

Caso para diagnóstico

Prurito en piel cabelluda

Juan Ramón Trejo Acuña,* Fabiola Soria Uzquiano,** Myrna del Carmen Rodríguez Acar ***

CASO CLÍNICO

Mujer de 29 años de edad, originaria del Distrito Federal, acudió a consulta por prurito intenso en piel cabelluda, así como abundante «caspa» que no cedía con el uso de champúes comerciales. Negó la presencia de lesiones similares en otras partes del cuerpo y en otros miembros de la familia. A la exploración física se observó una dermatosis localizada en la piel cabelluda, con afección predominante del tercio medio de los tallos pilosos del

área parietofrontal y parietooccipital, constituida por gran cantidad de escama blanquecina de tamaño variable entre 2 y 4 mm, de formas elípticas, cilíndricas y algunas en gota, fácilmente desprendible (*Figura 1*).

El examen directo de un pelo afectado reveló una estructura de aspecto cilíndrico con extremos de apariencia deshilachada rodeando el tallo piloso, sin afección de la cutícula (*Figura 2*).

¿Cuál es su diagnóstico?



Figura 1. Concreciones blanquecinas en el tercio medio del tallo piloso.



Figura 2. Examen directo de un pelo afectado. Estructura cilíndrica que rodea la cutícula sin penetrarla, con extremos de aspecto deshilachado.

* Residente de 3er año de Dermatología.

** Residente de 2º año de Dermatología.

*** Jefa de la Consulta.

DIAGNÓSTICO: PITIRIASIS CAPITIS TUBULAR

La pitiriasis *capitis* tubular fue descrita en 1887 por Grindon. Kligman le denominó «vainas peripilares» en 1957. También se le conoce como cilindros pilosos y pseudoliendres. Su prevalencia no se ha determinado, probablemente es una entidad subdiagnosticada; hasta el año 2000 se habían reportado 33 casos en la literatura occidental.^{1,2}

En 1990 Zhu y colaboradores sugirieron que la inflamación de la piel cabelluda y las alteraciones circulatorias locales son las responsables de su presentación, a ello se atribuyó su mayor frecuencia en mujeres jóvenes que suelen usar peinados que implican la tracción del pelo, como trenzas y «colas de caballo». Zhang en 1995 y Dawber en 1996, también consideraron que esta patología se asocia con la tracción frecuente del pelo; Dawber mencionó además la posible asociación con la pitiriasis *capitis*.^{1,3,4} A este respecto, Piérard en 2005 demostró mediante microscopia óptica con cianoacrilato que la pitiriasis *capitis* puede manifestarse como cilindros pilosos sobre los que la escama furfurácea puede evidenciarse como estructuras oscuras de tamaño similar, de ahí el término pitiriasis *capitis* tubular.⁵ García y Camacho en el año 2000, introdujeron el término de vainas peripilares artefactas, y las definieron como aquéllas constituidas por masas de material extraño que envuelven al tallo piloso en alguna zona o en su totalidad.²

El término genérico más adecuado es el de cilindros pilosos o vainas peripilares, ya que el de pitiriasis *capitis* tubular sólo designa a los casos que son secundarios a una dermatitis seborreica de piel cabelluda.

Clínicamente se presentan como estructuras blanco amarillentas, en su mayoría cilíndricas, que rodean al tallo piloso sin adherirse a él y que se localizan en cualquier parte de la piel cabelluda. Según García y Camacho, se clasifican en paraqueratósicas y no paraqueratósicas de acuerdo al material que constituye al cilindro piloso; los primeros son los más frecuentes, son secundarios a trastornos de la queratinización de la piel cabelluda y se subclasifican en: procedentes de la vaina interna, de la vaina externa, mixtos y de la epidermis; las patologías asociadas con más frecuencia en orden decreciente son: psoriasis, pitiriasis *capitis*, pitiriasis esteatoide y liquen plano pilar; también se ha descrito en asociación con pseudopelada de Brocq y alopecia areata.²

Los cilindros pilosos no paraqueratósicos pueden ser de naturaleza fúngica (piedra blanca), bacteriana (tricomicosis) o artefacta (incluye los causados por fi-

jadores en aerosol, acondicionadores, aceites o tintes, y los causados por tracción del pelo).^{1,2}

En el caso de los cilindros pilosos secundarios a tracción, la fisiopatología propuesta es la inclinación hacia la superficie de las vainas radicales interna y externa, con hiperqueratosis ortoqueratósica del infundíbulo como resultado de las fuerzas de tracción, que se manifiesta como células córneas que rodean de forma periódica el tallo piloso.²

