

## ESTUDIOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO

### Granulomas pilosos en las plantas de los pies de las peluqueras

**Resumen.**—Presentamos cinco casos de lesiones cutáneas en las plantas de los pies provocadas por un pelo. En todos los casos se trataba de peluqueras profesionales. En una de las pacientes el hallazgo fue casual, valorando un nevo melanocítico plantar, mientras que en las otras cuatro pacientes el pelo alógeno fue la causa directa de la patología consultada.

Tanto la localización como el hecho de que se encontraran exclusivamente en mujeres que trabajaban como peluqueras se explicarían por la vestimenta y el tipo de calzado empleados durante su trabajo. Conocer esta eventualidad y la profesión de las pacientes es importante para no despistar la causa de estos nódulos plantares.

**Palabras clave:** Peluqueras. Dermatitis profesional. Granuloma piloso. Fístula pilosa.

EMILIO DEL RÍO  
MIGUEL NAVAJO  
JAIME TORIBIO  
*Servicio de Dermatología.  
Complejo Hospitalario Universitario  
de Santiago de Compostela.*

*Correspondencia*

EMILIO DEL RÍO. Aldea Nova, 155. 15864 Ames (A Coruña).

Aceptado el 18 de julio de 2001.

#### INTRODUCCIÓN

Las fístulas interdigitales en las manos de los peluqueros son sobradamente conocidas en la literatura médica (1, 2). En la gran mayoría de los casos los propios peluqueros reconocen su causa y se extraen directamente el pelo antes de que se produzca una fístula persistente y una auténtica anidación de fragmentos pilosos en la dermis, con el consiguiente granuloma inflamatorio. Sin embargo, en otras ocasiones las lesiones que provocan estos fragmentos pilosos son más tórpidas en su presentación y ubicación, pasando inadvertida su posible causa al propio paciente, al médico de cabecera y hasta al dermatólogo. En el presente trabajo presentamos una serie de casos que así lo ilustran.

#### DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

Se trata de cinco pacientes, todas ellas mujeres y peluqueras de profesión, de edades comprendidas entre 22 y 42 años. Todas las lesiones que motivaron la consulta se hallaban en los pies: tres en las plantas, uno en el fondo del pliegue interdigital del cuarto y quinto dedos y otro debajo de la uña del primer dedo del pie. Las patologías simuladas por los granulomas pilosos fueron verruga plantar en dos casos (Figs. 1 y 2),

un callo blando interdigital y una posible tiña ungual. En el quinto caso los pelos se clavaban en el borde de un nevo melanocítico intradérmico plantar (Fig. 3) simulando un nevo melanocítico intradérmico piloso en una zona glabra. Los datos clínicos de estas cinco pacientes aparecen reflejados en la tabla I. Especial relevancia tienen los dos casos en los que imitaban una verruga plantar, ya que las pacientes venían sufriendo dolor y supuración recurrente en los últimos 12 y 4 meses, respectivamente. La paciente número 1 había



FIG. 1.—Caso 1. Tras un meticuloso raspado se observa aflorar un pelo enclavado en el centro de la lesión. Una vez retirado, el dolor y supuración cedió en pocos días.



FIG. 2.—Caso 2. El pelo enclavado es relativamente fácil de retirar, una vez rasurada con una hoja de bisturí la capa córnea perilesional, con una pinza tipo «mosquito» o con una pinza de depilar clásica. Obsérvese cómo el pelo enclavado se ha doblado sobre sí mismo tomando la forma de un anzuelo o arpón que permite que avance en profundidad y le impide el retroceso espontáneo.

sido tratada por su médico de cabecera con un antiverrugas convencional sin éxito y con antibióticos orales y antiinflamatorios en sucesivos episodios de supuración. Esta misma paciente fue remitida a su dermatólogo, quien le prescribió crioterapia al ver el punto negro del pelo en la superficie de la fístula.

