the Anoplura*. Syst Entomol 1978; 3 (3): 249-84.
2. Kosta Y. *Human lice: Pediculus and Pthirus*. En: Raoult D, Drancourt M. *Paleomicrobiology, past human infections*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2008: 215-22.
3. Momaya N. *Phthiriasis palpebrarum: an unusual presentation of blepharitis*. Int J Trop Med 2004; 2 (1): 1-3.
4. López García J, García Lozano I, Martínez Garchitorena J. *Phthiriasis palpebral: diagnóstico y tratamiento*. Arch Soc Esp Oftalmol 2003; 78 (7): 365-74.
5. Olivares-de Emparan JP, Carral-Santander C, Ustariz-González O. *Phthiriasis palpebral. Reporte de un caso*. Rev Mex Oftalmol 2008; 82 (3): 188-91.
6. Baskan C, Duman R, Balci M, Ozdogan S. *A rare cause of blepharoconjunctivitis: Phthiriasis palpebrarum*. Niger J Clin Pract 2015; 17 (6): 817-8.
7. Rasmussen JE. *Pediculosis and the pediatrician*. Pediatr Dermatol 1984; 2 (1): 74-9.
8. Madke B, Khopkar U. *Pediculosis capitis: An update*. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2012; 78 (4): 429.
9. Feldmeier H, Heukelbach J. *Epidermal parasitic skin diseases: a neglected category of poverty-associated plagues*. Bull World Health Organ 2009; 87 (2): 152-9.
10. Hernández H, Da Conceicao D, Santamaría V. *Pediculosis pubis, presentación de un caso*. Rev Cent Dermatol Pascua 2001; 10 (3): 130-4.
11. Charfi F, Ben ZZ, Maazoun M, Kharrat W, Sellami D, Makni F et al. *Phthiriasis pubis palpebrarum in children. Diagnosis and treatment*. J Fr Ophtalmol 2005; 28 (7): 765-8.
12. Barreto RdPP, Biancardi AL, Salgueiro MJ. *Chronic conjunctivitis related to phthiriasis palpebrarum*. Int Ophthalmol 2012; 32 (5): 467-9.
13. Manjunatha N, Jayamanne G, Desai S, Moss T, Lalik J, Woodland A. *Pediculosis pubis: presentation to ophthalmologist as phthiriasis palpebrarum associated with corneal epithelial keratitis*. Int J STD AIDS 2006; 17 (6): 424-6.



14. Anane S, Malek I, Kamoun R, Chtourou O. *Phthiriasis palpebrarum: Diagnosis and treatment*. J Fr Ophtalmol 2013; 36 (10): 815-9.
15. Yoon KC, Park HY, Seo MS, Park YG. *Mechanical treatment of phthiriasis palpebrarum*. Korean J Ophthalmol 2003; 17 (1): 71-3.
16. Couch JM, Green WR, Hirst LW, Zenaida C. *Diagnosing and treating Phthirus pubis palpebrarum*. Surv Ophthalmol 1982; 26 (4): 219-25.
17. Rundle PA, Hughes DS. *Phthirus pubis infestation of the eyelids*. Br J Ophthalmol 1993; 77 (12): 815.
18. Wendel K, Rompalo A. *Scabies and pediculosis pubis: an update of treatment regimens and general review*. Clin Infect Dis 2002; 35 (Supplement 2): S146-S51.
19. Burkhart CG, Burkhart CN. *Oral ivermectin for Phthirus pubis*. J Am Acad Dermatol 2004; 51 (6): 1037.
20. Ashkenazi I, Desatnik HR, Abraham FA. *Yellow mercuric oxide: a treatment of choice for phthiriasis palpebrarum*. Br J Ophthalmol 1991; 75 (6): 356-8.
21. Awan KJ. *Cryotherapy in phthiriasis palpebrarum*. Am J Ophthalmol 1977; 83 (6): 906-7.
22. Awan K. *Argon laser phototherapy of phthiriasis palpebrarum*. Ophthalmic Surg 1986; 17 (12): 813-4.
23. Vaitheeswaran K, Garg S, Kaur P. *Botulinum toxin A in the treatment of phthiriasis palpebrarum*. J AAPOS 2014; 18 (3): 290-1.
24. Ryan MF. *Phthiriasis palpebrarum infection: a concern for child abuse*. J Emerg Med 2014; 46 (6): 159-62.
25. Varela JA, Otero L, Espinosa E, Sánchez C, Junquera ML, Vázquez F. *Phthirus pubis in a sexually transmitted diseases unit: a study of 14 years*. Sex Transm Dis 2003; 30 (4): 292-6.
26. Fagundes GD, Bonazza V, Ceretta LB, Back AJ, Bettiol J. *Detection of the Hepatitis C virus in a population of adults*. Rev Latino-Am Enfermagem 2008; 16 (3): 396-400.
27. Thappa D, Karthikeyan K, Jeevankumar B. *Phthiriasis palpebrarum*. Postgrad Med J 2003; 79 (928): 102.

