

Tricotilomanía. Una entidad psicodinámica

Trichotillomania: A psychodynamic condition

Daniel Asz Sigall*, Mauricio Palma Cortés**, Paulina Garfias Alemán***, Ma. Elisa Vega Memije****, Roberto Arenas****

*Dermatólogo y cirujano dermatólogo del Hospital ABC, México, D.F.;

**Residente de psiquiatría del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente", México, D.F.;

***Residente de dermatología del Hospital 20 de Noviembre, ISSSTE, México, D.F.;

****Departamento de Dermatología del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", México, D.F.

RESUMEN

La tricotilomanía se define como el autoarrancamiento repetitivo del cabello que provoca zonas de alopecia. Se considera parte de los trastornos del control de impulsos y aún es motivo de controversia si debe incluirse dentro de los trastornos obsesivo-compulsivos. Se caracteriza por placas irregulares pseudoalopécicas con pelos de distintas longitudes que predominan en piel cabelluda cejas y pestañas. Es más frecuente en niños y tienen mejor pronóstico que en adultos. En estos últimos predomina en mujeres, suele ser secundario a alteraciones psiquiátricas subyacentes y tiene un peor pronóstico. El tratamiento implica determinar la causa, terapia de reversión de hábitos y antidepresivos.

PALABRAS CLAVE: tricotilomanía, obsesivo-compulsivo, antidepresivos

ABSTRACT

Trichotillomania is defined as hair loss from a patient's repetitive self-pulling of hair. It is part of the impulse control disorders and not still clear if it must be included in the obsessive-compulsive group. Clinically, pseudo-aloplectic patches with few hairs with different lengths are observed involving the scalp, eyelashes and/or eyebrows. It's more frequent in children and has a better prognosis than in adults. Women are more frequently affected and usually secondary to an underlying psychiatric disturbances. The treatment includes understanding the underlying psychiatric problem, habit reversal therapy and antidepressants.

KEYWORDS: trichotillomania, obsessive-compulsive, antidepressants

Introducción

La tricotilomanía o alopecia neuromecánica es la urgencia irresistible de arrancarse el pelo, y se define como el arrancamiento repetitivo del cabello que provoca zonas de alopecia.^{1,2,3,4,5} La palabra etimológicamente proviene de *tbris*, 'pelo', *tillo*, 'tirar', y el sufijo "manía", que implica importantes alteraciones psicopatológicas.²

Al igual que otras dermatosis de origen psíquico, el diagnóstico de tricotilomanía no implica que estos pacientes deban tratarse sólo por el psiquiatra, pues la ubicación nosológica de esta patología para los dermatólogos estaría entre las "manifestaciones cutáneas de trastornos psiquiátricos o psicodermatosis verdaderas", junto con escoriaciones neuróticas y dermatitis artefacta.²

El arrancamiento del pelo puede ser un síntoma de varios padecimientos: hábito temporal leve, trastornos del control de impulsos, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de la personalidad —como limítrofe e histriónico—, trastorno dismórfico corporal, retraso mental, esquizofrenia y depresión.⁶

En la actualidad se la considera parte de los trastornos del control de impulsos (TCI), al igual que la cleptomanía, piromanía y el juego patológico. Continúa la controversia si debe incluirse en el espectro de los trastornos obsesivo-compulsivos.^{1,2}

CORRESPONDENCIA

■ dasck@hotmail.com

Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Calzada de Tlalpan 4800, Col. Toriello Guerra, CP 14080, México, D.F.

Historia

El fenómeno de arrancamiento de cabello se ha reconocido desde hace siglos. Hay manifestaciones clínicas en episodios de la Biblia, *La Iliada*, de Homero, y en obras de William Shakespeare. La primera referencia en la literatura médica se atribuye a Hipócrates, en su libro *Epidemics*, donde sugiere que todos los médicos deben examinar si su paciente se arranca el cabello como parte de su exploración general para determinar si alguna enfermedad está presente. En textos médicos más modernos aparece el término de tricofagia antes de que se hablara del arrancamiento del cabello. En el siglo XVIII, el médico francés Baudamant describió un caso de tricobezoar en un niño de 16 años. Fue hasta el siglo XIX cuando el arrancamiento del cabello se describió como síndrome médico.⁷

En 1889, el dermatólogo francés François Hallopeau asignó el término tricotilomanía al caso de un hombre joven que padecía intenso prurito que lo obligaba a rascarse y arrancarse los pelos en mechones, lo que producía placas alopecias con denudación de la piel. Estas maniobras no sólo se realizaban en el cabello, sino también en cejas, barba, axilas y pubis; describió la enfermedad como crónica y sin tratamiento. Tal vez este caso en la actualidad no se aceptaría como tricotilomanía, pues existía prurito intenso. Más de 100 años después, la epidemiología, etiología, historia natural y el tratamiento adecuado de esta enfermedad aún son poco entendidos.^{1,6,7}

La tricotilomanía se incluyó en la nosología psiquiátrica en el DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Cuando se elaboró el DSM-IV se retiró la frase “falta recurrente a resistir el impulso de arrancar”, y un criterio se expandió para destacar la tensión generada al intentar resistir el arrancamiento. Dentro del DSM-IV, la tricotilomanía se encuentra en la categoría general de trastornos del control de impulsos no clasificables.⁷

