

Tricotilomanía: Presentación de tres casos y revisión de pruebas diagnósticas.

Jaime Piquero-Casals¹, Edgar La Rotta-Higuera¹, Vanesa Piquero-Casals¹, Rolando Hernández-Pérez² y Jaime Piquero-Martín³.

¹Clínica de la Piel, Caracas, ²Dermatología Hospital General "Dr. Luis Razetti", Barinas y

³Servicio de Dermatología, Hospital Vargas. Caracas, Venezuela.

Correo electrónico: jaimepiquero@hotmail.com

Palabras clave: Alopecia, tricotilomanía, cabello, trastorno compulsivo.

Resumen. La tricotilomanía es un trastorno crónico que se manifiesta cuando los pacientes se halan su propio pelo, dejando un patrón bizarro de alopecia. Como trastorno obsesivo-compulsivo, el comportamiento de halar el pelo es reconocido como sin sentido y no deseado pero en respuesta a diversas emociones y trastornos afectivos, así como incremento de la ansiedad o conflictos inconcientes dando como resultado alivio de la tensión posterior a la extracción del pelo. La condición puede ser episódica, pero usualmente es crónica y difícil de tratar. Se presentan tres casos de tricotilomanía y se revisan los hallazgos clínicos y patológicos de este trastorno con implicaciones sociales. Adicionalmente, se discute brevemente las opciones terapéuticas para dermatólogos y como, con la colaboración con psiquiatría, se realiza un óptimo manejo de estos pacientes.

Trichotillomania: Three cases presentation and diagnosis tests review.

Invest Clin 2007; 48(3): 359 - 366

Key words: Alopecia, trichotillomania, hair, compulsive disorder.

Abstract. Trichotillomania represents a chronic disorder in which patients traumatically remove their own hair in a bizarre pattern. Like obsessive-compulsive disorder, the hair-pulling behavior is recognized as senseless and undesirable, but is performed in response to several emotions and affects, such as increasing anxiety, or unconscious conflicts with a resultant tension relief. The condition may be episodic, but is usually chronic and difficult to treat. We present three cases of trichotillomania and review common clinical

and pathologic findings of this, often chronic and socially debilitating, disorder. In addition, we discuss treatment options for dermatologists and how the collaboration with psychiatrists is the most effective management for these difficult-to-treat patients.

Recibido: 28-08-2006. Aceptado: 30-11-2006.

INTRODUCCIÓN

La tricotilomanía representa el acto compulsivo que tienen los pacientes que lo sufren de extraer los cabellos. El abordaje de pacientes con esta tricosis compulsiva requiere cautela y debe ser realizada bajo el punto de vista psiquiátrico y dermatológico (1). El área afectada más frecuentemente es el cuero cabelludo, seguido de las cejas, pestañas, y pelo púbico (2). Los hombres tienden a traccionar el pelo de una variedad de sitios mayor que la mujer y son más propensos a halar pelo de la cara, pecho y abdomen (3). Hay casos que únicamente se halan el pelo de la falange proximal de un dedo de la mano no dominante (4). Los episodios de tracción del cabello ocurren en sesiones prolongadas o en sesiones cortas que duran unos pocos segundos o minutos; ella puede ocurrir en dos diferentes episodios identificados: focalizados o en forma sedentaria/contemplativa (5). La forma focalizada es habitual que ocurra en períodos de tensión aumentada, estrés emocional o con emociones negativas, pero también pueden ocurrir durante actividades sedentarias como ver televisión, leyendo, acostado en la cama, manejando y estudiando. En estas actividades se aprecian las sesiones de arrancamiento de cabello más prolongadas y contemplativas. Muchas veces el paciente no extrae directamente el cabello sino que pasa varias horas enrollándolo en el dedo para después arrancarlo (6).

