

## CASOS CLÍNICOS

# Foliculitis por tracción: seis casos producidos por diferentes tipos de peinado tirante

F. Urbina, E. Sudy y M. Barrios

Dermatólogos en práctica privada. Santiago de Chile. Chile.

**Resumen.** La tracción excesiva del cabello producida por peinados tirantes puede originar una foliculitis mecánica e irritativa, no infecciosa, conocida como foliculitis por tracción. Presentamos una serie de 6 casos de foliculitis por tracción producida por diferentes tipos de peinado. Todas las pacientes eran mujeres, con edades entre 12 y 26 años. Sus peinados incluían trencitas, una cola de caballo, coletas en ambos lados de la cabeza, una coleta de macramé y dos pacientes con extensiones de cabello. Las lesiones consistían en diminutas pústulas foliculares levemente dolorosas, rodeadas de eritema, localizadas exclusivamente en áreas de máxima tracción del pelo. Solo en un caso las lesiones se asociaron con alopecia por tracción. En dos casos en que se realizó cultivo bacteriano se aisló *Staphylococcus aureus*. Todas las pacientes mejoraron tras deshacer su peinado y seguir tratamiento con flucloxacilina oral. Presumimos que el papel del *S. aureus* es secundario u oportunista, dado que solo los folículos sometidos a tracción estaban afectados, no así los adyacentes.

**Palabras clave:** foliculitis, cuero cabelludo, folículo piloso, alopecia, *S. aureus*.

## TRACTION FOLLICULITIS: 6 CASES CAUSED BY DIFFERENT TYPES OF HAIRSTYLE THAT PULL ON THE HAIR

**Abstract.** Excessive hair traction caused by hairstyles that pull the hair too tightly may cause noninfectious mechanical and irritant folliculitis known as traction folliculitis. We present a series of 6 cases of traction folliculitis caused by different hairstyles. All patients were women aged between 12 and 26 years old. Their hairstyles were braids, ponytails, pigtales, cornrows, and hair extensions in 2 patients. The lesions consisted of small, slightly painful, follicular pustules confined to the sites of maximum hair traction and surrounded by erythema. Only in 1 case were the lesions associated with traction alopecia. In 2 cases in which bacterial cultures were done, *Staphylococcus aureus* was isolated. All patients improved after undoing their hairstyle and treatment with oral flucloxacillin. We assume that the role of *S aureus* is secondary and opportunistic, given that only follicles subject to traction and not the adjacent ones were affected.

**Key words:** folliculitis, scalp, hair follicle, alopecia, *Staphylococcus aureus*.

## Introducción

El término foliculitis engloba un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por la inflamación del folículo piloso, lo que clínicamente determina la formación de pústulas centradas por un pelo. Existen foliculitis de origen infeccioso y no infeccioso; las primeras pueden producirse por bacterias (*Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas*, gramne-

gativos), y menos frecuentemente por hongos (dermatofitos, *Candida albicans* y *Pityrosporum*). Entre las foliculitis no infecciosas, las más conocidas son las de tipo mecánico producidas por afeitado o depilación (pseudofoliculitis), por cintas adhesivas o roce con ropas, o de tipo profesional tras contacto con aceites de corte o alquitranes. Variedades con características especiales incluyen la foliculitis pustulosa eosinofílica, la foliculitis queiloidea de la nuca, la foliculitis decalvante y la foliculitis perforante, entre otras.

Presentamos 6 casos sobre una variedad distintiva de foliculitis no infecciosa producida por tracción excesiva del cabello, originada por diferentes tipos de peinado, trastorno sobre el que solo hemos encontrado una referencia reciente en la literatura<sup>1</sup> y muy pocas o ninguna en las bases de datos o textos convencionales.

Correspondencia:  
Francisco Urbina.  
Algeciras, 583. Las Condes.  
Santiago de Chile. Chile.  
fcourbina@hotmail.com

Aceptado el 6 de octubre de 2008.

**Tabla 1.** Características de seis casos de folliculitis por tracción

Caso	Edad	Sexo	Distribución de pústulas	Tipo de peinado	Cultivo bacteriano
1	12	F	Periferia de la base de trencitas	Trencitas	NR
2	14	F	Banda lineal en la nuca	Cola de caballo	NR
3	13	F	Parietal bilateral	Coletas bilaterales	<i>S. aureus</i>
4	14	F	Nuca	Coleta de macramé	NR
5	24	F	Regiones temporales	Extensiones capilares	NR
6	26	F	Nuca	Extensiones capilares	<i>S. aureus</i>

F: femenino; NR: no realizado.



**Figura 1.** Pequeñas pústulas foliculares distribuidas en las zonas de máxima tracción de las trencitas. Las zonas intermedias aparecen indemnes.



**Figura 2.** Banda eritematosa lineal centrada por diminutas pápulo-pústulas foliculares en la zona de máxima tracción de una «cola de caballo».

## Casos clínicos

Las características de los casos se resumen en la tabla 1. Todos correspondían a niñas o mujeres jóvenes, con un promedio de edad de aproximadamente 17 años (12 a 26 años), que consultaron por una erupción dolorosa en el cuero cabelludo de pocos días de evolución. Las lesiones aparecieron poco después de realizarse distintos tipos de peinado tirante, incluyendo trencitas y coletas (casos 1 a 3); en una paciente las lesiones aparecieron tras colgarse una coleta de macramé (caso 4) y en dos pacientes el proceso estaba relacionado con el uso de extensiones de pelo (casos 5 y 6), una de ellas con 33 trencitas que pesaban 80 g en total (caso 5).