# Monoprost

Latanoprost 50 microgramos/ml Colirio en solución en envase unidosis

**NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Monoprost 50 microgramos/ml colirio en solución en envase unidosis. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** 1 ml de colirio contiene 50 microgramos de latanoprost.

Su caja contiene aproximadamente 1,5 microgramos de latanoprost. Excipientes con efecto conocido: 1 ml del colirio en solución contiene 50 mg de hidroxisteartato de macrogoliglicerol 40 (aceite de ricino polioxil hidrogenado). Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección *Lista de excipientes*. **FORMA FARMACÉUTICA:** Colirio en solución, en envase unidosis. La solución es ligeramente amarilla y opalescente. pH: 6,5-7,5. Osmolalidad: 250-310 mosmol/kg. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** Reducción de la presión intraocular elevada en pacientes con glaucoma de ángulo abierto e hipertensión ocular. **Posología y forma de administración:** Posología recomendada en adultos (incluidos pacientes de edad avanzada): La dosis terapéutica recomendada es de una gota en el (los) ojo(s) afectado(s) una vez al día. El efecto óptimo se obtiene si Monoprost se administra por la noche. La dosificación de Monoprost no debe exceder más de una vez al día, ya que se ha demostrado que una administración más frecuente reduce el efecto de disminución de la presión intraocular. Si se olvida de administrar una dosis, el tratamiento debe continuar con la administración de la siguiente dosis de la forma habitual. **Población pediátrica:** No se dispone de datos con Monoprost. **Forma de administración:** Vía oftálmica. Al igual que ocurre con cualquier otro colirio, se recomienda comprimir el saco lagrimal a la altura del canto medial (oclusión puntal) durante un minuto, con el fin de reducir una posible absorción sistémica. Esto debe realizarse inmediatamente después de la instalación de cada gota. Las lentes de contacto se deben retirar antes de la aplicación de las gotas, y se debe esperar al menos 15 minutos antes de volver a colocarlas. En el caso de estar utilizando más de un medicamento tópico oftálmico, dichos medicamentos se deben administrar con un intervalo de al menos cinco minutos. Un envase unidosis contiene suficiente cantidad de colirio para tratar ambos ojos. Para un solo uso. Este medicamento es una solución estéril que no contiene conservantes. La solución contenida en un envase unidosis debe utilizarse para el tratamiento del (de los) ojo(s) afectado(s) inmediatamente tras su apertura. Dado que no se puede mantener la esterilidad tras la apertura del envase unidosis, tras la administración debe eliminarse inmediatamente el líquido sobrante. **Los pacientes deben ser instruidos:** para evitar el contacto de la punta del gotero con el ojo o párpados, para utilizar el colirio en solución inmediatamente tras la primera apertura del envase unidosis y a desecharlo tras su uso. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad conocida al principio activo o a cualquiera de los excipientes incluidos en la sección *Lista de excipientes*. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Latanoprost puede cambiar gradualmente el color de los ojos al aumentar la cantidad de pigmento marrón en el iris. Antes de comenzar el tratamiento se debe informar a los pacientes de la posibilidad de un cambio permanente en el color del ojo. El tratamiento unilateral puede resultar en una heterocromía permanente. Este cambio en el color de los ojos se ha observado fundamentalmente en pacientes con iris de coloración mixta, es decir, azul-marrón, gris-marrón, verde-marrón o amarillo-marrón. En ensayos realizados con latanoprost se ha observado que el comienzo del cambio tiene lugar normalmente durante los ocho primeros meses de tratamiento, raramente durante el segundo o tercer año, y no se ha observado más allá del cuarto año de tratamiento. La velocidad de progresión de la pigmentación del iris disminuye con el tiempo y se estabiliza a los cinco años. No se han evaluado los efectos del incremento de la pigmentación más allá de los cinco años. En un ensayo abierto, sobre la seguridad de latanoprost a 5 años, el 33% de los pacientes desarrolló