

Pediculosi del capo

Moreno Dutto¹, Andrea Drago², Giuseppe Lauria³

1 già Collaboratore Entomologia e Zoologia Medica. A.O. S. Croce e Carle, Cuneo

2 Entostudio s.r.l., Ponte San Nicolò (PD)

3 Direttore Dipartimento Emergenza e Accettazione. A.O.S. Croce e Carle, Cuneo

La pediculosi del capo è un'infestazione ectoparassitaria del cuoio capelluto sostenuta da *Pediculus humanus capitis*, comunemente noto come pidocchio del capo (Immagine 1).

Dal punto di vista parassitologico *P. h. capitis* è un insetto anopluro (la femmina adulta è lunga 3-4 mm) parassita obbligato permanente dell'uomo con regime trofico ematofago¹.



Immagine 1. *Pediculus humanus capitis*, comunemente noto come pidocchio del capo.

Il ciclo di sviluppo prevede tre stadi: uovo (lendine), neanide (diverse età) e adulto. Le lendini (bianco-gialline se contenenti l'embrione o bianco traslucide se vuote) vengono fatte aderire al fusto del capello in prossimità dell'ostio dal quale si distanziano progressivamente con la crescita giornaliera del capello. Il periodo di sviluppo embrionale è di circa 7-9 giorni. Gli stadi *juvenis* e l'adulto sono molto mobili e si riscontrano in numero limitato nella maggior parte dei soggetti infestati nei Paesi sviluppati.

L'infestazione umana inizia con la trasmissione del parassita, allo stadio di neanide o di adulto, da un soggetto infestato ad un altro sano. La via di trasmissione elettiva è il contatto diretto ("head to head"), mentre la trasmissione indiretta a mezzo federe, cappellini, sciarpe, spazzole, ecc., ha un limitato rilievo epidemiologico.

La parassitosi interessa prevalentemente i bambini (le femmine risultano maggiormente suscettibili rispetto ai maschi) in età scolare e può coinvolgere altri elementi del nucleo familiare².

Dal punto di vista sintomatico la parassitosi, inizialmente e nei casi di basse cariche infestanti, è pressoché asintomatica oppure associata a leggero prurito in particolare nella regione occipitale e temporale. Con l'aumentare della carica infestante e del grado di sensibilizzazione dell'ospite la sintomatologia pruriginosa aumenta ed è alla base di lesioni lineari da grattamento che possono facilmente infettarsi esitando in quadri di impetigine localizzata. A livello locale, sulla cute, possono essere riscontrate maculo-papule eritematose del diametro di 2-3 mm².

La diagnosi di parassitosi in atto deve basarsi esclusivamente sul riscontro di insetti adulti (Immagine 2, cerchio rosso) o di lendini attive, sebbene sia possibile ritrovare in concomitanza anche feci (Immagine 2, freccia blu), lendini vuote (Immagine 3 e 4) e abortite.



Immagine 2.
Insetti adulti tra i capelli (cerchio rosso) e loro feci (freccia blu).

