

Tricotilomanía asociada a plica polónica: una entidad poco reconocida. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Trichotillomania Associated with Plica Polonica: A Rare and Poorly Recognized Entity. A Case Report and Literature Review

Silvia Cristina Jaramillo-Manzur,¹ Ana Paula Landeta-Sa,² Sabrina Escandón-Pérez,³ Dalia Ibarra-Morales,¹ Arali Melgarejo-Gómez¹ y Paula Torres-Camacho¹

¹ Departamento de Dermatología, Hospital General de México, Ciudad de México

² Departamento de Medicina Interna, Centro Médico ABC, Ciudad de México

³ Medicina General, Universidad Anáhuac, Estado de México

RESUMEN

La tricotilomanía (TTM) es una condición en la que se tiende al arrancamiento voluntario del pelo de forma repetitiva y por tiempo prolongado, esto provoca áreas alopécicas. Se presenta predominantemente en la piel cabelluda, aunque también hay casos en las pestañas, las cejas, el vello púbico o la barba, es decir, en cualquier zona pilosa. Se caracteriza por la presencia de alopecia no cicatricial en parches asimétricos, formas inusuales o abigarradas, en donde se pueden observar pelos de características terminales y pelos rotos de diferente longitud.

Exponemos el caso de una paciente de 50 años de edad, quien acudió al Servicio de Dermatología porque presentaba una dermatosis caracterizada por zonas pseudoalopécicas extensas, en la que se apreciaban pelos de diferentes tamaños y acúmulo de pelo de características terminales. Se realizó tricoscopia y biopsia, y se confirmó el diagnóstico de TTM. El tratamiento de esta entidad debe ser multidisciplinario, incluyendo la colaboración tanto de dermatólogos, como de especialistas en salud mental.

PALABRAS CLAVE: tricotilomanía, plica, polónica, neuropática, alopecia, tricofagia.

Introducción

La tricotilomanía (TTM) es una condición caracterizada por tracción y arrancamiento voluntario del pelo de forma repetitiva y por tiempo prolongado, lo que provoca áreas alopécicas en la zona afectada. Dicha condición se incluyó por primera vez en el DSM-III en 1987, sin embargo, muchos siglos antes fue descrita por Hipócrates, pero fue Henri Hallopeau quien dio el nombre a esta afección. Se ha observado una prevalencia de entre 1 y 3% en la pobla-

ABSTRACT

Trichotillomania (TTM) is a condition in which the voluntarily and repetitively tearing of hair during a long period of time, causes alopecic areas. It occurs predominantly on the scalp, although it can present in eyelashes, eyebrows, pubic hair or any hairy area. It is characterized by the presence of non-scarring alopecia in asymmetric patches or in unusual or motley shapes, where hairs with broken terminal characteristics of different lengths can be observed.

We present a 50-year-old female patient presenting an extensive pseudoalopecic areas where the presence of hairs of various sizes and accumulation of hair of terminal characteristics were found. Trichoscopy and biopsy were performed confirming the diagnosis of TTM. The treatment of this entity must be multidisciplinary, including the collaboration of both dermatologists and mental health specialists.

KEYWORDS: trichotillomania, plica, polonica, neuropathic, alopecia, trichophagy.

ción general, y tiende a predominar en adultos del sexo femenino, no existen estudios que muestren predominancia de sexo durante la infancia. Además, existe una fuerte asociación entre la tricotilomanía y la presencia de enfermedades psiquiátricas como ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, síndrome de Tourette, abuso de sustancias, entre otras. Según Miguel A. Allevato, la tarde, la noche y estados que generen aburrimiento se consideran situaciones de mayor riesgo para el arrancamiento del pelo.¹⁻⁵

CORRESPONDENCIA

Dra. Silvia Cristina Jaramillo-Manzur ■ crismanzur92@gmail.com ■ Teléfono: 72 2240 5076
Dr. Balmis 148, Colonia Doctores, C.P. 06720, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México