pigmentación del iris (ver sección *Reacciones adversas*). El cambio de color del iris es muy ligero en la mayoría de los casos y con frecuencia no se observa clínicamente. La incidencia en los pacientes con iris de coloración mixta oscilaba entre un 7% y un 85%, observándose la incidencia más alta en los pacientes con iris amarillo-marrón. Este cambio no se ha observado en los pacientes que presentan un color de ojos azul homogéneo. En los pacientes con un color de ojos gris, verde o marrón homogéneo este cambio se ha observado sólo raramente. El cambio en el color de los ojos se debe a un aumento del contenido de melanina en los melanocitos del estroma del iris y no a un aumento en el número de melanocitos. Normalmente la pigmentación marrón presente alrededor de la pupila se extiende concéntricamente hacia la periferia de los ojos afectados, pero el iris entero o parte del mismo puede adquirir un color más marrón. Una vez interrumpido el tratamiento, no se ha observado un incremento posterior de la pigmentación marrón del iris. En los ensayos clínicos realizados hasta la fecha, este cambio no se ha asociado con ningún síntoma ni alteración patológica. Los nevus y las pecas del iris no se han visto afectados por el tratamiento. En los ensayos clínicos realizados no se ha observado una acumulación de pigmento en la malla trabecular, ni en ninguna otra parte de la cámara anterior. En base a la experiencia clínica obtenida durante 5 años, no se ha demostrado que el incremento de la pigmentación del iris produzca alguna secuela clínica negativa, por lo que el tratamiento con latanoprost puede continuar en el caso de que siga produciéndose una pigmentación del iris. No obstante, los pacientes deben ser monitorizados regularmente y si la situación clínica así lo aconseja, el tratamiento con latanoprost deberá ser interrumpido. Existe una experiencia limitada relativa al uso de latanoprost en los casos de glaucoma de ángulo cerrado crónico, de glaucoma de ángulo abierto en pacientes pseudofáquicos y de glaucoma pigmentario. No existe experiencia sobre la utilización de latanoprost en glaucoma inflamatorio y neovascular, en condiciones de inflamación ocular o en glaucoma congénito. Latanoprost ejerce muy poco efecto o ningún efecto sobre la pupila, pero no existe experiencia en los casos de ataques agudos de glaucoma de ángulo cerrado. Por consiguiente, en estos casos se recomienda utilizar latanoprost con precaución, hasta que se disponga de una mayor experiencia. Existen datos limitados sobre la utilización de latanoprost durante el periodo perioperatorio de la cirugía de cataratas. Latanoprost debe utilizarse con precaución en estos pacientes. Latanoprost debe utilizarse con precaución en los pacientes con antecedentes de queratitis herpética y debe evitarse su uso en los casos de queratitis activa por herpes simple y en pacientes con antecedentes de queratitis herpética recurrente asociada específicamente con los análogos de las prostaglandinas. Se han notificado casos de edema macular (ver sección *Reacciones adversas*) principalmente en los pacientes afáquicos, en los pacientes pseudofáquicos con rotura de cápsula posterior o con lentes intraoculares de cámara anterior, o en pacientes con factores de riesgo conocidos para desarrollar edema macular cistoide (tales como retinopatía diabética y oclusión venosa retiniana). Latanoprost debe utilizarse con precaución en pacientes afáquicos, en pacientes pseudofáquicos con roturas en la cápsula posterior o con lentes intraoculares de cámara anterior, o en pacientes con factores de riesgo conocidos de desarrollar edema macular cistoide. En los pacientes con factores de riesgo conocidos de predisposición a la iritis y a la uveítis, latanoprost puede utilizarse pero con precaución. La experiencia en pacientes con asma es limitada, pero en la experiencia postcomercialización se han notificado casos de exacerbación de asma y/o disnea. Por lo tanto, hasta que se disponga de suficiente experiencia, los pacientes asmáticos deben ser tratados con precaución, ver también la sección *Reacciones adversas*. Se ha observado una decoloración de la piel periorbitaria, procediendo la mayor parte de las notificaciones de pacientes japoneses.