Se presentan tres casos con esta patología, realizando una exhaustiva discusión de las claves clínicas y diagnósticas de esta psicodermatosis.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1. Paciente de sexo femenino de 18 años de edad, natural y procedente de Barinas, quien consulta por caída de cabello con dos años de evolución, refiere que posterior a tratamiento químico de alisado del cabello en peluquería comenzó con prurito en cuero cabelludo, debilidad y disminución del calibre del pelo. Asistió a diversos facultativos y realizó múltiples tratamientos sin mejoría clínica. Al examen se observa una gran cantidad de cabellos de diferentes longitudes, algunos son normales y otros rotos a diferentes alturas, retorcidos. El crecimiento de algunos pelos vistos con la lupa apunta a lugares diferentes del resto del pelo, dando una imagen como de pelo im-peinable, localizada en forma de placa localizada en áreas parietales, más intenso en la derecha parietal. El cuero cabelludo es discretamente descamativo (Fig. 1).

Los exámenes de laboratorio convencional, hormonal e inmunológico son normales. Al estudio histopatológico se observa un folículo piloso miniaturizado y alterado torcido en su propio eje longitudinal.

No presentó ninguna conducta obsesiva ni compulsiva (repetitiva) pero dado el patrón de la alopecia le planteamos el diagnóstico de tricotilomanía o alopecia por tracción y finalmente acepta que tiene la conducta de arrancarse los pelos, pero dice que sólo en algunas ocasiones. Se inició sertralina 100 mg/día con buena respuesta luego de seis semanas de tratamiento.

Caso 2. El segundo caso, se trata de paciente de sexo femenino de 21 años de edad, natural y procedente de Caracas, re-



Fig. 1. Alopecia en área parietal derecha del Caso 1.



Fig. 2. Pérdida del cabello con predominio en región parietal y occipital del Caso 2.

fiere inicio de enfermedad hace aproximadamente 6 meses con pérdida progresiva del cabello de predominio en región parietal y occipital de cuero cabelludo (Fig. 2). Niega otros concomitantes y al examen físico y de laboratorio no se evidencian alteraciones o hallazgos contributorios al diagnóstico. La paciente es diagnosticada en principio como alopecia areata de patrón ofiáceo versus tricotilomanía, a pesar que la paciente y los familiares niegan arrancamiento del cabello. Se decide tomar biopsia por sacabocado en piel de región parietal izquierda en la que se evidencian folículos vacíos y cabellos en fase anágena inicial así como tricomalasia, corroborándose la hipótesis de tricotilomanía (Fig. 3). Se explica al paciente la naturaleza de su condición y se decide iniciar fluoxetina y acompañamiento conjunto con psiquiatría.

Caso 3. Paciente femenina de 12 años de edad, natural de Maracaibo y procedente de Caracas que la madre refiere inicio de la enfermedad hace tres meses cuando evidencia arrancamiento de la porción distal de cejas en períodos de reposo y actividades sedentarias de la niña, en forma persistente y continua, ocasionando alopecia evidente de porción distal de ambas cejas (madarosis distal) (Fig. 4). La paciente es referida para psiquiatría infantil quien indica psicoterapia.

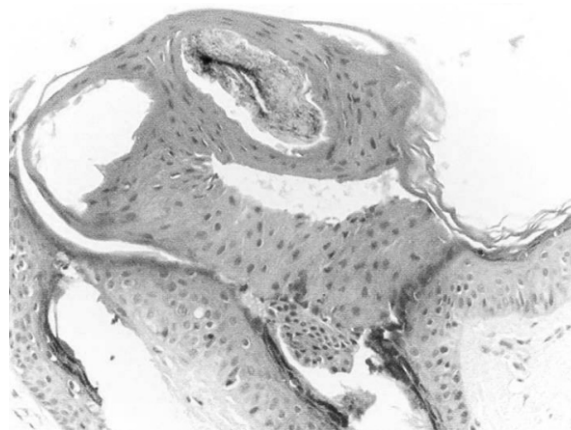


Fig. 3. Estudio histopatológico de biopsia de piel de región parietal izquierda del Caso 2. Se evidencian folículos vacíos y cabellos en fase anágena inicial y tricomalasia.