Al examen presentaban pequeñas pústulas foliculares dolorosas que se distribuían únicamente en las zonas de máxima tracción del cabello, afectando la periferia de la base de las trencitas (fig. 1) o en forma de una banda lineal en la zona de mayor tracción de una «cola de caballo» (fig. 2). En el resto del cuero cabelludo y en otras zonas pilosas no existían lesiones pustulosas similares; una pa-

ciente mostraba, además, signos de alopecia por tracción en ambas regiones parietales afectadas por la erupción pustulosa (fig. 3). En los casos con implantes artificiales las pústulas aparecían limitadas a la región del implante (figs. 4 y 5).

En dos casos en que se solicitó cultivo bacteriológico de las pústulas se aisló *S. aureus*.

Todas mejoraron tras tratamiento con flucloxacilina oral, la indicación de deshacer las trenzas, el empleo de coletas menos tirantes y la eliminación de los implantes. La paciente del caso 4 refirió en el momento de la consulta que las lesiones estaban disminuyendo espontáneamente tras haberse quitado la coleta de macramé.

## Discusión

Los casos descritos corresponden a niñas o mujeres jóvenes en quienes las lesiones se produjeron tras el uso de trenzas muy tirantes o de coletas apretadas, artificiales, o implantación de extensiones de cabello. Las lesiones se ca-



**Figura 3.** Pelo ralo en las regiones temporales y pústulas foliculares aisladas en las zonas de peinado con coletas en ambos lados de la cabeza.



**Figura 4.** Pústulas foliculares en la región de la nuca, zona donde estaba trenzada una «coleta de macramé».

racterizaban por diminutas pápulas o pústulas foliculares dolorosas localizadas en las zonas de máxima tracción del pelo, que involucionaron con tratamiento antibiótico oral, además de deshacer las trenzas o retirar las extensiones. En una paciente la excesiva tirantez de las coletas determinó cierto grado de alopecia por tracción, además de la foliculitis. En dos casos en que se solicitó cultivo bacteriológico se aisló *S. aureus*.

Las primeras observaciones con respecto a este proceso probablemente pueden ser atribuidas a Slepian<sup>2</sup> tras describir 24 casos de alopecia por tracción en niñas que se sujetaban el pelo a modo de una «cola de caballo»; algunas presentaban lesiones de foliculitis estafilocócica secundaria, debida a la irritación folicular producida por la tracción. Poco después, Rollins<sup>3</sup> destacó la asociación de ambos procesos con vainas peripilares de cabello, las que generalmente son idiopáticas, pero que en ocasiones se detectan en niñas que se peinan con trenzas<sup>4</sup>.

En nuestra opinión, este cuadro debe tenerse en mente ante la creciente moda entre los jóvenes de ambos sexos por el uso de peinados con trenzas, incluyendo la cola de caballo, los moños, las trenzas estilo rastafari y el peinado de los niños *Sikb*<sup>5</sup>. Como posibles agravantes destacan el uso de pomadas o geles para alisar el pelo y el mismo peso de las extensiones artificiales, que podría producir más daño que las trenzas hechas con pelo del propio paciente<sup>6</sup>. El aumento de la tracción del pelo determina una inflamación folicular leve, que si es mantenida en el tiempo puede originar la pérdida mecánica de los cabellos y atrofia folicular con pelos más finos y cortos, proceso que en un principio puede ser reversible, pero que de ser persistente puede originar finalmente cicatrices y alopecia permanente<sup>7</sup>.

El diagnóstico del trastorno debe sospecharse ante el hallazgo de pústulas foliculares aisladas en un paciente con cualquier tipo de trenzas y con lesiones dolorosas localizadas solamente en las zonas de máxima tracción del cabello.



**Figura 5.** Pápulo-pústulas foliculares en las zonas de máxima tracción de una extensión capilar. El pegamento de la extensión puede apreciarse en el conglomerado de pelo situado en la trenza sobre la oreja.

Presumimos que su escasa observación en la consulta y su ausencia en textos de la especialidad o en publicaciones dermatológicas se debe a que constituye un trastorno banal, que cede espontáneamente al soltar el paciente sus trenzas y lavarse el pelo. El papel de las bacterias en la etiopatogenia del proceso posiblemente sea de tipo oportunista, sin constituir un proceso infeccioso propiamente dicho, puesto que los folículos vecinos, no sometidos a tracción, no se ven afectados.

#### **Conflicto de intereses**

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Fox GN, Stausmire JM, Mehregan DR. Traction folliculitis: an underreported entity. *Cutis*. 2007;79:26-30.
2. Slepian AH. Traction alopecia. *AMA Arch Dermatol*. 1958;78:395-8.
3. Rollins TG. Traction folliculitis with hair casts and alopecia. *Am J Dis Child*. 1961;101:639-40.
4. Camacho F, Montagna W. *Tricología. Enfermedades del folículo pilosebáceo*. Madrid: Grupo Aula Médica S.A.;1996. p. 187-8.
5. Jordaan HF. An approach to the diagnosis and management of patchy, non-scarring hair loss. *SA Fam Pract*. 2007;49:26-9.
6. Khumalo NP, Jessop S, Gumedze F, Ehrlich R. Hairdressing and the prevalence of scalp disease in African adults. *Br J Dermatol*. 2007;157:981-8.
7. Callender VD, McMichael AJ, Cohen GF. Medical and surgical therapies for alopecias in black women. *Dermatol Ther*. 2004;17:164-76.