La experiencia disponible hasta la fecha, muestra que la decoloración de la piel periorbitaria no es permanente, habiendo revertido en algunos casos en los que se mantuvo el tratamiento con latanoprost. Latanoprost puede cambiar gradualmente las pestañas y el vello del párpado del ojo tratado y zonas circundantes; estos cambios incluyen el incremento de la longitud, del grosor, de la pigmentación y de la cantidad de pestañas y del vello palpebral, así como crecimiento desviado de las pestañas. Los cambios en las pestañas son reversibles una vez se interrumpe el tratamiento. Monoprost puede producir reacciones en la piel porque contiene hidroxisteartato de macrogoliglicerol (aceite de ricino polioxil hidrogenado). No hay disponibles actualmente estudios de seguridad a largo plazo con este excipiente. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No se dispone de datos definitivos de interacción con otros medicamentos. Se han notificado elevaciones paradójicas de la presión intraocular tras la administración oftálmica concomitante de dos análogos de prostaglandinas. Por ello, no se recomienda el uso de dos o más prostaglandinas, análogos de prostaglandinas o derivados de prostaglandinas. **Fertilidad, embarazo y lactancia: Embarazo:** No se ha establecido la seguridad de este medicamento en la utilización en mujeres embarazadas. Este medicamento posee efectos farmacológicos potencialmente peligrosos que pueden afectar al desarrollo del embarazo, al feto o al neonato. Por consiguiente, Monoprost no debe administrarse durante el embarazo. **Lactancia:** Latanoprost y sus metabolitos pueden excretarse en la leche materna, por lo que Monoprost no se debe administrar a mujeres en periodo de lactancia, o bien la lactancia deberá ser interrumpida. **Fertilidad:** No se ha detectado que latanoprost tuviera ningún efecto en la fertilidad masculina ni femenina en estudios realizados con animales. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** No se han efectuado estudios respecto al efecto de este medicamento sobre la capacidad para conducir. Como ocurre con otros colirios, la instalación de gotas oftálmicas puede producir visión borrosa transitoria. Los pacientes no deben conducir o utilizar máquinas hasta que esa situación se haya resuelto. **Reacciones adversas:** La mayoría de las reacciones adversas están relacionadas con el sistema ocular. En un estudio abierto de seguridad de latanoprost a 5 años, el 33% de los pacientes desarrolló pigmentación del iris (ver sección *Advertencias y precauciones especiales de empleo*). Otras reacciones adversas oculares son, por lo general, transitorias y ocurren con la administración de la dosis. Las reacciones adversas se clasifican según su frecuencia, de la siguiente forma: muy frecuentes ( $\geq 1/10$ ), frecuentes ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/100$ ), poco frecuentes ( $\geq 1/1.000$ ,  $< 1/100$ ), raros ( $\geq 1/10.000$ ,  $< 1/1.000$ ), muy raros ( $< 1/10.000$ ). Frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos de que se dispone). **Infecciones e infestaciones:** Frecuencia no conocida: Queratitis herpética. **Trastornos oculares:** *Muy frecuentes:* Aumento de la pigmentación del iris; hiperemia conjuntival de leve a moderada, irritación ocular (escorzo, sensación de arenilla, prurito, dolor y sensación de cuerpo extraño); cambios en las pestañas y el vello del párpado (incremento de la longitud, del grosor, de la pigmentación y de la cantidad) (la mayoría de los casos se notificaron en población japonesa). *Frecuentes:* Erosiones epiteliales puntiformes transitorias, generalmente asintomáticas; blefaritis; dolor ocular. *Poco frecuentes:* Edema palpebral; ojo seco; queratitis; visión borrosa; conjuntivitis. *Raros:* Iritis/uveítis (la mayoría de notificaciones procedentes de pacientes con factores concomitantes predisponentes); edema macular; edema y erosiones corneales sintomáticas; edema periorbitario; crecimiento desviado de las pestañas, que en algunos casos provoca irritación ocular; hileria accesoria de pestañas situadas sobre la abertura de las glándulas de Meibomio (distiquiasis). *Fotofobia.* *Muy raras:* Cambios periorbitales y de los párpados que dan lugar a una mayor profundidad del surco del párpado. *Frecuencia no conocida:* Quiste del iris. **Trastornos del sistema nervioso:** *Frecuencia no conocida:* Cefalea, mareo. **Trastornos cardíacos:** *Muy raros:* Agravamiento de la angina en pacientes con enfermedad preexistente. *Frecuencia no conocida:* Palpitaciones. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** *Raros:* Asma; exacerbación de asma y disnea. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** *Poco frecuente:* Erupción cutánea. *Raros:* Reacción localizada en la piel de los párpados; oscurecimiento de la piel de los párpados. **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo:** *Frecuencia no conocida:* Mialgias, artralgias. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** *Muy raros:* Dolor torácico. **Notificación de sospechas de reacciones adversas:** Es importante notificar las sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización.



