



CARTAS CLÍNICAS

Vainas peripilares y liendres



Hair casts and nits

Las vainas peripilares (VP), también denominadas pelos enfundados o moldes pilosos, es una entidad frecuente infra-diagnosticada y habitualmente confundida con liendres. Esto genera el uso repetido de tratamientos innecesarios con pediculicidas que facilita el desarrollo de resistencias a estos fármacos^{1,2}. Las VP están compuestas por células queratinizadas procedentes de las vainas radicales externa e interna del pelo, y muestran a veces zonas con paraqueratosis. Son estructuras de queratina tubulares, de color blanco-amarillento, que envuelven los tallos pilosos del cuero cabelludo. Su longitud varía entre 2 y 7 mm, y se localizan en el pelo a diferente distancia de la superficie cutánea^{3,4}.

En este artículo presentamos un nuevo caso de VP en una niña que utilizaba peinados a tensión, señalando los datos clínicos y dermatoscópicos que nos ayudaron a distinguirlas de las liendres de la pediculosis de la cabeza (PC).

Niña de 7 años de edad, diagnosticada de PC un año antes, consulta por la falta de eficacia de los tratamientos con permetrina en loción y champú. Aunque no le causaba prurito ni había convivientes afectados, este problema le generaba gran ansiedad a la madre. No referían lesiones previas en el cuero cabelludo ni cambio en el champú de uso habitual. Utilizaba con frecuencia peinados a tensión tipo «cola de caballo».

A la exploración física se observaron estructuras blanquecinas de 1-4 mm de longitud situadas en los tallos pilosos, a unos 3-5 cm de la superficie cutánea del cuero cabelludo, en las regiones frontal y temporal (fig. 1 A). Con la dermatoscopia se apreciaron segmentos tubulares de un material blanquecino, brillante, que envolvía los tallos pilosos (fig. 1 B). Estas pequeñas masas podían desplazarse con facilidad a lo largo de cada pelo. La prueba de pilotracción fue negativa, y no presentaba alteraciones estructurales del tallo piloso ni placas alopecias. La superficie de la piel era de características normales, sin signos inflamatorios ni descamación.

Con el diagnóstico de VP se pautó un champú de urea al 5% y se aconsejó evitar los peinados que traccionaran en exceso el pelo. En la revisión a los 4 meses se evidenció una cierta mejoría.

Las VP se clasifican en primarias y secundarias. En las primarias, o idiopáticas, no existe ninguna dermatosis de base en el cuero cabelludo. Estos casos podrían deberse a

la tracción persistente del pelo. Los moldes se encontrarían en las zonas de máxima tracción del peinado, es decir, en la región fronto-temporal de las mujeres que utilizan «colas de caballo» y en la línea media sagital en las de 2 trenzas. Las células de las capas radicales del pelo, debido a la intensa fuerza de tracción, se acumulan en el infundíbulo. Poco a poco se va formando un tapón de queratina que se ve arrastrado por el crecimiento del pelo hacia el exterior, a modo de funda. En las formas secundarias se asocia un proceso descamativo o inflamatorio del cuero cabelludo como la psoriasis, el liquen plano, el pénfigo vulgar, la alopecia por tracción o la dermatitis seborreica (falsa tiña amiantácea)^{2,4,5}. Algunos autores han sugerido que el uso de *sprays* para el pelo y el *Propionibacterium acnes* desempeñan un papel en la etiopatogenia de este proceso³.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con la tricomicosis axilar (infección bacteriana por *Corynebacterium* que afecta el pelo de axilas y pubis), la piedra blanca (micosis causada por *Trichosporon beigeli*), las escamas producidas por la dermatitis seborreica, los restos de geles capilares, la triconodosis y las alteraciones estructurales del cabello que cursan con aumento de la fragilidad capilar como el moniletrix y la tricurris nudosa^{4,6}. Sin embargo, la PC es la entidad que genera mayor confusión con las VP. Para evitar un diagnóstico erróneo debemos fijarnos en^{2,4}:

1. Grupo de edad. La PC afecta más a niños o niñas entre los 5 y 12 años, y la VP a niñas de 2 a 8 años.
2. Sintomatología. El prurito intenso del cuero cabelludo, síntoma cardinal en la PC (ausente en los primeros días), no está presente en las VP. En la infestación el rascado continuo genera excoriaciones, y con frecuencia impetiginización y linfadenopatías cervicales.
3. Localización. La PC afecta sobre todo la región occipital y la zona retroauricular, frente a la zona fronto-temporal en las VP (fig. 2 A).
4. Adherencia. A diferencia de las VP, que se deslizan con facilidad a lo largo del tallo, las liendres o huevos no pueden desprenderse del tallo piloso al estar firmemente unidas a él por una sustancia cementante. Incluso seguirán adheridas una vez hayan eclosionado y el huevo quede vacío.
5. Otros datos: la PC presenta oscilaciones estacionales y puede haber convivientes o compañeros del colegio afectados.
6. Dermatoscopia: la exploración con lupa, el examen microscópico y en la actualidad el dermatoscopio se