Epidemiología

No se conoce su frecuencia con exactitud, pero parece afectar de 0.6% a 1% de la población mundial.^{2,8} Es más frecuente en niños y se presenta por igual en ambos sexos.⁹ Cuando se presenta tardíamente en adultos y ancianos es más frecuente en mujeres, con una relación 3.5:1, y se asocia más a problemas psiquiátricos y mal pronóstico. En adultos incluso se observa hasta siete mujeres por cada varón en las series sobre ensayos terapéuticos.⁶ El problema epidemiológico real es que sólo se consideran los casos con arrancamiento evidente del cabello y placas pseudoalopécicas. Hay muchos pacientes con arran-

miento no evidente, sobre todo en barba y bigote, por lo que la frecuencia está subestimada.^{1,6}

Etiopatogenia

Los pacientes con arrancamiento del pelo pertenecen a un grupo heterogéneo en una gran variedad de psicopatologías: desde un hábito leve del control de impulsos, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de la personalidad —histriónicos y limítrofes—, trastorno dismórfico corporal, retraso mental y psicosis. En todas estas enfermedades, el arrancamiento de cabello puede ser un síntoma, por lo que es importante el estudio psiquiátrico para evaluar las comorbilidades y clasificar el síntoma de arrancamiento de cabello dentro del espectro de enfermedades mentales.⁶

Las causas de la tricotilomanía son motivo de discusión. Las explicaciones psicodinámicas sugieren que la enfermedad es una respuesta a una pérdida o separación de la infancia. Las madres de los pacientes suelen ser hipercríticas o ejercer rechazo hacia ellos, los padres son pasivos y emocionalmente sin carácter. Algunos casos se consideran un hábito de conducta similar a chuparse el pulgar o comerse las uñas. Son pacientes con altos niveles de ansiedad.³

En niños puede pensarse en una búsqueda de satisfacciones neuróticas mediante el arrancamiento del pelo. En adultos, demuestra una alteración profunda con conflictos sexuales, en torno a que el sexo es sucio y repugnante, e inconscientemente intentan “deshacerse” de esos sentimientos arrancándose el pelo para resultar poco atractivos sexualmente.³

Factores biológicos: a pesar de que no se ha identificado un gen, si se piensa en una teoría genética existen respuestas favorables a inhibidores de la recaptura de serotonina y bloqueadores de dopamina, por lo que parecen intervenir anomalías en los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico. Por estudios de resonancia magnética se ha visto que en estos pacientes los volúmenes del putamen y ventrículo izquierdo están disminuidos, mientras que las funciones cerebelosas y parietales están aumentadas. Los casos más graves de tricotilomanía tienen una actividad disminuida en las regiones frontal y temporal.^{1,2,7}

Factores ambientales: las características específicas del cabello y de las experiencias emocionales pueden desencadenar un episodio de arrancamiento. Algunos factores físicos que evocan el arrancado pueden ser el color del pelo (gris), su forma (rizado) y su textura (áspero); los estados afectivos negativos “ansiedad, tensión, soledad, fatiga, culpa, enojo, indecisión o frustración”, así como situaciones específicas “leer, estudiar, sentarse en el tra-

Tabla 1. Semejanzas y diferencias entre tricotilomanía y trastorno obsesivo compulsivo (TOC).^{6,7}

SEMEJANZAS	DIFERENCIAS
Los pacientes describen el arrancamiento del cabello como compulsión.	En el TOC, las compulsiones son ego-distónicas, no placenteras y se realizan con gran preocupación para evitar una gran cantidad de ansiedad.
De 5% a 8% de los familiares de pacientes con tricotilomanía padece TOC.	A pesar que el arrancamiento del pelo es egodistónico (provoca mayor estrés emocional en forma de vergüenza, miedo, disfunción social y deterioro de calidad de vida), los pacientes describen que el acto de arrancar el pelo es placentero.
Ambas tienen sus orígenes en el desarrollo psicosexual y traumas.	El arrancamiento del pelo no se realiza secundario a una idea obsesiva.
	La tricotilomanía es más frecuente en mujeres, y el TOC es muy similar en ambos sexos.
	La tricotilomanía mejora con técnicas de hipnosis y terapia de comportamiento, mientras que el TOC no.
	Los pacientes con TOC otorgan una explicación lógica de su comportamiento, y en tricotilomanía rara vez justifican el porqué de arrancarse el cabello.

bajo o en la escuela, ver televisión, hablar por teléfono, manejar, estar en el sanitario o en la habitación”, también pueden ser detonantes.¹

Tricotilomanía y trastorno obsesivo-compulsivo

En la actualidad se incluye a la tricotilomanía como parte de los trastornos del control de impulsos no clasificables. Continúa en controversia si forma parte de los trastornos obsesivo-compulsivos (TOC).^{1,2}

En la tabla 1 se mencionan las semejanzas y diferencias entre tricotilomanía y TOC.