### DISCUSIÓN

Probablemente todos los peluqueros hayan sufrido alguna vez la incomodidad de haberse clavado algún fragmento de pelo en sus manos, brazos o pecho. Es frecuente que no se den cuenta en el primer momento, aunque a lo largo de la jornada suelen notar una sensación de «pinchazo» ocasional en esa zona al coger el



FIG. 3.—Caso 4. Esta paciente acudió a consultarse este peculiar nevo melanocítico intradérmico plantar. El examen meticuloso permitió observar dos pelos aflorando de la base de implantación del mismo. Una vez extirpado, el patólogo nos informa de que estos pelos no nacen en folículos pilosos, sino que son tallos pilosos enclavados ahí y que producen una moderada reacción inflamatoria. Al preguntarle a la paciente por su profesión, efectivamente nos confirmó que era peluquera.

TABLA I: DATOS CLÍNICOS DE CINCO PACIENTES FEMENINAS CON GRANULOMA PILOSO DE LOS PIES

Paciente	Edad	Profesión	Localización	Patología imitada o asociada
1	22	Peluquera.	Planta.	Verruga plantar.
2	23	Peluquera.	Planta.	Verruga plantar.
3	32	Peluquera.	Espacio interdigital entre cuarto y quinto dedos.	Callo blando interdigital.
4	32	Peluquera.	Planta.	Nevo melanocítico piloso.
5	31	Recepcionista de peluquería.	Uña del primer dedo.	Tiña ungueal.

peine o las tijeras. Estos pinchazos y granulomas casi siempre se dan en la mano izquierda, ya que es con ésta con la que preparan y marcan el pelo cortándolo con la tijera en la mano derecha. Incluso en los pocos casos de peluqueros zurdos suelen presentarse también estas lesiones en la mano izquierda ya que se acostumbran a cortar con la derecha porque las tijeras convencionales sólo se pueden manejar adecuadamente con esta mano. Realmente resulta difícil comprender que un pelo se pueda clavar en la piel, y especialmente (como en los casos que aquí ilustramos) a través de la capa córnea intacta de la planta del pie. Quizá nos sea más fácil de entender si pensamos en la posibilidad de cortarse con el borde de una hoja de papel, experiencia que probablemente hayamos sufrido todos alguna vez. Además es posible que los pelos al ser cortados produzcan en su extremo un bisel que, a modo de punzón, facilitaría su penetración en la piel.

El reconocimiento de las fístulas interdigitales de los peluqueros como una lesión secundaria y profesional (1) tuvo una gran trascendencia etiopatogénica en la literatura quirúrgica ya que sirvió para cuestionar el origen malformativo o embrionario de los senos pilonidales clásicos o quistes sacros que hasta entonces se venían aceptando como una variante de los quistes dermoides. La presencia de lesiones idénticas en los peluqueros hizo pensar que todos tuvieran un mismo origen de afuera hacia adentro. A este argumento se podría añadir una observación histopatológica: la ausencia de pared epitelial y de folículos pilosos en los mal llamados «quistes sacros». Los auténticos quistes dermoides sí tiene una pared epitelial y anejos anclados en ella, especialmente folículos (3). La misma patogenia se propuso también para los senos pilonidales del ombligo (4-6) y del pene (7). Como contrapunto debemos reseñar que se ha descrito en la literatura española un caso de quiste interdigital de la mano (8) y otro del pie (9) que sí tenían una auténtica pared epitelial.

Por otra parte existen estructuras anatómicas que favorecen el acúmulo de los pelos en determinadas localizaciones, como el ombligo y la zona sacra, bien por la gravedad, bien por los movimientos corporales o por otros factores como el tipo de vestimenta.

Ciñéndonos únicamente a los peluqueros también vemos en la literatura casos de lesiones similares a estos quistes interdigitales en las mamas de las peluqueras (10), lo cual es lógico si se tiene en cuenta que la cabeza del cliente al que se le corta el pelo suele estar a esta altura al estar éste sentado y la peluquera de pie. Éste es el motivo de que la mayoría de los peluqueros usen ropas de nailon que impiden que las traspien los fragmentos pilosos.