La TTM se presenta sobre todo en la piel cabelluda, aunque también hay casos en las pestañas, las cejas, el vello púbico o la barba, esto es, se puede manifestar en cualquier zona pilosa. El cuadro clínico se caracteriza por la presencia de alopecia no cicatricial en parches asimétricos o en formas inusuales, caprichosas o abigarradas, en donde es posible observar pelos rotos de diferente longitud y de características terminales, generalmente contralaterales a la mano dominante.^{6,4,7-9}

No se conoce con exactitud la etiología de la TTM, sin embargo, existen varias teorías que intentan explicar el origen de esta enfermedad:

1. Infección por estreptococo β -hemolítico del grupo A: por una reacción cruzada se forman autoanticuerpos antineuronales, lo que ocasiona cambios en la conducta.
2. Alteraciones en los sistemas de la serotonina: algunos estudios han reportado variantes en la distribución del receptor 5-HT_{2A} en pacientes con TTM; además, estos pacientes responden favorablemente a la terapia con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina.
3. Anormalidades estructurales cerebrales.
4. Aumento del metabolismo de la glucosa cerebral y parietal.
5. Se ha asociado la mutación del gen SLITKR1 en algunos casos con TTM.^{7,11,10}

En 2019 Anne Uhlmann y colaboradores llevaron a cabo un estudio de casos y controles de pacientes con



Figura 1. Zonas pseudoalopécicas con presencia de plica polónica.

TTM, a todos les realizaron una resonancia magnética de alta resolución y encontraron que los pacientes con TTM presentaron mayor volumen de sustancia blanca. Los autores sugieren que la fisiopatología de esta entidad podría explicarse por dichos hallazgos, ya que podrían presentar alteraciones en la vía corticolímbica y cerebelar. Sin embargo, es necesario realizar más estudios al respecto.¹²

Actualmente existen varias formas de clasificar la TTM, sin embargo, no todas son bien aceptadas. La primera es en aguda y crónica, esta última es la más común en la edad adulta y la más relacionada con enfermedades psiquiátricas, y la que tiene un peor pronóstico. La forma aguda suele ser intermitente y más común en niños y adolescentes. La segunda forma de clasificación divide a esta enfermedad en dos subtipos: focal compulsiva (arrancamiento intencional para controlar experiencias retardoras o aversivas) y no focal automática habitual (arrancamiento no intencional durante actividades aburridas o sedentarias, es independiente de experiencias emocionales).^{7,10}

Reporte de caso

Presentamos el caso de una paciente de 50 años de edad, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica de dos años de evolución, sin tratamiento, así como enfermedad renal crónica de reciente diagnóstico por probable uropatía obstructiva, en estudio por el Servicio de Nefrología.

Acudió a consulta al Servicio de Dermatología porque presentaba una dermatosis de un mes de evolución, localizada en la piel cabelluda con predominio frontal, parietal y bitemporal. Constituida por zonas pseudoalopécicas extensas en donde se apreciaba la presencia de pelos de diferentes tamaños, así como acúmulo de pelo de características terminales pero desprendido (figura 1).

En la tricoscopia realizada con dermatoscopio marca DermLite DL200 Hybrid tercera generación, con tipo de luz no polarizada aumento 10x sin aceite de inmersión, se observaron pelos terminales, rotos de diferentes tamaños y una pequeña zona hemorrágica de predominio en el área frontal (figura 2).

Se solicitaron estudios de laboratorio en los que se encontró urea 127,5 mg/dL, creatinina 5,7 mg/dL y fósforo 4,9 mg/dL. La biometría hemática, glucosa y resto de electrolitos séricos sin anomalías.

Con el diagnóstico presuntivo de alopecia areata incógnita *versus* tricotilomanía se solicitó biopsia de piel cabelluda y se prescribió champú con urea y biotina. La biopsia mostró pelos en telógeno con estela fibrosa, algunos con restos de pigmento melánico y queratina en su interior entremezclados con folículos pilosebáceos vacíos, se llegó