Algunos pacientes con tricotilomanía tienen TOC mientras que otros no. Los pacientes que experimentan una urgencia irresistible al arrancarse el cabello y que eleva su ansiedad, seguido de una sensación de alivio después de arrancarlo, pueden tener una variante de TOC.⁶

Clasificación

En la tabla 2 se enlistan los criterios diagnósticos de tricotilomanía según el DSM-IV.

Existe mucha controversia en cuanto a estos criterios, sobre todo el B (tensión antes del arrancamiento) y el C (reducción de esta tensión después del arrancamiento), pues esto excluye a un alto porcentaje de individuos. La prevalencia del arrancamiento en ausencia de los criterios B y C se calcula entre 3% y 20%.^{1,2,6}

A) Clasificación de acuerdo con el grupo de edad:^{2,3}

Tabla 2. Criterios diagnósticos de tricotilomanía, DSM-IV.²

A. Arrancamiento del propio pelo de forma recurrente, que da lugar a una pérdida perceptible de pelo.
B. Sensación de tensión creciente inmediatamente antes del arrancamiento del pelo o cuando se intenta resistir la práctica de este comportamiento.
C. Bienestar, gratificación o liberación cuando se produce el arrancamiento del pelo.
D. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental y no se debe a una enfermedad médica (p. ej, enfermedad dermatológica).
E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

1. Niños en edad preescolar

En este grupo de edad, el arrancarse el cabello constituye un hábito similar a morderse las uñas o chuparse el dedo. Por lo general son niños menores de 5 años. Se jalan el pelo en forma inconsciente y casi siempre se afecta la piel cabelluda, y aunque los padres pueden no percatarse de que lo hacen, sí observan que con frecuencia juegan con el pelo. Normalmente se tiran del pelo cuando están solos, en particular antes de dormir, y los padres lo notan a

veces mientras duermen. La prueba de que el niño se tira el pelo se comprueba si hay pelos alrededor de la cama o en la almohada a la mañana siguiente. El arrancamiento no es doloroso. En este grupo de edad padecen esta enfermedad por igual niños y niñas, su curso es benigno y el comienzo suele estar asociado a alguna situación estresante para el niño, como el nacimiento o rivalidad con un hermano, falta de cariño de los padres o padecer algún proceso infeccioso. El comienzo puede ser un simple jugueteo para después hacerse crónico y acentuarse. Los estudios de tricotilomanía en adultos no refieren casos que hubieran comenzado antes de los 5 años, lo que indica que en este grupo la tricotilomanía tiene un curso benigno.^{2,3}

2. Preadolescencia y adultos jóvenes

Es la edad más frecuente de comienzo, por lo común entre los 9 y los 13 años. Predomina claramente en mujeres (70% a 93%). Tiende a ser más crónico y se acompaña de recaídas frecuentes.^{2,3}

3. Adultos

En este grupo de edad suele ser secundario a alteraciones psiquiátricas subyacentes; tiene un peor pronóstico y grandes dificultades terapéuticas. Además, en adultos pueden estar afectadas otras zonas pilosas del cuerpo además de la piel cabelluda.^{2,3}

B) Clasificación de acuerdo con el arrancamiento del cabello:

1. Automático (subconsciente):

Ocurre de 5% a 47% de los casos. Los niños pertenecen a este grupo, pues difícilmente admitirán que se tiran del pelo, aunque sí aceptan que juegan con él; este estado se describe como “parecido al trance”. Independientemente de su edad, los pacientes tienen hábitos como morderse las uñas, excoriar la piel o morderse los labios. Tiran del pelo mientras ven la televisión, escuchan música o estudian. En estos pacientes es recomendable evitar el confrontamiento del arrancamiento y explicarles que puede ocurrir en forma no consciente al leer, estudiar o ver la televisión.^{1,2,5,7}

2. Focalizado (consciente):

Ocurre de 15% a 34% de los casos. En este grupo, los pacientes pueden tener rituales específicos relacionados con su actividad de tirar el pelo. Se tratan de arrancar un tipo específico de pelo (canos, rizados o de textura rara), pueden estar arrancando hasta “sentir que el cabello es adecuado” o que acabaron con las canas o los pelos riza-

dos. A veces tiran de una zona específica de la cabeza en respuesta a sensaciones en estas áreas. Pueden tener rituales orales asociados con romper los pelos (masticarlos, chuparlos, frotarlos entre los labios, morder los bulbos y finalmente ingerirlos). Otros pueden excoriar la piel, lo que da lugar a infecciones secundarias.^{1,2,5,7}

Cuadro clínico

Puede afectarse cualquier superficie pilosa, aunque las localizaciones más frecuentes son cabeza, cejas y pestañas. Las zonas de piel cabelluda más afectadas son las regiones parietales y el vértex (fotografía 1). Por lo general se respeta el cabello de la región occipital. Cuando existe una sola placa de alopecia, ésta suele afectar la región frontoparietal o frontotemporal. Las pestañas del párpado inferior suelen respetarse, dato que la distingue de la alopecia areata. La afección del vello púbico es poco frecuente y suele ser indicativo de un trastorno psiquiátrico.¹⁰ Puede afectarse la barba, vello de brazos y piernas, axilas y cualquier zona pilosa del cuerpo. Las áreas de pérdida de vello se encuentran con mayor frecuencia en el lado del cuerpo contralateral a la mano dominante. Los métodos de arrancamiento son con dedos, tenazas, cepillos y peines (fotografía 1).^{1,2,6}

Las placas de alopecia tienen un aspecto “artificial” o de pseudoalopecia, son lineales, circulares o geométricas, y contienen cabellos de diversas longitudes, de los cuales los más cortos son los que se arrancaron recientemente (fotografía 2); los bordes son imprecisos o irregulares, y adoptan diversas formas y tamaños. Lo habitual es que aparezca una placa única de tamaño variable, aunque a veces ocupa la casi totalidad de la piel cabelluda. Ésta



Fotografía 1. Niña de 7 años con placas pseudo-alopécicas en regiones frontal y parietal de piel cabelluda. Pelos de diferente longitud.