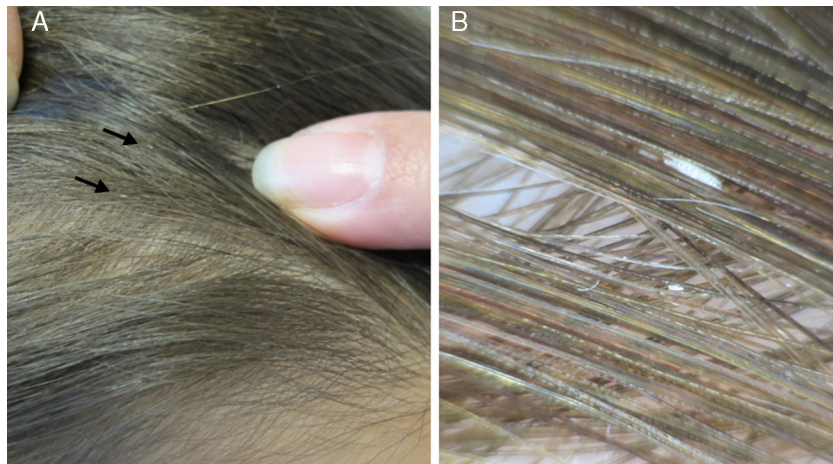


Figura 1 Vainas peripilares. A. Imagen clínica. Estructuras blanquecinas en tallos pilosos de la región frontal (flechas). B. Imagen dermatoscópica. Molde blanquecino tubular rodeando un tallo piloso.

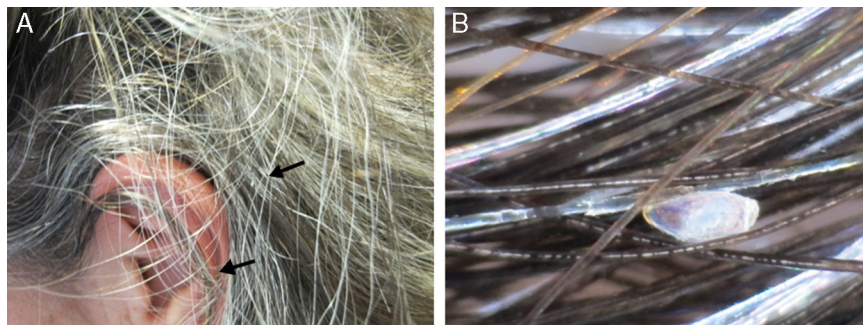


Figura 2 Pediculosis de la cabeza. A. Imagen clínica. En la región retroauricular izquierda se aprecian estructuras blanquecinas en los tallos pilosos (flechas). B. Imagen dermatoscópica. Masa ovalada traslúcida-blanquecina adherida a un tallo piloso (liendres vacías).

emplean para distinguir ambos procesos. En vez de apreciarse estructuras tubulares que envuelven el tallo piloso, en la PC se ven otras masas ovaladas, correspondientes a las liendres, que se disponen formando un ángulo agudo con el pelo (fig. 2 B). En la PC la identificación de liendres localizadas a pocos milímetros de la superficie cutánea sugieren infestación activa. El *pediculus humanus* variedad *capitis* (piojo de la cabeza) tiene una longitud de 2 a 4 mm y su cuerpo es alargado, pero son muy difíciles de ver, ya que suelen ser escasos y casi transparentes, a no ser que se hayan alimentado recientemente^{6,7}. La dermatoscopia, además de facilitar el diagnóstico, permite monitorizar el éxito o no del tratamiento, diferencia entre los huevos que contienen ninfas (infestación activa), marronáceos, y los vacíos de color traslúcido-blanquecino^{8,9}.

Para solucionar las VP primero hay que eliminar posibles causas como la tracción del peinado o, en los casos secundarios, la dermatosis asociada². También se deben emplear champús y lociones queratolíticas como la solución de ácido retinoico al 0,025% y el aceite salicilado al 5%, o métodos físicos como el cepillado, no enérgico, con peines de dientes finos^{3,10}.