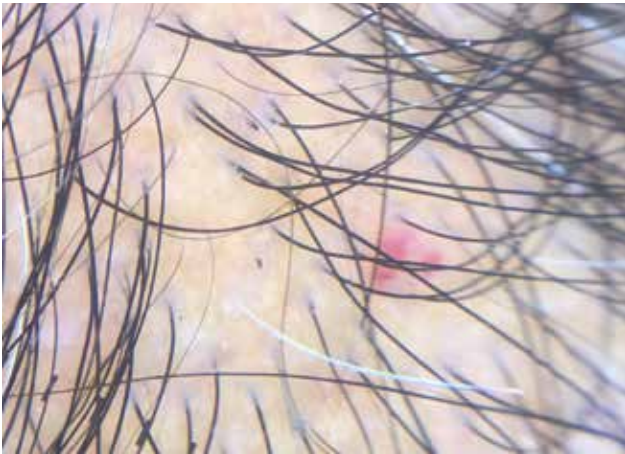


Figura 2. Tricoscopia con pelos de distintos tamaños y zona hemorrágica.

a un diagnóstico de alopecia por tracción. Se realizó una correlación clínico-patológica de tricotilomanía con plica polónica. Se interconsultó con el Servicio de Salud Mental en el Departamento de Psicología (figura 3).

En su revisión en consulta externa dos meses después, la paciente presentó mejoría significativa con 90% de repoblación y dermatoscopia sin datos patológicos (figura 4). Se dio de alta a la paciente con seguimiento por parte del Servicio de Salud Mental, donde decidieron tratarla con terapia cognitivo-conductual una vez por semana, no se utilizaron medios físicos como guantes o gorros, no hubo necesidad de interconsultar con el Servicio de Psiquiatría para tratamiento farmacológico porque la paciente respondió de manera adecuada a la terapia.

Después del tratamiento y seguimiento de forma multidisciplinaria, nuestra paciente presentó importante mejoría sin recaídas. No tuvo ninguna complicación relacionada con el diagnóstico de TTM. La paciente continúa en

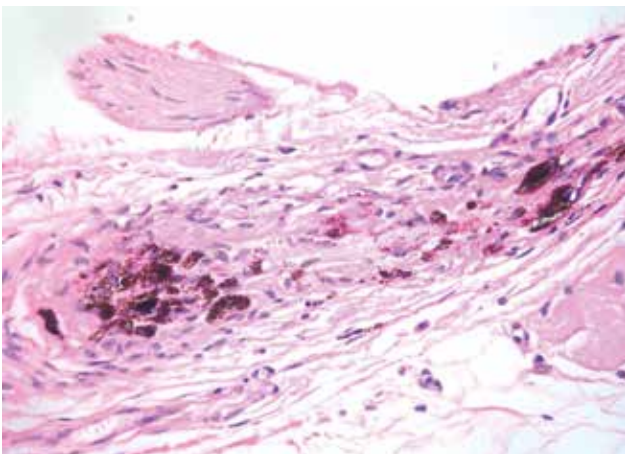


Figura 3. Biopsia confirmatoria de TTM.



Figura 4. Paciente a los dos meses de tratamiento.

seguimiento en el Servicio de Nefrología y ya cuenta con tratamiento para el resto de sus comorbilidades.

Discusión

En la actualidad la TTM está descrita dentro de los trastornos de control de impulsos no clasificables, de acuerdo con el DSM-V, aunque sigue en debate si se debería clasificar como una variante de trastorno obsesivo-compulsivo. Asimismo, se ha relacionado con eventos traumáticos como factores desencadenantes, por ejemplo: abuso sexual, muerte de familiares cercanos o estrés psicológico de cualquier tipo.^{1,3,13,14}

Los criterios diagnósticos psiquiátricos de la TTM, de acuerdo con el DSM-V, se muestran en la tabla 1.¹⁵

En el caso que presentamos se observó el cumplimiento de prácticamente todos los criterios del DSM-V, pues la paciente no tenía antecedentes o síntomas de algún trastorno mental o algún antecedente patológico de relevancia para esta condición. La paciente comentó alteraciones personales que la llevaron a la dermatosis, sin embargo, como acudió acompañada de su pareja a la consulta de dermatología no pudimos investigar a profundidad las causas, pero sí fue posible en la de psicología. Este padecimiento ha hecho que la paciente tenga un deterioro importante en su vida social.