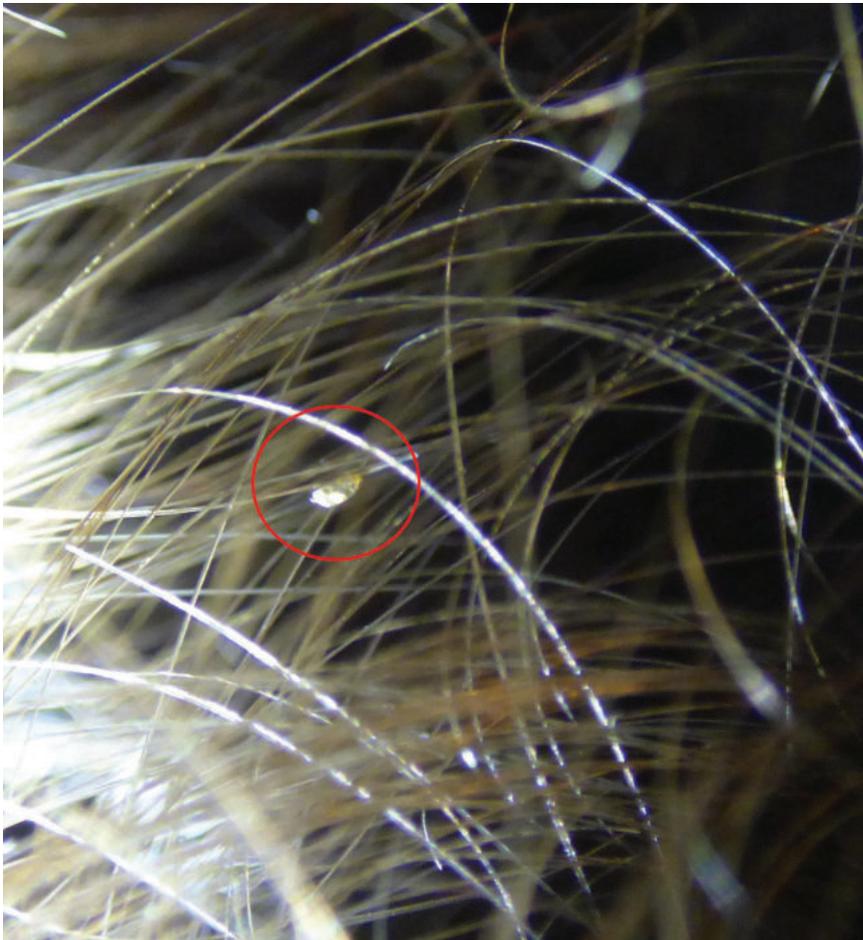


Immagine 3.
Lendine vuota.

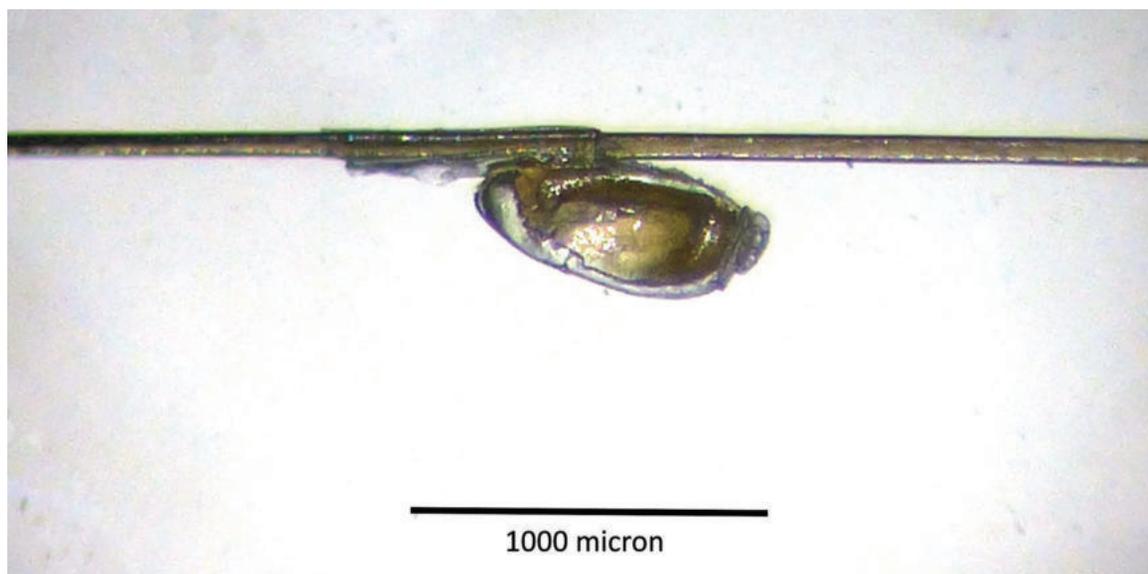


Immagine 4. Lendine inattiva (ingrandimento).

Il trattamento si basa sull'applicazione di prodotti in lozione o crema/gel a base di permetrina (nei giorni 0 e +7, sulla base della limitata capacità ovicida risulta necessario valutare l'opportunità di una terza applicazione anche a +14 giorni), malathion (0 e +7) o di prodotti pediculicidi ad azione meccanica (es. dimeticone)^{2,3}. Negli anni, l'insorgenza di fenomeni di resistenza alla permetrina ha stimolato la sperimentazione di nuove sostanze che esplicano la loro attività meccanicamente determinando la morte del parassita per asfissia seppure con risultati, in termini di efficacia, talvolta discordanti.

In associazione al trattamento insetticida farmacologico è necessario instaurare un trattamento deovulante con pettine con lume fra i denti non superiore a 0,3 mm. Spugnature a base di aceto hanno esclusivamente un effetto umettante dato che l'azione scollante esercitata sulle lendini è limitata.

A livello preventivo è utile limitare i contatti ravvicinati del capo ed evitare lo scambio di effetti lettereschi (federe e cuscini), vestiario (scarpe, cappellini, elastici per capelli, berretti, ecc.) e accessori per la cura del corpo (pettini e spazzole).

Bibliografia

- 1) Mathison BA, Pritt BS. Laboratory identification of arthropod ectoparasites. *Clin Microbiol Rev* 2014; 27 (1): 48-67.
- 2) Scanni G, Bonifazi E. Pediculosi del capo. *Eur J Pediat Dermatol* 2008; 18: 33-64.
- 3) Cainelli T, Giannetti A, Rebora A. *Manuale di dermatologia medica e chirurgica*. McGraw-Hill, Milano, 2004; pag. 663.