En conclusión, es importante conocer las características clínicas y dermatoscópicas que permiten diferenciar las VP de las liendres, y así evitar ansiedad al paciente y a los familiares, y el uso de tratamientos repetidos innecesarios que generen resistencias en el futuro a los pediculicidas.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Ruiz Villaverde R, Galán Gutierrez M. Hair casts (pseudonits). CMAJ. 2013;185:E425. Disponible en: <http://www.cmaj.ca/content/185/9/E425.full.pdf>
2. Floristán Muruzábal U, Feltes Ochoa RA, Ramírez Marín P, de Lucas Laguna R. Vainas peripilares. Semergen. 2010;36:414-6. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl.servlet?f=10&pident_articulo=13154413&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=40&ty=67&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=40v36n07a13154413pdf001.pdf
3. Ozuguz P, Kacar S, Takci Z, Ekiz O, Kalkan G, Sen BB. Generalized hair casts due to traction. Pediatr Dermatol. 2013;30:614-5.
4. Casals Andreu M, García Hernández F. Seudoparásitos en el cuero cabelludo. Piel. 2005;20:251-3.
5. Tosti A, Miteva M, Torres F, Vincenzi C, Romanelli P. Hair casts are a dermoscopic clue for the diagnosis of traction alopecia. Br J Dermatol. 2010;163:1353-5.
6. Haliasos EC, Kerner M, Jaimes-Lopez N, Rudnicka L, Zalaudek I, Malvey J, et al. Dermoscopy for the pediatric dermatologist. Part I: Dermoscopy of pediatric infectious and inflammatory skin lesions and hair disorders. Pediatr Dermatol. 2013;30:163-71.
7. Martín JM, Ricart JM, Villalón G, Jordá E. Utilidad de la dermatoscopia para el diagnóstico de la pediculosis capitis. Rev Pediatr Aten Primaria. 2008;10:363-5. Disponible en: <http://www.pap.es/files/1116-842-pdf/955.pdf>
8. Di Stefani A, Hofmann-Wellenhof R, Zalaudek I. Dermoscopy for diagnosis and treatment monitoring of pediculosis capitis. J Am Acad Dermatol. 2006;54:909-11. Disponible en: <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0190-9622/PIIS0190962205046256.pdf>
9. Zalaudek I, Argenziano G. Dermoscopy of nits and pseudonits. N Engl J Med. 2012;367:1741. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMicm1103059>
10. Ruiz Villaverde R, Sánchez Cano D, Pacheco Sánchez Lafuente FJ. Vainas peripilares. An Pediatr (Barc). 2006;65:630-1. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl.servlet?f=10&pident_articulo=13095842&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=37&ty=149&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=37v65n06a13095842pdf001.pdf

E. León-Muiños^a, B. Monteagudo^{b,*}, Ó. Suárez-Amor^b, A. Vilas-Sueiro^b y C. de las Heras^b

^a Centro de Salud de San Sadurni, Área Sanitaria de Ferrol, SERGAS, San Sadurni, A Coruña, España

^b Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Área Sanitaria de Ferrol, SERGAS, Ferrol, A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: benigno.monteagudo.sanchez@sergas.es (B. Monteagudo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.01.010>

Síndrome compartimental agudo



Acute compartmental syndrome

Presentamos el caso de varón de 32 años, sin alergias medicamentosas ni antecedentes patológicos, que acudió a urgencias por dolor intenso en región de cuádriceps derecho a raíz de sufrir contusión directa mientras jugaba al fútbol 24 h antes. El paciente refería aumento del diámetro del muslo, así como impotencia funcional importante.

La exploración física mostraba un aumento del diámetro del muslo derecho respecto del izquierdo (fig. 1), dolor que aumentaba a la palpación y flexión activa y pasiva de la rodilla. El trofismo vascular y nervioso distal estaba conservado, con pulsos presentes y simétricos.

Como exploraciones complementarias se solicitó analítica que mostró elevación de la creatinina (CK) 687 UI/L, con el resto de parámetros dentro de la normalidad, radiografía simple de fémur donde se evidenciaba aumento de partes blandas sin lesión ósea y ecografía muscular que mostraba un hematoma de 35 × 52 × 97 mm (fig. 2) en vasto medial de muslo derecho.

Inicialmente se realizó vendaje compresivo (para limitar la expansión del hematoma), elevación de la extremidad e infusión endovenosa de metilprednisolona 60 mg junto con analgésicos (paracetamol y metamizol). Se realizó control clínico a las 2 h, evidenciándose disminución del edema y el dolor, permitiendo una flexión de rodilla hasta 70°. Puesto que la clínica mejoró sustancialmente con el tratamiento sintomático inicial se orientó el caso como síndrome

compartimental leve. Se mantuvo el paciente en observación el control del tropismo durante 6 h, con elevación de la extremidad y curas con agua de Burow, siendo dado de alta con franca mejoría de la clínica.

El síndrome compartimental agudo (SCA) es un conjunto de signos y síntomas que se producen como consecuencia del aumento de presión en el compartimento osteofascial de una extremidad. Este aumento de presión compromete la perfusión capilar de los tejidos, pudiendo causar anoxia celular e isquemia muscular, liberándose mioglobina de las células musculares lesionadas. Durante la reperfusión, la mioglobina pasa a la circulación conjuntamente con metabolitos inflamatorios y tóxicos. La mioglobinuria, la acidosis metabólica y la hiperpotasemia pueden producir insuficiencia renal, arritmias y llegar a producir parada cardiorespiratoria¹.

El SCA puede originarse por fracturas, contusiones, trastornos hemorrágicos, quemaduras, vendajes o yesos demasiado apretados, procesos de revascularización después de isquemia crítica prolongada de una extremidad. Un 40% de todos los síndromes compartimentales en extremidades inferiores se asocian a fracturas.

La localización más frecuente es en extremidades superiores, sobre todo en compartimento volar y dorsal del antebrazo o a nivel de musculatura intrínseca de las manos. En extremidades inferiores es más frecuente el compartimento anterior, seguido del lateral, posterior profundo y superficial. Las fracturas más frecuentemente asociadas son las de antebrazo, supracondílea de húmero y diáfisis tibial. Es más frecuente en pacientes jóvenes varones, y se estima una incidencia anual de 3,1 por cada 100.000².