El diagnóstico dermatológico se apoya en la clínica, sin embargo, se deben hacer pruebas diagnósticas como la prueba de tracción, tricoscopia y biopsia para obtener un diagnóstico certero.^{16,17}

En la tricoscopia se encuentran pelos enroscados, fragmentados y con tricoptilosis, además se observan puntos

Tabla 1. Criterios diagnósticos de tricotilomanía

| | |
|---|--|
| A | Arrancamiento del propio pelo de forma recurrente, que da lugar a una pérdida perceptible de éste. |
| B | Sensación de tensión creciente inmediatamente antes del arrancamiento del pelo o cuando se intenta resistir la práctica de este comportamiento. |
| C | La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental y no se debe a una enfermedad médica (enfermedad dermatológica). |
| D | La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. |
| E | La alteración no se explica como síntoma de algún trastorno mental (por ejemplo, intentar mejorar un defecto percibido o una falla en la apariencia, que se ve en el trastorno dismórfico corporal). |

negros, hemorragias perifoliculares, pelos en llama, pelos en signo de “v” (dos pelos rotos en el mismo nivel que emergen del mismo folículo), pelos en tulipán y polvo piloso. Recientemente se ha introducido el signo del “mazo”, el cual es característico de la TTM, en el que se observa el extremo distal del pelo abultado o bulboso.^{8,16-21}

A pesar de que existen signos dermatoscópicos específicos, el diagnóstico definitivo se debe realizar mediante estudio histopatológico del área afectada, el cual muestra folículos pilosos vacíos, hemorragias perifoliculares e intraepiteliales, tricomalacia (pelos enrollados) y presencia de pigmento perifolicular. La tricomalacia es un signo muy característico de la TTM, sin embargo, no es patognomónico ya que se observa en la alopecia por presión y su presencia no es necesaria para realizar el diagnóstico.^{1,16}

En nuestra paciente, en la tricoscopia se encontraron pelos rotos, de diferentes tamaños, terminales y zonas hemorrágicas perifoliculares de predominio en la región frontal; al realizar la biopsia se mostraron pelos en telógeno con estela fibrosa, algunos con restos de pigmento melánico y queratina en su interior entremezclados con folículos pilosebáceos vacíos.

Los principales diagnósticos diferenciales de la TTM incluyen alopecia areata, tiña de la cabeza, alopecia traccional y síndrome del pelo anágeno suelto. La alopecia areata constituye el principal diagnóstico diferencial, encontrándose áreas de alopecia lisas y brillantes, con prueba de tracción positiva en la periferia, y en la tricoscopia se observan pelos en signo de admiración, lo cual es poco frecuente en la TTM (tabla 2).^{8,19,16}

Existen diversas escalas para valorar la severidad de la TTM, como la escala de severidad de síntomas de tricotilomanía (*trichotillomania symptom severity scale*), la escala de deterioro en tricotilomanía (*trichotillomania impairment scale*) y el progreso clínico de evaluación médica (*physician's rating of clinical progress*).¹

Las complicaciones médicas son poco frecuentes, sin embargo, cuando aparecen pueden poner en riesgo la función o vida del paciente. Se estima que cerca de 30% de los pacientes con TTM presentan tricofagia, la cual puede provocar la presencia de tricobezoar (pelo en el intestino o en el estómago), que a su vez puede causar perforaciones, obstrucciones o pancreatitis, esta última es una de las complicaciones más temidas en estos pacientes. Otras más comunes son la blefaritis, infecciones dérmicas en el sitio de arrancamiento, tricoma, problemas posturales y síndrome del túnel carpiano, entre otras.¹⁰

La plica polónica, también conocida como plica neuropática o tricoma, es una condición poco común, que se caracteriza por la presencia irreversible de apelmazamiento del pelo. Ésta puede ser causada por distintas patologías psiquiátricas, pediculosis o el uso de champú o químicos en el pelo. Tal como es el caso de nuestra paciente, quien presenta plica polónica secundaria a TTM, la cual se considera una enfermedad psiquiátrica. Se han reportado casos de plica polónica asociada a esquizofrenia, pero hasta donde sabemos no se han encontrado casos en los que se asocie TTM con plica polónica.^{4,16,22-25}

