

mi paciente es...

Una mujer de 47 años, vecina de Puebla de la Calzada...



Diego de Argila
Fernández-Durán
Unidad de Dermatología.
Hospital Infanta Cristina.
Badajoz.

Mi paciente es una mujer de 47 años, vecina de Puebla de la Calzada, ama de casa, a la que ya he atendido en otras ocasiones por motivos banales. De hecho, es una mujer básicamente sana, sin antecedentes médicos de interés, que más bien parece acudir al médico por sentirse integrada en el grupo de vecinas y amigas que a menudo me visitan.

Sin embargo, en este caso tenía motivos realmente objetivos para acudir a consulta.

Me contó que desde el verano, hacía unos 3 meses, tenía en el pulpejo del primer dedo del pie derecho una zona que le molestaba, obligándola a veces a modificar la velocidad de la marcha. Ocasionalmente se erosionaba y exudaba un líquido claro.

—Por no molestarle he ido a mi médico de cabecera. Pero no me ha servido de mucho, la verdad —me dijo realmente compungida.

Efectivamente. En atención primaria había sido tratada con un queratolítico que contenía ácido salicílico, experimentando un notable empeoramiento de los síntomas, por lo que suspendió el tratamiento a los pocos días de iniciarlo.

Cuando la exploré pude ver una pápula marrón queratósica de 7 × 6 mm de tamaño, de forma redondeada, con un tenue halo violáceo y elementos negros puntiformes en la proximidad de un margen (fig. 1). La palpa-



Figura 1. Pápula queratósica en pulpejo.

ción era dolorosa y a la presión lateral se eliminaba un material serohemático.

Aunque la anamnesis podía hacer pensar en una verruga vulgar, la inspección y palpación me llevaron por otros caminos: ¿tungiasis?, ¿granuloma anular perforante?, ¿tricogranuloma?

Procedí a la escarificación del centro lesional y pude extraer con una pinza fina sin dientes varios elementos filiformes elásticos y curvos de color negro (figs. 2 y 3).

Interrogué a mi paciente acerca de su actividad laboral. No era peluquera, pero me explicó que solía cortar el pelo en la cocina de su casa a su familia y a algún vecino conocido. No



Figura 2. Extracción de fragmentos de pelo.



Figura 3. Erosión tras limpieza superficial y elementos pilosos curvos.

era raro que en verano anduviese descalza por la casa. Recordó que el verano anterior había presentado una grieta dolorosa en la misma zona durante algunas semanas, que finalmente había curado.

Tras pincelar con povidona yodada con fines anti-sépticos, realicé una extracción cuidadosa de todos los elementos pilosos y una limpieza quirúrgica superficial. Pauté una cura oclusiva con pomada de mupirocina durante 5 días, con lo que las molestias y la lesión se resolvieron por completo a las 2 semanas del tratamiento.

Mi paciente presentaba un caso de tricogranuloma no profesional.

Los profesionales de la peluquería están expuestos a numerosos factores ambientales que predisponen a la aparición de dermatitis ocupacionales, como la humedad, la manipulación de diversos productos químicos y los traumatismos mecánicos. Una reciente revisión sistemática establece una prevalencia de dermatitis de contacto del 16,4 % en esta población¹.

Aunque hay pocos casos publicados, es probable que el tricogranuloma no sea infrecuente entre los profesionales de la peluquería. Se trata de una reacción a cuerpo extraño ocasionada por la penetración cutánea más o menos profunda de elementos pilosos exógenos cortos y afilados, durante el corte de pelo². Esto puede explicar que sea mucho más frecuente entre los peluqueros que cortan el pelo a los hombres que entre los que lo hacen a las mujeres. Los espacios interdigitales son las zonas de elección, aunque también se han descrito tricogranulomas subungueales³. La clínica es

variable, pudiendo manifestarse como un eritema discreto o como un absceso. Es frecuente la hipertrofia de la epidermis suprayacente. Las lesiones crónicas pueden conducir a un *sinus* interdigital (*sinus* del barbero)^{4,5}. Los tricogranulomas del pliegue del cuarto dedo del pie ocasionan un cuadro específico que consiste en dolor en la zona y un edema recurrente del dorso del pie, y en el que a menudo se dilata el diagnóstico.

Curiosamente, puede tratarse de un proceso ocupacional entre ganaderos, por penetración cutánea del pelo de vaca o lana de oveja en cara o en manos durante las labores de limpieza u ordeño de los animales⁶. En estos casos son más frecuentes complicaciones como las celulitis recurrentes o las dermatofitosis, cuando se introducen pelos infectados.

Así pues, finalmente en la historia de mi enferma añadí unos renglones:

Tricogranuloma en una paciente que no es peluquera, en una localización inusual. La exploración mínimamente invasiva durante la misma consulta permitió el diagnóstico rápido y su tratamiento. La eliminación de los fragmentos de pelo y la limpieza con antiséptico han sido suficientes.

Les puedo asegurar que mi paciente ha disfrutado con sus vecinas y amigas del relato de su «enfermedad» tan sorprendente como bien resuelta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Khumalo NP, Jessop S, Ehrlich R. Prevalence of cutaneous adverse effects of hairdressing: a systematic review. *Arch Dermatol*. 2006;142:362-4.
2. Grant I, Mahaffey PJ. Pilonidal sinus of the finger pulp. *J Hand Surg*. 2001;26:490-1.
3. Hogan DJ. Subungual trichogranuloma in a hairdresser. *Cutis*. 1988;42:105-6.
4. Schröder CM, Merk HF, Frank J. Barber's hair sinus in a female hairdresser: uncommon manifestation of an occupational dermatosis. *JEAD*. 2006;20:209-11.
5. Guerra Tapia A, Rodríguez Peralto JL, González-Guerra E. Lesiones fistulosas en manos de peluquero (tricogranuloma interdigital o mano de barbero). *Act Dermatolog*. 2003;8/9:693-4.
6. Lambert D, Terrussot MC, Dalac S, Boulitrop-Morvan C. Sheep wool granuloma. *Ann Dermatol Venereol*. 1995;122:534-5.