Fig. 4. Alopecia evidente en la porción distal de la ceja del Caso 3.

pia y deportes, con desaparición de la conducta luego de dos meses de tratamiento.

DISCUSIÓN

Se presentan tres casos de 18, 21 y 12 años de edad todos de sexo femenino, las dos primeras con compromiso de cuero cabelludo y la última en cejas. La primera de las pacientes, con 18 años de edad, posterior al diagnóstico con la biopsia de piel de cuero cabelludo, aceptó su condición lo que facilitó su tratamiento en conjunto con psiquiatría. La segunda paciente fue diagnosticada también con estudio histopatológico y solo después de someterse a tratamiento ella y sus familiares aceptaron la condición. En el último caso presentado, los padres observaron el acto repetido de la niña de arrancarse las cejas durante actividades sedentarias y al recibir tratamiento con psicoterapia y estimular a la paciente a practicar natación para evitar períodos de ocio, en corto plazo se logró resolver el acto compulsivo.

Los actos compulsivos son disturbios psicopatológicos caracterizados por impulso repetitivo e incontrolable para realizar determinada acción. Las características clínicas de un acto compulsivo serían: falla en la tentativa de resistir al impulso; tentación para actos peligrosos para sí mismos u otros; aumento en la tensión o excitación

inmediatamente antes del acto; gratificación o placer inmediatamente después del acto (7) (Tabla I).

De los más variados impulsos, cuatro son los más frecuentes, a saber: juego compulsivo, cleptomanía, tricotilomanía y compras compulsivas (8).

Cuando la tricotilomanía ocurre después de la adolescencia es más probable que exista una psicopatía o desorden que cause ansiedad (9). Es mucho más frecuente observar la patología en mujeres que en hombres (10, 11). Curiosamente algunas veces los pacientes no se preocupan con la apariencia bizarra de sus cabellos (*la belle indifférence*), lo que constituye un fuerte indicio para diagnóstico (12). Algunos admiten que realmente extraen cabellos y atribuyen el acto de halar a prurito o a otras dermatosis que causan prurito (13, 14). Sin embargo así como presentamos en nuestras pacientes la mayoría niega terminantemente cualquier manipulación de los cabellos, dificultando un abordaje terapéutico (15). Algunos de los pacientes sienten vergüenza de la falta de pelo y utilizan maquillaje, pelucas, sombreros, lentes de sol o estilos de peinados para disimular la condición. Estos pacientes son reacios a buscar ayuda médica, por vergüenza ante la patología y sentimiento de culpa (16). La tricotilomanía en el adulto es más grave que en el niño en quien muchas veces el cuadro se resuel-

TABLA I
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN EL DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (DSM-IV)

Tracción del pelo recurrente resultando en áreas alopecias evidentes

Incremento de tensión emocional inmediatamente antes de halar el cabello o cuando se intenta resistir el acto.

Placer, gratificación o alivio cuando el pelo es traccionado y consecuentemente extraído.

El trastorno no es explicado apenas por la existencia de enfermedad mental y no es considerado una condición médica específica (ejemplo: enfermedad dermatológica)

El disturbio causa significativa angustia o impedimento social, ocupacional y en otras áreas importantes de funcionamiento.

ve espontáneamente con el pasar de los años (17-19).