Fotografía 2. Tricotilomanía con lesiones geométricas.

tiene una apariencia normal, sin signos de eritema o atrofia; pueden observarse signos de excoriación o liquefificación, o bien eritema, edema e hiperpigmentación postinflamatoria (fotografía 3). En raras ocasiones, la apariencia clínica no es de placas, sino de alopecia difusa. En fases avanzadas, el traumatismo crónico evoluciona a una alopecia cicatrizal. Los sentimientos de vergüenza y humillación provocan que los pacientes eviten exponer las zonas dañadas y las cubran con otras zonas de pelo, extensiones, sombreros y pestañas falsas. Los pacientes acuden al dermatólogo o psiquiatra después de un largo periodo de evitar relaciones íntimas y sociales, deportes y actividades al aire libre. Todo esto se asocia a depresión, ansiedad y baja autoestima.^{1,2,6}

Existen algunas situaciones de alto riesgo para tirar el cabello: ver televisión, periodo perimenstrual, hablar por teléfono, leer, permanecer despierto en la cama y conducir. El arrancamiento de cabello siempre empeora en la noche.^{1,6}

La tricotilomanía puede asociarse a la manía de deglutir los pelos —o tricofagia—, onicofagia, onicotilomanía y automutilaciones cutáneas. La complicación más grave e importante es un síndrome obstructivo: el tricobezoar. Es poco frecuente y se origina cuando el paciente ingiere el pelo que se arranca. Puede aparecer dolor abdominal y epigástrico, náuseas, vómito y hematemesis, aunque algunas veces los únicos hallazgos sean síntomas más leves, como anorexia, estreñimiento, diarrea y flatulencia. La clínica suele ser intermitente, y coincide con periodos de obstrucción parcial. En casos graves puede causar oclusión intestinal, sangrado gástrico o intestinal y perforación, pancreatitis aguda e ictericia obstructiva. El tra-



Fotografía 3. Mujer de 16 años con depresión y anorexia con placas pseudo-alopecías donde se observan pelos de distinta longitud y zonas excoriadas.

tamiento quirúrgico es curativo y las recidivas son raras. Otras complicaciones poco frecuentes son infección en el lugar del arrancamiento piloso, blefaritis, síndrome de túnel del carpo, y dolor de cuello y espalda, por posturas incorrectas durante las maniobras de arrancamiento. Una complicación infrecuente es la aparición de ulceraciones dolorosas en las placas, cuando además de tirar del pelo se excoria la piel.^{1,2,6,11,12,13,14}

Valoración clínica

La gravedad de la tricotilomanía se evalúa con tres escalas, cualquiera las cuales es útil por el simple hecho de concientizar al paciente sobre el acto de arrancar el pelo; además pedirle que cuente el pelo arrancado puede ayudar en el tratamiento.^{2,6}

Escala de severidad de síntomas de tricotilomanía (*trichotillomania symptom severity scale*) (de 0 a 20 puntos). Consiste en cinco preguntas: *a*) Tiempo que dedica cada día a arrancarse el pelo, *b*) tiempo dedicado en los días anteriores, *c*) grado de resistencia que opone a tirar el pelo, *d*) grado de estrés que siente y *e*) la interferencia que produce en su actividad diaria.

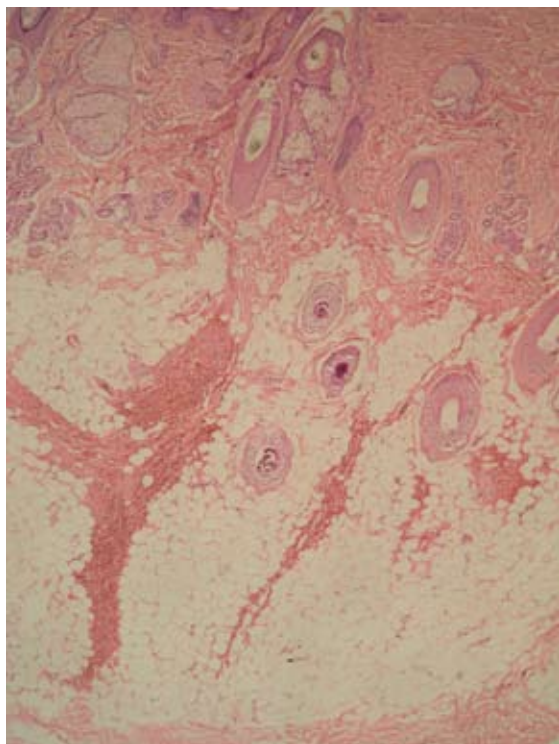
Escala de deterioro en tricotilomanía (*Trichotillomania impairment scale*) (de 0 a 10 puntos). El cero representa la ausencia de síntomas, y el 10, afección grave; esta última puntuación se da cuando se está tirando el pelo la mayor parte del día, o bien resistiéndose a ello, y además existen grandes placas de alopecia.