Elo permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: <https://www.notificaram.es>. **Sobredosis:** Aparte de la irritación ocular y de la hiperemia conjuntival, no se conocen otros efectos adversos oculares debidos a una sobredosis de Monoprost. La siguiente información puede ser útil en caso de ingestión accidental de Monoprost: Un envase unidosis contiene 10 microgramos de latanoprost. Más del 90% se metaboliza por efecto de primer paso a través del hígado. La perfusión intravenosa de 3 microgramos/kg en voluntarios sanos produjo concentraciones plasmáticas medias 200 veces superiores a las obtenidas durante el tratamiento clínico, sin inducir síntomas, pero una dosis de 5,5 -10 microgramos/kg causó náuseas, dolor abdominal, vértigo, fatiga, sofoco y sudoración. En monos, el latanoprost se ha administrado por perfusión intravenosa en dosis de 500 microgramos/kg como máximo, sin producir efectos importantes sobre el sistema cardiovascular. La administración intravenosa de latanoprost a monos se ha asociado con la aparición de broncoconstricción transitoria. Sin embargo, en pacientes con asma bronquial moderada que recibieron una dosis de latanoprost tópico siete veces superior a la dosis clínica de Monoprost, no se indujo broncoconstricción. En caso de sobredosis con Monoprost, el tratamiento debe ser sintomático. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** Hidroxisteartato de macrogoliglicerol 40, sorbitol, carbómero 974P, macrogol 4000, edetato de disodio, hidróxido de sodio (para ajuste del pH), agua para preparaciones inyectables. **Incompatibilidades:** No procede. **Periodo de validez:** 2 años en el embalaje exterior. Tras la primera apertura del sobre: utilizar los envases unidosis dentro de los 7 días siguientes. Tras la primera apertura del envase unidosis: utilizar inmediatamente y desechar el envase unidosis después de utilizarlo. **Precauciones especiales de conservación:** Conservar por debajo de 25°C. Para las condiciones de conservación tras la primera apertura del medicamento, ver sección *Periodo de validez*. **Naturaleza y contenido del envase:** Cajas que contienen 1, 2, 6 o 18 sobres (polietileno/aluminio/polipropileno o polietileno/aluminio/polietileno), que contienen cada una 5 envases unidosis (LDPE) con 0,2 ml solución de colirio en solución. Las presentaciones contienen 5 (1x5), 10 (2x5), 30 (6x5) o 90 (18x5) envases unidosis. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envase. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones:** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN: LABORATOIRES THEA.** 12 RUE LOUIS BLERIOT, 63017 CLERMONT-FERRAND-CEDEX 2. Francia. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** 07/2014. **CONDICIONES DE DISPENSACIÓN:** MEDICAMENTO SUJETO A PRESCRIPCIÓN MÉDICA. Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. **PRESENTACIÓN Y PRECIO:** Caja con 30 unidosis - PVP (IVA): 15,61€.

# LEPHANET

Ahora con registro de **producto sanitario**

**NUEVO**

Registro de producto sanitario

CE 0459

0%

- ▶ Conservantes
- ▶ Perfumes
- ▶ Colorantes
- ▶ Jabones
- ▶ Ni otras sustancias agresivas



30 toallitas + 12 GRATIS · CN: 246116.1  
12 toallitas · CN: 162871.8

## INDICADO PARA LA HIGIENE DIARIA DE PÁRPADOS Y OJOS SENSIBLES COMO TAMBIÉN EN CASOS DE:

- ▶ Alergia o infección ocular
- ▶ Blefaritis, ojo seco, disfunción de las glándulas de Meibomio, orzuelos o chalazión
- ▶ Pre y post cirugía o inyección intravítrea



**ESPECIALISTAS EN HIGIENE Y CUIDADO PALPEBRAL**

Lephonet cumple con la legislación vigente de productos sanitarios. No utilizar en caso de alergia a alguno de los componentes. Se han notificado los siguientes acontecimientos adversos: sensación de quemazón o picor durante algunos minutos tras su uso, enrojecimiento o hinchazón de los párpados, reacciones alérgicas.