El manejo de los pacientes con TTM debe ser multidisciplinario, en el que se debe incluir al psicólogo, al psiquiatra y al dermatólogo. Actualmente el tratamiento se

Tabla 2. Tricoscopia en TTM^{17,21}

| SIGNO ESPECÍFICO | DESCRIPCIÓN | ENFERMEDAD EN QUE SE OBSERVA |
|--------------------------------|--|----------------------------------|
| Signo del mazo/signo de la “v” | El pelo afectado es más oscuro que el sano, de diámetro normal. Abultado en el extremo distal y áspero | Exclusivo de tricotilomanía |
| Pelo en signo de exclamación | Extremo distal del pelo deshilachado, grueso e hiperpigmentado. El extremo proximal hipopigmentado | Alopecia areata y tricotilomanía |
| Pelo en tulipán | Pelos cortos, extremo distal con punta más oscura, lo que semeja un tulipán | Alopecia areata y tricotilomanía |

individualiza de acuerdo con el área de pelo afectada, la edad y las comorbilidades que presenta el paciente en específico; aunque para la mayoría de los pacientes se suele indicar apoyo psicológico a través de psicoanálisis, terapia cognitivo-conductual, terapia de regresión de hábitos (*acceptance and commitment therapy*) y terapia de control de estímulos en los que se motiva al individuo a utilizar prendas como gorros o guantes para evitar el arrancamiento.⁵

El objetivo principal de utilizar fármacos como terapia complementaria radica en tratar la enfermedad psiquiátrica de base y con esto disminuir la fijación por el autoarrancamiento del pelo. Swedo y colaboradores mencionan pacientes que han sido tratados exitosamente con antidepresivos tricíclicos como clomipramina. También se reportan casos tratados con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (fluoxetina, imipramina), incluso se menciona que son el tratamiento más efectivo en la actualidad. Hasta ahora no existen estudios controlados que comparen la eficacia de dichos tratamientos juntos o por separado.^{1,2,7,8,10}

Castillo y colaboradores documentaron algunos casos en los que, cuando falló la respuesta al tratamiento farmacológico antes mencionado, se utilizó litio o naltrexona con resultados satisfactorios. En los casos en que los pacientes refieren prurito constante que les motiva al arrancamiento del pelo, se pueden agregar esteroides tópicos para reducir la molestia. En el caso del tratamiento dermatológico, es meramente conservador y poco estandarizado.^{1,2,7}

Conclusión

La TTM representa un reto diagnóstico, por lo que es importante exponer casos ante la comunidad médica que nos indiquen cómo debemos abordar a los pacientes con alopecia y cuándo debemos sospechar que se trata de una TTM.

Se debe considerar que un gran porcentaje de los pacientes se siente apenado por su condición y es poco probable que se lo comuniquen al médico. Por esto se debe tomar en cuenta que el tratamiento de esta entidad es multidisciplinario, siempre se debe interconsultar con los servicios de Dermatología, Psicología y Psiquiatría. Se ha observado que los pacientes con este padecimiento tienden a tener deterioro en sus relaciones interpersonales, lo que provoca un daño sustancial en su calidad de vida.

El tratamiento de esta entidad está poco estandarizado, sin embargo, la terapia cognitivo-conductual y los psicofármacos son los más utilizados. El tratamiento dermatológico es meramente conservador.

El médico siempre debe estar alerta ante el surgimiento de complicaciones, ya que aunque son poco frecuentes, la presencia de tricobezoar puede ser potencialmente mortal.