Progreso clínico de evaluación médica (*Physician's rating of clinical progress*) (de 0 a 20 puntos). Es la valoración del médico, en la que el cero representa la curación total, el 10 el estado basal previo al tratamiento y el 20 el mayor empeoramiento posible o la total incapacitación secundaria a la tracción.^{2,6}

Estudio histopatológico

Para el diagnóstico suele bastar el cuadro clínico, pero en algunas ocasiones, ante la duda diagnóstica respecto de la alopecia por tracción o alopecia areata de larga evolución, es preciso un estudio histopatológico.

En los cortes transversales y longitudinales se observan pelos en anágeno en número normal alternando con folículos pilosos vacíos, tapones foliculares llenos de queratina y tallos pilosos rotos, así como un aumento de hasta 50% de pelos en catágeno y telógeno con plegamiento de la vaina (fotografía 4). El epitelio folicular se observa distrófico con células disqueratóticas, y hay células de aspecto basaloide en la base de los folículos arrancados con engrosamiento de la membrana hialina. Hay evidencia de daño traumático en la porción retenida de los pelos parcialmente extraídos, como la tricomalacia (vellos enrollados), signo de arrancamiento (fotografía 5). La tricomalacia es característica pero no patognomónica de tricotilomanía, pues también se presenta en la alopecia por presión. Si el arrancamiento es muy grave, se observa separación del epitelio folicular del tejido conectivo adyacente y zonas de hemorragias intrafoliculares y perifoliculares (fotografía 6), así como depósitos de pigmento.

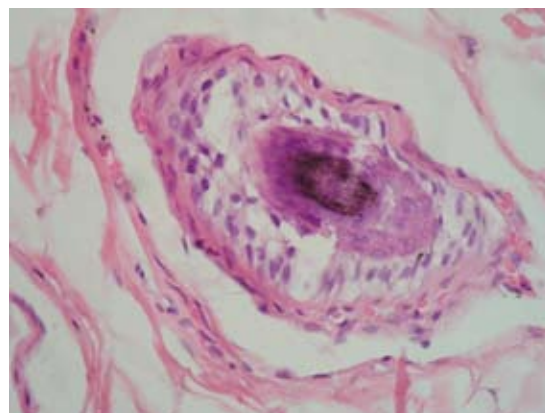


Fotografía 4. En este corte histológico se observan numerosos folículos pilosos en fase catágena con áreas de hemorragia y ausencia de infiltrado inflamatorio (H&E 20x).

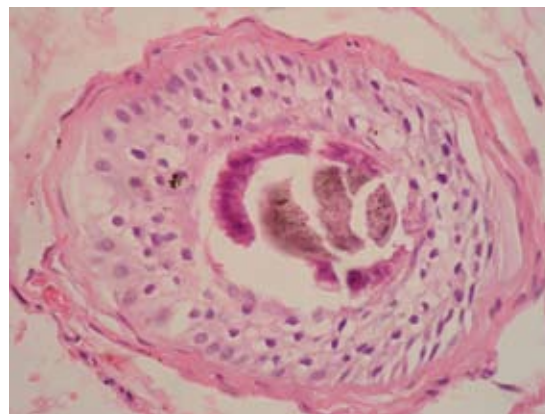
La dermis no presenta infiltrado inflamatorio y el tracto fibroso no presenta alteraciones, como sí se presentan en alopecia por tracción. En fases avanzadas se desarrollan granulomas y fibrosis perifolicular, sobre todo en la alopecia por tracción o en el síndrome de degeneración folicular, que llegan a evolucionar a alopecia cicatrizal.^{2,3,6}

Diagnóstico diferencial

Cuando los pacientes admiten que se tiran del cabello, el diagnóstico es fácil; sin embargo, cuando el paciente lo niega, deben descartarse otras causas, como la alopecia areata, que se presenta con placas ovaladas o redondas perfectamente delimitadas, pilotracción positiva de los pelos que rodean la placa y cabellos en signo de admiración (en la tricotilomanía se tiene que tirar con fuerza de los cabellos y hay dificultad para arrancarlos). Por medio de la dermatoscopia, en alopecia areata observamos los



Fotografía 5. Corte histológico de folículo piloso en fase catágena con tricomalacia. Presencia de numerosos eritrocitos extravasados (H&E 60x).