Desde el punto de vista dermatológico, la tricotilomanía es una patología rica en signos y síntomas clínicos y la mayoría de las veces es fácil el diagnóstico cuando el paciente o los familiares refieren el acto crónico de traccionar el cabello así como observamos en nuestra última paciente presentada. El cuadro es generalmente precipitado o agravado por una patología en el cuero cabelludo como eccema, neurodermatitis, pediculosis capitis, dermatofitosis o alopecia areata (20). Puede estar acompañado de tricofagia y en ocasiones son encontrados pelos dentro de la boca del paciente o acumulados en estómago o intestino formando el denominado tricobezoar o "bola de pelo" (21-24). Esta asociación de tricotilomanía y tricobezoar es denominada de síndrome de Rapunzel (25). En las áreas de alopecia, existen cabellos normales de diferentes tamaños, raramente existiendo alopecia total. Son áreas irregulares de márgenes mal definidos. En general, compromete múltiples áreas en la región temporo-parietal. No hay señales inflamatorias y fuera del área en cuero cabelludo presenta aspecto normal. Cuando se examinan los cabellos en las áreas comprometidas se verifica que los cabellos están en fase anágenas, diferentes de los cabellos peládicos (26). Ante la duda diagnóstica, se puede realizar un tricograma o biopsia del cuero cabelludo (27). El diagnóstico diferencial más importante es con alopecia areata. En esta afección las placas son habitualmente circulares u ovales, de límites nítidos, apareamiento súbito y ausencia total de cabellos en el interior de la placa. En el borde hay cabellos fácilmente destacables, con la raíz afilada y decolorada (pelos peládicos) (28). Otro diagnóstico diferencial en niños es con la tiña tonsurante, en que se nota descamación y fragmentos de pelos infectados (29).

Entre las herramientas o pruebas diagnósticas se encuentran:

Prueba de luz fluorescente

Es una prueba sencilla y demuestra únicamente si el paciente manipula el cabello. Junto al área alterada de cabello se coloca tinta fluorescente del que se usa en los marcadores resaltadores de texto. Al día siguiente la mano del paciente se observa en la luz de Wood. La positividad demuestra que el paciente manipuló los cabellos. (Esta prueba tiene especial valor para convencer al acompañante que realmente el paciente manipula el cabello) (30).

Prueba de tracción suave

Como la mayoría están en fase anágena, los cabellos no se desprenden con esta prueba, que se muestra por tanto, negativa; sin embargo, como hay lesión de las astas, puede haber quiebre del pelo y los cabellos que se sueltan realmente son pedazos de asta, llevando a un resultado falso positivo. En estos casos es fundamental el microscopio para analizar las extremidades de los cabellos (27).

Pilotracción

Se realiza con tracción intensa sobre los cabellos, la prueba es útil ya que los cabellos como generalmente están quebradizos, se demuestra la obtención de fragmentos (6, 30).

Tricograma

El tricograma en la tricotilomanía es bastante característico y diagnóstico. Se pide al paciente recolectar durante cuatro días consecutivos el cabello colocándolo en sobres separados dos días lavando y dos días sin lavar el cabello. Debe colocar en el sobre día, número de cabellos y si lavó o no el cabello. Los cabellos los debe recolectar desde que se despierta, de la almohada, el peine, la ducha, los hombros. Luego se

debe realizar una pilotracción con el cabello sin lavar de cuatro días. La pilotracción debe ser de alrededor de veinte a cincuenta cabellos y puede ayudarse de enrollarlo de un lápiz o del dedo para su tracción. Se examinan luego los cuatro sobres, el mechón de pilotracción sujeto por cinta adhesiva y un perfil de laboratorio que incluya hematología completa, hierro sérico, VDRL, perfil tiroideo y perfil hormonal. Se hace luego una correlación diagnóstica. En el resultado del estudio predominan los cabellos anágenos, pudiendo llegar a 100% de ellos, ya que los cabellos telógenos son los primeramente extraídos por tener menos adhesión al folículo (3, 6, 27).

Histopatología

La histopatología es importante para confirmar el diagnóstico o por lo menos para descartar otras enfermedades. Clásicamente son encontrados varios canales foliculares vacíos, algunos folículos con infundíbulo dilatado y con tapones córneos. La mayoría de los folículos están en fase catágena o anágena inicial, pocos son telógenos y llama la atención la inexistencia de procesos inflamatorios perifoliculares. Algunos folículos están destruidos con hemorragia perifolicular, restos pigmentares junto al istmo del folículo y la característica tricomalacia, que son pedazos de pelo dentro del folículo piloso (26, 31).