BIBLIOGRAFÍA

- Asz D, Palma M, Garfias P, Vega ME y Arenas R, Tricotilomanía. Una entidad psicodinámica, *Dermatología CMQ* 2010; 8(2):117-26.
- Khumalo NP, Shaboodien G, Hemmings SMJ, Moolman-Smook JC y Stein DJ, Pathologic grooming (acne excoriee, trichotillomania, and nail biting) in 4 generations of a single family, *JAAD Case Reports* 2016; 2(1):51-3.
- Parakh P y Srivastava M, The many faces of trichotillomania, *Int J Trichology* 2010; 2(1):50-2.
- Gupta S, Kumar R, Vijay A y Kumar S, Plica polonica in a patient on chemotherapy: a case report with review of literature, *Int J Trichology* 2017; 9(3):124-6.
- Allevato MA, Tricotilomanía, *Acta Ter Dermatológica* 2007; 30:50-6.
- Lamothe H, Baleyte JM, Mallet L y Pelissolo A, Trichotillomania is more related to tourette disorder than to obsessive-compulsive disorder, *Brazilian J Psychiatry* 2019.
- Moreno K, Ponce R, Cano A et al, Tricotilomanía, *Rev Mex Dermatología* 2007; 51(5):180-6.
- Cisoñ H, Kuś A, Popowicz E, Szyca M y Reich A, Trichotillomania and trichophagia: modern diagnostic and therapeutic methods, *Dermatol Ther (Heidelberg)* 2018; 8(3):389-98.
- Anwar S y Jafferany M, Trichotillomania: a psychopathological perspective and the psychiatric comorbidity of hair pulling, *Acta Dermatovenerologica Alpina, Pannonica Adriatic* 2019; 28:33-6.
- Siddappa K, Trichotillomania, *Indian J Dermatology, Venerology Leprol* 2003; 69(2):63-8.
- Torales J, Bolla L, Di Martino B et al, TTM: concepto, epidemiología, etiopatogenia y clínica, *ResearchGate* 2014.
- Uhlmann A, Dias A, Taljaard L, Stein DJ, Brooks SJ y Lochner C, White matter volume alterations in hair-pulling disorder (trichotillomania), *Brain Imaging Behav* 2019; 14:2202-9.
- Ubukata S, Mimura T, Watanabe E, Matsumoto K, Kawashima M, Kitsu K et al, Bilateral trichotillomania of eyelashes triggered by anxiety due to nocturnal enuresis: a case report, *Case Rep Ophthalmol Med* 2019; 1-4.
- Oversikt K, Eskeland SO, Moen E y Hummelen B, Trichotillomania. *Tidsskr Nor Laegeforen*; 138(10).
- American Psychiatric Association, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 5ª ed, Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2014, pp. 996.
- Gupta A, Mathacan S, Arora P y Malhotra P, Linear alopecic patches in a child: an unusual presentation of trichotillomania, *Indian Dermatol Online J* 2019; 10:591-2.
- Malakar S y Mukherjee Amipa S, "Mace sign": a definitive sign of trichotillomania?, *Our Dermatology Online* 2017; 8(4):491-2.
- Spagnol L, Nogueira F y Azulay-Abulafia L, Dermoscopic clues to distinguish trichotillomania from patchy alopecia areata, *An Bras Dermatol* 2010; 85(5):723-6.
- Rakowska A, Slowinska M, Olszewska M y Rudnicka L, New trichoscopy findings in trichotillomania: flame hairs, v-sign, hook hairs, hair powder, tulip hairs, *Acta Derm Venereol* 2014; 94:303-6.
- Puebla-Miranda M y Gálvez-Juárez Y, Tricotilomanía y sus hallazgos por dermatoscopia, *Rev del Hosp Juárez México* 2017; 84(4):226-8.
- Mariana MS, Navarro C, Torre A y Galimberti RL, Rol de la tricoscopia en el diagnóstico de un caso de tricotilomanía, *Med Cutan Ibero Lat Am* 2016; 44(1):60-3.
- Kaur T, Singh D, Malhotra SK y Singh J, Plica polonica after use of shampoo, *Int J Trichology* 2016; 8(1):46-7.
- Suresh Kumar PN y Rajmohan V, Plica neuropathica (polonica) in schizophrenia, *Indian Psychiatry* 2012; 54(3):288-9.
- Kumar Kar S, Singh J, Singh P, Dermatitis neglecta and plica polonica in schizophrenia: rarely encountered or rarely discussed?, *Int J Trichology*, 2016; 8(2):100-1.
- Kumar PN, Antony B, Chakravarthy A y Koyamu AM, Plica neuropathica (polonica) in schizophrenia: a case report and review of literatura, *Indian J Psychiatry* 2001; 43(3):281-3.