Fotografía 6. Corte histológico con un folículo piloso en fase catágena con eritrocitos intrafoliculares y perifoliculares. Ausencia de infiltrado inflamatorio (H&E 60x).

puntos amarillos peripilares y pelos en signo de admiración o cadavéricos, mientras que en tricotilomanía se observan los pelos cortados en diferentes niveles, sin pelos atróficos (fotografía 7).¹⁵ Las uñas en tricotilomanía suelen ser normales o con onicofagia, mientras que en la alopecia areata suelen observarse hoyuelos (*pits*) o traquioniquia. Cuando se da en cejas o pestañas puede también confundirse con alopecia areata, aunque en tricotilomanía casi nunca se afectan los párpados inferiores, pues las pestañas son más cortas, difíciles de agarrar y su tracción es muy dolorosa. Si al principio están afectadas las pestañas de ambos párpados, tal vez se trate de alopecia areata. En algunas ocasiones ambas entidades coexisten; por otra parte, la última puede acompañarse de prurito o disestesia, y estas sensaciones pueden desencadenar rascado y en consecuencia tirado del cabello.²

Debe pensarse en *tinea capitis* en todo paciente con alopecia en placas. El examen micológico directo de los pelos (KOH o negro de clorazol), la luz de Wood y el cultivo para hongos ayuda a establecer el diagnóstico. La alopecia por tracción es fácil de comprobar por la manera de peinarse del paciente, y suele afectar los márgenes del cuero cabelludo. El síndrome de anágeno débil suelen ser niñas rubias con historia de escaso crecimiento de cabello; con la pilotracción se desprenden fácilmente de 10 a 20 cabellos en forma indolora, prueba negativa en pacientes con tricotilomanía.²

Se descartan las dermatosis inflamatorias del pelo por la ausencia de manifestaciones clínicas e histológicas de inflamación. Se debe también hacer diagnóstico diferencial con otras causas de alopecia en placas, como alopecias por medicamentos (anticonceptivos, isotretinoína), meta-



Fotografía 7. Pelos cortados observados con el dermatoscopio (cortesía del doctor Jesús Valdez).

les pesados (talio), alopecia tóxica (secundaria a enfermedad febril) o traumática, sífilis, y alopecia por radiación, mixedematosa y mucinosa.⁶

Evolución

Las formas que comienzan en la infancia y variantes leves de la adolescencia responden fácilmente a la información sobre el origen y características de la enfermedad, así como el apoyo psicoterapéutico del dermatólogo. Por ello, muchas formas infantiles remiten solas o se autolimitan. El pronóstico es más sombrío en las formas de comienzo tardío (adolescentes y adultos), en las que tienden a la cronicidad y presentan comorbilidad con otros procesos psiquiátricos. En las formas crónicas se asocia a depresión mayor, ansiedad grave, psicosis y distimia.^{2,6}

Tratamiento

El manejo terapéutico de los pacientes va a depender de la edad en la que comenzó el hábito. En niños preescolares en los que tirar o jugar con el pelo es similar a succionar el dedo, lo más eficaz es aconsejar e informar a los padres. En la mayoría de los casos, cuando los niños maduran, dejan de hacerlo. Por ello, los padres tienen que hacer caso omiso del comportamiento y esperar a que llegue el momento.^{2,16}

La mayoría de los preadolescentes y adultos jóvenes no se da cuenta de que se tiran del pelo, por lo que lo más importante es establecer el diagnóstico. La mayoría de los padres y los pacientes cree que existe un problema médico subyacente que hace que se caiga el pelo. Es importante asegurar al paciente y su familia que el cabello es totalmente normal y que volverá a crecer cuando deje de manipularlo. Antes de realizar un tratamiento farmacológico se debe intentar algún programa psicológico de modificación del comportamiento. Es difícil la remisión al psiquiatra, por lo que en ocasiones es imprescindible recurrir al tratamiento psicofarmacológico prescrito por el dermatólogo.^{2,16}

En adultos se asocia muchas veces a trastornos psiquiátricos: tratar el problema psiquiátrico primario puede mejorar el hábito de tirarse del cabello.

Muchas veces basta la discusión franca del problema, bien con los padres o con el niño. Es importante explicar que la repoblación puede tardar y que la caída puede aumentar en los siguientes meses a causa del efluvio telógeno. Estas explicaciones tienen la misión de disminuir la ansiedad del paciente y de su familia, que observan que el cabello no crece a pesar de que cesó la manipulación.²

En niños mayores o adultos no bastan estas indicaciones, y se han ensayado diversas técnicas, como dejar cre-

cer las uñas o cortarlas en exceso, usar guantes y turbantes para dormir, o poner vaselina o aceite en el cabello. En casos graves, extensos, recidivantes y de comienzo tardío, se deriva al psiquiatra para una evaluación psicopatológica.^{2,16}

Existen múltiples tratamientos para tricotilomanía:

1. Terapias de comportamiento
La técnica más exitosa es la regresión de hábitos (*habit-reversal therapy*), que consta de siete elementos, enlistados en la tabla 3.^{2,6,17}
2. Tratamientos de hipnosis
Existen varias técnicas de hipnosis, como las sugerencias hipnóticas que provocan dolor al tocar la piel cabelluda o arrancar el cabello.
3. Psicoterapia
4. Farmacoterapia

La tricotilomanía mejora de manera concomitante al tratar otras condiciones psiquiátricas del paciente, como depresión y distimia. Los principales fármacos son inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) y

antidepresivos tricíclicos, sobre todo clomipramina. Entre los ISRS se encuentran citalopram, fluoxetina, sertralina, paroxetina y fluvoxamina, con una respuesta inicial muy buena pero desconocida en el largo plazo. La clomipramina parece el único medicamento con eficacia comprobada en estudios doble ciego, pero sus efectos adversos son importantes (sedación, aumento de peso y efectos anticolinérgicos).^{2,6}