Una vez que es confirmado el diagnóstico se debe proceder al tratamiento inmediato. La terapia no farmacológica puede resultar una herramienta útil en edad pediátrica, así como en nuestra paciente de 12 años de edad (32), y el uso de diversos fármacos como la sertralina (7), fluoxetina (18, 33, 34) y clomipramina (35) resultan de utilidad en adultos y en casos resistentes a psicoterapia en niños (6, 36).

Para finalizar debemos concluir que las dermatosis psicogénicas son variadas y comprenden patologías que el dermatólogo

y el psiquiatra deben identificar y tratar (37). Incluyen patologías como la dermatitis artefacta o facticia, el síndrome de Münchhausen, excoriaciones neuróticas, dermatofobias como la acarofobia o delirio de parasitosis y por último las dermatocompulsiones que son actos compulsivos de agresión persistente e irresistible a piel y fanelas (38).

La tricotilomanía es un desorden compulsivo que el dermatólogo puede sospechar al presentarse un paciente con alopecia no cicatrizal y apoyándose en las herramientas clínicas y pruebas diagnósticas (30).

El trabajo multidisciplinario con el psiquiatra resulta de utilidad así como medidas de soporte y apoyo al paciente y sus familiares (6, 16).

REFERENCIAS

1. **Hautmann G, Hercogova J, Lotti T.** Trichotillomania. *J Am Acad Dermatol* 2002 Jun; 46(6):807-821.
2. **Mazuecos J, Rodríguez-Pichardo A, Camacho F.** Pubic trichotillomania in an adult man. *Br J Dermatol* 2001; 145(6): 1034-1035.
3. **Walsh KH, McDougle CJ.** Pharmacological strategies for trichotillomania. *Expert Opin Pharmacother* 2005; 6(6):975-984.
4. **Whiting DA.** Traumatic alopecia. *Int J Dermatol* 1999; 38(Suppl 1):34-44.
5. **Grant JE, Potenza MN.** Compulsive aspects of impulse-control disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2006; 29(2): 539-551.
6. **Bruce TO, Barwick LW, Wright HH.** Diagnosis and management of trichotillomania in children and adolescents. *Paediatr Drugs*. 2005; 7(6):365-376.
7. **Christenson GA, Crow SJ.** The characterization and treatment of trichotillomania. *J Clin Psychiatry* 1996; 57 (Suppl 8): 42-49.
8. **Stewart SE, Jenike MA, Keuthen NJ.** Severe obsessive-compulsive disorder with and without comorbid hair pulling: comparisons and clinical implications. *J Clin Psychiatry* 2005; 66(7):864-869.