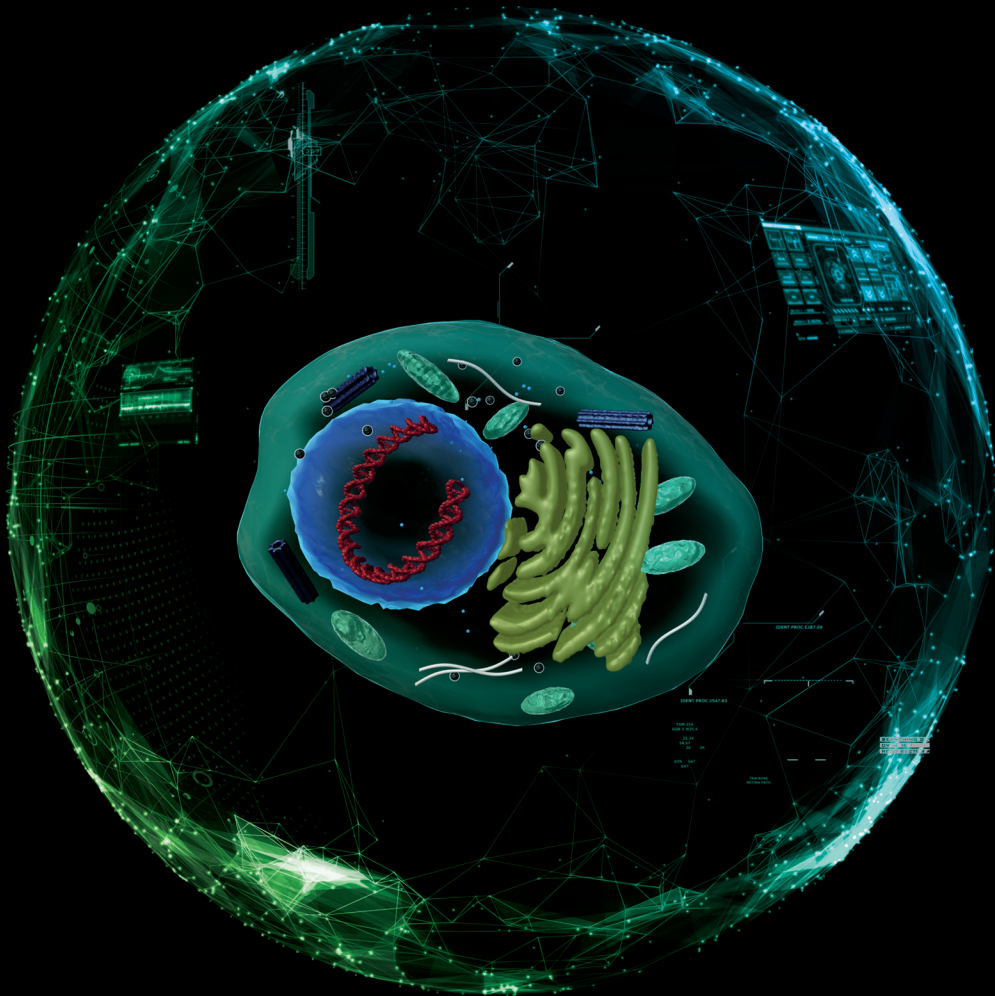
• OJO SECO MODERADO A GRAVE •

# THEALOZDUO®

TREHALOSA 3% · HIALURONATO DE SODIO 0,15%

0% CONSERVANTES 0% FOSFATOS

De la OSMOPROTECCIÓN a la  
BIOPROTECCIÓN



Para más información puede consultar las instrucciones de uso de los productos en: [laboratoriosthea.com](http://laboratoriosthea.com).  
Cumple con la legislación vigente de productos sanitarios. No utilizar en caso de alergia a alguno de los componentes.  
Thealoz Duo: raros casos de irritación ocular moderada.