Los factores que influyen en la resistencia al tratamiento son dosis insuficiente, respuesta inicial lenta (se requieren por lo menos 12 semanas), duración inadecuada (por lo menos 12 meses) y recidiva del cuadro al suspender el tratamiento. En pacientes resistentes se pueden agregar pimozida, risperidona o haloperidol. Si el prurito motiva el arrancamiento, se pueden usar esteroides tópicos.^{2,6,18}

En conclusión, las tres modalidades terapéuticas más eficaces son:

1. Inhibidores de recaptura de serotonina.
2. Antidepresivos tricíclicos (clomipramina).
3. Terapia de regresión de hábitos (*habit-reversal therapy*).

En la tabla 4 se presenta la guía de tratamiento para tricotilomanía.¹⁹

Tabla 3. Descripción de los siete elementos básicos de la terapia de regresión de hábitos.⁶

1. Autovigilancia	Se pide al paciente que recolecte todos los pelos arrancados en cada día y los cuente, y escriba la cantidad de pelos y la fecha.
2. Estrategias para lidiar con el problema	Identificar la situación en que ocurre el arrancamiento de cabello y ayudar al paciente a desarrollar técnicas para afrontar el problema. Por ejemplo: al leer, sujetar el libro con las dos manos.
3. Aumento en la motivación	Dar una lista al paciente de las posibles razones por la que debe detener el arrancamiento de cabello.
4. Cambio del monólogo interno	"Arrancarme el cabello es dañino, desfigurante y autodestructivo", "no quiero hacerme eso a mí mismo".
5. Entrenamiento de consciencia	Pedir al paciente que coloque poco a poco la mano en la zona de arrancamiento, y al hacerlo adquiera consciencia de las sensaciones en cada parte del brazo, desde el hombro hasta las yemas de los dedos.
6. Respuesta competitiva	Pedir al paciente que ponga los dedos dentro del puño durante tres minutos cuando sienta la necesidad de arrancar el pelo.
7. Técnicas de relajación	Explicar que la ansiedad desencadena el arrancamiento. Pedir al paciente que practique algún ejercicio de relajación.

Tabla 4. Guía de tratamiento para tricotilomanía*

Adecuada relación médico-paciente.
Evaluación de las zonas de arrancamiento.
Evaluar la motivación del tratamiento.
Comentar el tema de la tricofagia.
Referencia exitosa al psiquiatra.
Evaluar y tratar las comorbilidades (ansiedad, estado de ánimo).
Guiar al paciente a grupos de apoyo y educación.
Técnicas de reversión de hábitos.
Evaluar farmacoterapia: ISRS o clomipramina (efectos adversos); se pueden adicionar dosis bajas de neurolépticos (haloperidol, pimozida o risperidona) en caso de falla a la respuesta con antidepresivos. Litio o naltrexona.
Considerar sugestionos posthipnóticas.
Introducir técnicas de relajación.
*Modificado de LM Koran.19

BIBLIOGRAFÍA:

1. Woods DW, Flessner C, Franklin ME *et al.* "Understanding and treating trichotillomania: What we know and what we don't know". *Psychiatr Clin N Am* 2006; 29: 487-501.
2. Rodríguez A, García MC. "Tricotilomanía". En *Dermatología psiquiátrica*. Vol. 1, Barcelona, Glosa, 2008, 47-62.
3. Sah DE, Koo J, Price VH. "Trichotillomania". *Dermatol Therapy* 2008; 21: 13-21.
4. Manasievska E, Pavlova L, Jovanovska V *et al.* "Trichotillomania and deviation in the socialization in childhood". *Dermatol Psychosom* 2001; 2: 203-204.
5. Flessner CA, Woods DW, Franklin ME *et al.* "Styles of pulling in youths with trichotillomania: Exploring differences in symptom severity, phenomenology, and comorbid psychiatric symptoms". *Behav Res Ther* 2008; 46: 1055-1061.
6. Hautmann G, Hercogova J, Lotti T. "Trichotillomania". *J Am Acad Dermatol* 2002; 46(6): 807-826.
7. Chamberlain SR, Odlaug BL, Boulogouris V *et al.* "Trichotillomania: Neurobiology and treatment". *Neurosci Biobehav Rev* 2009; 33: 831-842.
8. Papazisis G, Tzellos T, Kouvelas D. "Practice corner: Managing trichotillomania—No need to pull your hair out". *Evid Based Med* 2008; 13-21.
9. Keuthen N, O'Sullivan RL, Goodchild BA *et al.* "Retrospective review of treatment outcome for 63 patients with trichotillomania". *Am J Psychiatry* 1998; 155(4): 560-561.
10. Mazuecos J, Rodríguez-Pichardo A, Camacho F. "Pubic trichotillomania in an adult man". *Br J Dermatol* 2001; 145: 1034-1035.
11. Lynch KA, Feota PG, Guenther E. "Gastric trichobezoar: An important cause of abdominal pain presenting to the pediatric emergency department". *Pediatr Emerg Care* 2003; 19(5): 343-347.
12. Bouwer C, Stein DJ. "Trichobezoars in trichotillomania: Case report and literature overview". *Psychosomatic Med* 1998; 60(5): 658-660.
13. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Mussi TC *et al.* "The man with the purple nostrils: A case of rhinotrachotillomania secondary to body dysmorphic disorder". *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 464-466.
14. Corona Cruz JF, Sánchez-Lozada F, Gracida-Mancilla NI y cols. "Trichobezoar intestinal como causa de obstrucción del intestino delgado. Reporte de caso y revisión de la literatura". *Gac Med Mex* 2005; 141(5): 417-419.
15. Carreño N, Romero W. "Dermatoscopia en alopecias". *Rev Chilena Dermatol* 2008; 24(2): 162-163.
16. Keuthen NJ, O'Sullivan RL, Sprich-Buckminster S. "Trichotillomania: Current issues in conceptualization and treatment". *Psychother Psychosom* 1998; 67: 202-213.
17. Woods DW, Wetterneck CT, Flessner CA. "A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania". *Behav Res Ther* 2006; 44: 639-656.
18. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Dombrowski P *et al.* "Systematic review: Pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania". *Biol Psychiatry* 2007; 62: 839-846.
19. Koran LM. "Trichotillomania". En *Obsessive-compulsive and related disorders in adults: A comprehensive clinical guide*. Cambridge, Reino Unido, Cambridge University Press, 1999, 185-120.