9. **Tay YK, Levy ML, Metry DW.** Trichotillomania in childhood: case series and review. *Pediatrics.* 2004; 113(5): 494-498.
10. **Brenner S, Politi Y.** Dermatologic diseases and problems of women throughout the life cycle. *Int J Dermatol* 1995; 34(6): 369-379.
11. Papadopoulos AJ, Janniger CK, Chodyncki MP, Schwartz RA. Trichotillomania. *Int J Dermatol* 2003; 42(5):330-334.
12. **Nuss MA, Carlisle D, Hall M, Yerneni SC, Kovach R.** Trichotillomania: a review and case report. *Cutis* 2003; 72(3):191-196.
13. **Winchel RM, Jones JS, Stanley B, Molcho A, Stanley M.** Clinical characteristics of trichotillomania and its response to fluoxetine. *J Clin Psychiatry* 1992; 53(9): 304-308.
14. **Clark J Jr, Helm TN, Bergfeld WF.** Chronic alopecia. Trichotillomania. *Arch Dermatol.* 1995; 131(6):720-724.
15. **Cotterill JA.** Trichotillomania: a manipulative alopecia? *Int J Dermatol* 1993; 32(3): 182-183.
16. **Diefenbach GJ, Tolin DF, Hannan S, Crocetto J, Worhunsky P.** Trichotillomania: impact on psychosocial functioning and quality of life *Behav Res Ther* 2005; 43(7):869-884.
17. **Koo JY, Smith LL.** Obsessive-compulsive disorders in the pediatric dermatology practice. *Pediatr Dermatol* 1991; 8(2): 107-113.
18. **Sheikha SH, Wagner KD, Wagner RF Jr.** Fluoxetine treatment of trichotillomania and depression in a prepubertal child. *Cutis* 1993; 51(1):50-52.
19. **Oranje AP, Peereboom-Wynia JDR, Raeymaecker DMJ.** Trichotillomania in childhood. *J Am Acad Dermatol* 1986; 15: 614-619.
20. **Jefferys D.** Trichotillomania -an overview. *Exp Dermatol* 1999; 8(4):298-299.
21. **Schulte-Markwort M, Bachman M, Riedesser P.** Trichobezoar in a 16 year old girl. Case report and review of literature. *Nervenarzt* 2000; 71:584-587.
22. **Sharma NL, Sharma RC, Mahajan VK, Sharma RC, Chauhan D, Sharma AK.** Trichotillomania and trichophagia leading to trichobezoar. *J Dermatol.* 2000; 27:24-26.
23. **Sehgal VN, Srivastava G.** Trichotillomania ± trichobezoar: revisited. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006; 20(8):911-915.
24. **Sharma NL, Sharma RC, Mahajan VK, Sharma RC, Chauhan D, Sharma AK.** Trichotillomania and trichophagia leading to trichobezoar. *J Dermatol* 2000; 27(1): 24-26.
25. **Seker B, Dilek ON, Karaayvaz M.** Trichobezoars as a cause of gastrointestinal obstructions: the Rapunzel syndrome. *Acta Gastroenterol Belg* 1996; 59(2):166-167.
26. **Eudy G, Solomon AR.** The histopathology of noncicatricial alopecia. *Semin Cutan Med Surg* 2006; 25(1):35-40.
27. **Bergfeld W, Mulinari-Brenner F, McCarron K, Embi C.** The combined utilization of clinical and histological findings in the diagnosis of trichotillomania. *J Cutan Pathol* 2002; 29(4):207-214.
28. **Radmanesh M, Shafiei S, Naderi AH.** Isolated eyebrow and eyelash trichotillomania mimicking alopecia areata. *Int J Dermatol* 2006; 45(5):557-560.
29. **Schneider D, Janniger CK.** Trichotillomania. *Cutis* 1994; 53(6):289-294.
30. **Pereira JM.** Tricoses compulsivas. *An bras Dermatol* 2004; 79(5):609-618.
31. **Muller SA.** Trichotillomania: a histopathologic study in sixty-six patients *J Am Acad Dermatol* 1990; 23(1):56-62.
32. **Fried RG.** Nonpharmacologic treatments in psychodermatology. *Dermatol Clin* 2002; 20(1):177-185.
33. **Streichenwein SM, Thornby JI.** A long-term, double-blind, placebo-controlled crossover trial of the efficacy of fluoxetine for trichotillomania. *Am J Psychiatry* 1995;152:1192-1196.
34. **Stanley MA, Bowers TC, Swann AC, Taylor DJ.** Treatment of trichotillomania with fluoxetine. *J Clin Psychiatry* 1991; 52(6): 282.
35. **Gupta MA, Gupta AK.** The use of antidepressant drugs in dermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001, 15(6):512-518.

-
36. **Walsh KH, McDougle CJ.** Pharmacological strategies for trichotillomania. *Expert Opin Pharmacother* 2005; 6(6):975-984.
 37. **Gupta MA, Lanius RA, Van der Kolk BA.** Psychologic trauma, posttraumatic stress disorder, and dermatology. *Dermatol Clin* 2005; 23(4):649-656.
 38. **Stein DJ, Hollander E.** Dermatology and conditions related to obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26 (2Pt 1): 237-242.