La importancia de conocer la causa de los cilindros pilosos radica en la frecuente confusión con pediculosis de la cabeza y con piedra blanca. Sin embargo, existen claves diagnósticas que ayudan a diferenciar las tres entidades. Los cilindros pilosos, especialmente los artefactos, suelen tener diferentes longitudes y formas y son fácilmente desprendibles; en cambio, en el caso de la pediculosis de la cabeza, las liendres resisten la tracción a lo largo del eje longitudinal del pelo debido al cemento que las adhiere al mismo. La dermatoscopia también es una herramienta útil para diferenciar ambas entidades; en el caso de las vainas peripilares se observan estructuras blanquecinas de forma cilíndrica, pero si se trata de una pediculosis las liendres se observan como estructuras blancas hialinas en forma de gota. Los cilindros pilosos suelen envolver el tallo piloso en toda su circunferencia, en cambio las liendres se adhieren en bandera, es decir, en un solo lado del pelo.⁶

Con respecto a la piedra blanca, el examen microscópico del pelo y los datos epidemiológicos constituyen las herramientas diagnósticas iniciales más útiles. En América predomina en regiones indígenas de Brasil y Venezuela. En México se han comunicado casos aislados en los estados de Sinaloa, Guerrero y el Distrito Federal.⁷⁻⁹ Si bien en algunas casuísticas predomina en hombres jóvenes, el sexo femenino es el predominante en los casos de afección a pelos de piel cabelluda, siendo el grupo pediátrico el más afectado. En general es asintomática y en el examen directo del pelo se observan concreciones de aspecto nodular con filamentos tabicados, artroconidios e incluso blastoconidios, lo que permite descartar rápidamente otras patologías y marca la pauta para completar el estudio micológico con cultivo de los pelos afectados. Autores como García y Camacho consideran que la piedra blanca puede ser causa de cilindros pilosos.^{2,7}

El tratamiento de los cilindros pilosos va orientado a la causa, en los casos asociados a trastornos de la queratinización, enfermedades micóticas y bacterianas, el padecimiento mejora con el control de la dermatosis de base; en los casos de vainas artefactas asociados al empleo de sustancias químicas, la suspensión de las

mismas suele resultar en mejoría completa, al igual que evitar peinados a tensión.

En nuestra paciente se prescribió ácido salicílico al 3% en champú, con mejoría notoria después de un mes de tratamiento.

La importancia del caso presentado radica en recordar las claves diagnósticas que permiten diferenciar la pitiriasis *capitis* tubular de otras entidades como la pediculosis, la cual suele requerir tratamiento familiar. Por otro lado, los casos atribuidos erróneamente a dicha ectoparasitosis implican estrés psicológico y, en ocasiones, aislamiento social innecesario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Minelli L, Dos Santos GA, Miguel de Marque SN. Casts: three cases and literature review. *An Bras Dermatol* 2006; 81: 159-162.
2. García HM, Camacho MF. Vainas peripilares artefactas. *Actas Dermosifiliogr* 2000; 91: 16-19.
3. Zhu WY, Xia MY, Wu JH, Do DA. Hair casts: a clinical and electron microscopic study. *Pediatr Dermatol* 1990; 7: 270-274.
4. Zhang W. Clinical and etiological studies on hair casts. *Clin Exp Dermatol* 1995; 20: 202-207.
5. Piérard FC, Uhoda E, Piérard GE. Quantification of dandruff adherence to hair. *Int J Cosmet Sc* 2005; 27: 279-282.
6. Bonifazi E, Scani G. Peripilar keratin hair casts-nits. Differential diagnosis in pediatric dermatology. *Eur J Ped Dermatol* 2007; 17: 134-135.
7. Muñoz EV, Díaz CE, González CJ, Trejo AJ. Piedra blanca en una paciente pediátrica: Reporte de un caso. *Rev Iberoam Micol* 2009; 26: 250-254.
8. Vázquez TO, García CG, Campos RT, Camacho MR et al. Piedra blanca de localización inusual en un paciente pediátrico. *Rev Mex Patol Clin* 2000; 47: 146-149.
9. Torres GS, Padilla M, Paulino BR, Sánchez D. Piedra blanca: Comunicación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2005; 14: 108-111.

Correspondencia:

Dra. Myrna del Carmen Rodríguez Acar
Dr. Vértiz Núm. 464, Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, Deleg. Cuauhtémoc,
México 06780, D.F.
Tel. 5519 6351
E-mail.: roamacar@yahoo.com.mx