Conteste correctamente todos los cuestionarios que se publicarán en DCMQ y obtendrá 2 puntos de validez para la recertificación del Consejo Mexicano de Dermatología. Envíe todas sus respuestas juntas antes del 31 de enero del año siguiente a la dirección de la revista: Medipiel Servicios Administrativos, SC; Aniceto Ortega 822 Col. Del Valle, Delegación Benito Juárez, CP 03100, México DF, Tel/Fax 5659-9416, 5575-5171.

Incluya su correo electrónico para recibir la constancia.

Preguntas de tricotilomanía

1. El arrancamiento del cabello es un síntoma que puede presentarse en:
 - a. Trastorno obsesivo compulsivo
 - b. Trastornos del control de impulsos
 - c. Trastornos de la personalidad
 - d. Trastorno dismórfico corporal
 - e. Todas las anteriores son correctas
2. La tricotilomanía en niños menores de 5 años:
 - a. Tiene un peor pronóstico
 - b. Es más frecuente en mujeres
 - c. Constituye un hábito similar a morderse las uñas o chuparse el dedo
 - d. Se arrancan el pelo en forma consciente
 - e. La topografía más frecuente son las pestañas
3. El principal diagnóstico diferencial de tricotilomanía es con:
 - a. Alopecia androgenética
 - b. Alopecia areata
 - c. Tiña de la cabeza
 - d. Alopecia cicatrizal
 - e. Síndrome de anágeno débil
4. Los principales hallazgos en dermatoscopia de la tricotilomanía son:
 - a. Miniaturización de los folículos pilosos
 - b. Pelos cortados en diferentes niveles
 - c. Puntos amarillos peripilares
 - d. Pelos en signo de admiración o cadavéricos
 - e. Hiperqueratosis folicular
5. De los siguientes, cuál es uno de los principales hallazgos histopatológicos característicos de la tricotilomanía:
 - a. Infiltrado inflamatorio denso perifolicular
 - b. Miniaturización folicular
 - c. Tricomalacia
 - d. Vacuolización de la capa basal
 - e. Infiltrado liquenoide y cuerpos coloides
6. Respecto de la tricotilomanía en adultos:
 - a. Generalmente se asocia a una patología psiquiátrica primaria
 - b. Tiene mejor pronóstico
 - c. Es más frecuente en hombres
 - d. Las recidivas son raras
 - e. El arrancamiento del cabello generalmente es inconsciente
7. Respecto del tratamiento para tricotilomanía:
 - a. En niños menores de 5 años el cuadro por lo general remite espontáneamente
 - b. La terapia de comportamiento más exitosa es la regresión de hábitos
 - c. De los antidepresivos tricíclicos, el más eficaz es clomipramina
 - d. Los inhibidores de recaptura de serotonina dan buenos resultados
 - e. Todas las anteriores son correctas
8. Hoy en día la tricotilomanía se clasifica en el DSM-IV dentro del grupo de:
 - a. Trastornos obsesivo-compulsivos
 - b. Trastornos de la personalidad
 - c. Trastornos del control de impulsos
 - d. Trastornos afectivos
 - e. Ninguna de las anteriores es correcta
9. Acerca del cuadro clínico de la tricotilomanía:
 - a. La topografía más frecuente es cabeza, cejas y pestañas
 - b. Se caracteriza por placas alopecicas bien hechas, pruriginosas y con escamas
 - c. La pilotracción es positiva
 - d. La región de la cabeza generalmente más afectada es la occipital
 - e. Todas las anteriores son correctas
10. La complicación más grave de la tricotilomanía es:
 - a. Blefaritis
 - b. Foliculitis
 - c. Impétigo
 - d. Síndrome del túnel del carpo
 - e. Tricobezoar