Hasta donde hemos podido saber, la serie aquí descrita de dermatosis asociadas a la presencia de fragmentos pilosos en las plantas de los pies es la más amplia publicada ya que las descripciones de la bibliografía corresponden únicamente a casos aislados. La única justificación que encontramos para que las peluqueras (y no los peluqueros) se vean afectadas precisamente en la planta de los pies se podría deber al tipo de vestimenta y de calzado. El calzado femenino clásico suele ser más abierto que el calzado masculino y normalmente se usa sin calcetines. Además, el hecho de usar falda, bata o vestido mientras cortan el pelo también facilitarían la caída de los pelos directamente en el dorso de los pies, mientras que los peluqueros que usan pantalones minimizan este mecanismo. Toda vez que los fragmentos pilosos se han deslizado entre la piel y el calzado de la peluquera, el peso de propio cuerpo y la fricción con la suela facilitarían su penetración en la piel y la formación de los consiguientes granulomas de cuerpo extraño. Este mecanismo etiopatogénico debería de ser conocido entre las profesionales de la peluquería para que usaran una vestimenta con pantalón, preferiblemente a modo de funda y un calzado más protegido.

Finalmente estos casos aquí descritos (particularmente las pacientes 1 y 2) podrían muy bien etiquetarse de enfermedad o accidente profesional y no de un mero incidente o estigma profesional ya que la inflamación, el dolor y la incapacidad funcional recurrentes y la persistencia de las lesiones durante meses justifican sobradamente este apelativo más allá de la mera anécdota.

**Abstract.**—Five cases of cutaneous lesions on the soles provoked by an alogen hair shaft are presented. All the patients were hair-dressers. In one of them the findings was fortuite examining an acral melanocytic nevus while in the other four cases the hair shaft was the immediate cause of the dermatosis.

The etiopathogenesis and the clinical appearance of the lesions should be related to the shorter female clothes and shoes while they are working. Taking this hypothesis in mind and asking the profession of the patients are important to know the real cause of these lesions on the soles.

*Del Río E, Navajo M, Toribio M. Hair shaft granulomas on the soles of female hairdressers. Actas Dermosifiliogr 2001; 92:441-443.*

**Key words:** Female hairdresser. Occupational dermatosis. Hair shaft granuloma. Hair sinus.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Patey DH, Scarff RW. Pathology of postanal pilonidal sinus. *Lancet* 1946;2:484-6.
2. Kovalcick PJ. Relevancy of the barber's interdigital pilonidal sinus. *JAMA* 1973;224:1650.
3. Raffman RA. A re-evaluation of the pathogenesis of pilonidal sinus. *Ann Surg* 1959;150:895-903.
4. Colapinto ND. Umbilical pilonidal sinus. *Br J Surg* 1977; 64:494-5.
5. Eby CS, Jetton RL. Umbilical pilonidal sinus. *Arch Dermatol* 1972;106:893.
6. Schoelch SB, Barrett TL. Umbilical pilonidal sinus. *Cutis* 1998;62:83-4.
7. Val-Bernal JF, Azcarretazábal T, Garijo MF. Pilonidal sinus of the penis. A report of two cases, one of them associated with actinomycosis. *J Cutan Pathol* 1999;26:155-8.
8. España A, Torrelo A, Rocamora A, Ledo A. Quiste interdigital con fragmentos pilosos. *Actas Dermosifiliogr* 1991; 82:123-4.
9. Conde-Salazar L, Romeo L, Guimaraens V, Sánchez Yús E. Fístula y tricogranuloma interdigital de los peluqueros (Barber's hair sinus). *Gaceta Dermatol* 1982;3:203-5.
10. Gannon MX, Crowson MC, Fieldling JW. Perioral pilonidal abscesses in a hairdresser. *Br Med J* 1988;297:1641-2.