



Localizador: 15032

Rol de la tricoscopia en el diagnóstico de un caso de tricotilomanía

Role of trichoscopy in the diagnosis of a case of trichotillomania

Martín Mariana S,* Cecilia Navarro Tuculet,† Ana Clara Torre,‡ Ricardo Luis Galimberti||

Palabras clave:

Tricotilomanía,
tricoscopia.

Key words:

Trichotillomania,
trichoscopy.

RESUMEN

La tricotilomanía es una entidad subdiagnosticada que se caracteriza por placas alopecicas de localización y aspecto inusual, con límites mal definidos, cabellos rotos y cortados a distintas alturas que cambian de forma y de manera rápida de una consulta a otra. La prueba de tracción es negativa y hay ausencia de inflamación en el cuero cabelludo. De forma característica, en la dermatoscopia de estas lesiones se observa disminución de la densidad capilar, cabellos cortados a distintas alturas, tricopilosis, cabellos enroscados, de rebrote y puntos negros. En tiempos recientes se han descrito nuevos signos dermatoscópicos para el diagnóstico de esta entidad, los cuales comprenden cabellos en signo de la «V», pelo en tulipán, pelo en llama y polvo piloso. Presentamos el caso de una paciente adulta con una dermatosis sin diagnóstico de años de evolución, en quien la dermatoscopia fue fundamental para el diagnóstico de tricotilomanía.

ABSTRACT

Trichotillomania is an underdiagnosed entity characterized by alopecic plaques of unusual location and appearance, with unwell defined borders with broken hairs cut at different heights, that change in shape and very quickly from one consultation to another. Traction test is negative and there is no inflammation on the scalp. Characteristically, in the dermoscopy of these lesions are observed: decreased hair density, hairs cut at different heights, trichoptilosis, curled hair, hair regrowth and black dots can be seen. Recently, new dermoscopic findings have been described for the diagnosis of this entity, which are: hair in of «V» sign, tulip hair, flame hair and hair powder. We report the case of an adult patient with a dermatosis with an undiagnosed dermatosis of years of evolution, where dermoscopy was essential for the diagnosis of trichotillomania.

* Médica Dermatóloga asociada. Sector de Tricología y Estética.

† Médica Dermatóloga de planta. Sector de Tricología y Estética.

‡ Médica Dermatóloga de planta. Sector de Internación Dermatológica.

|| Jefe de Servicio.

Hospital Italiano de Buenos Aires.

Conflictos de intereses:

Recibido:
30/Octubre/2015.

Aceptado:
20/Julio/2016.

INTRODUCCIÓN

La tricotilomanía es una dermatosis producida por el arrancamiento del pelo que suele confundirse con otras entidades como la alopecia areata. Presentamos un caso en el que la dermatoscopia, una herramienta sencilla y poco invasiva, ha tomado un papel fundamental en el diagnóstico de la entidad.

CASO CLÍNICO

Enfermedad actual: paciente de 57 años de edad con antecedentes de síndrome de hiper-sensibilidad del seno carotídeo, enfermedad de Von Willebrand, ansiedad e insomnio, quien consultó por una dermatosis de cinco años de evolución.

Exploraciones físicas y complementarias: al examen físico presentó una placa alopecica

de 18 x 5 cm de diámetro, de forma irregular, dentro de la cual se apreciaban áreas con cabellos de características normales, sectores con atricquia y cabellos cortados a diferentes alturas y localizada a nivel biparietal. Por otra parte, se observaron pequeñas costras hemáticas distribuidas en toda la lesión. El signo de tracción pilosa fue negativo (*Figura 1*). La lesión era pruriginosa y debido a esto la paciente utilizaba un cepillo de cerdas de pelo natural para aliviar los síntomas.

Se le realizó una tricoscopia manual del cuero cabelludo que mostró cabellos cortados a diferentes alturas, puntos negros, cabellos fracturados, enroscados o en gancho, en signo de la «V» y costras serohemáticas aisladas.

Diagnóstico: a pesar de que la paciente negaba arrancarse el pelo, los hallazgos resultaron compatibles con un cuadro de tricotilomanía.



Tratamiento: se le indicó tratamiento con minoxidil al 5% en loción una vez por día, suspender el uso del cepillo para rascado con el fin de evitar la manipulación del cabello. Además, se la derivó al equipo de salud mental para su evaluación, debido al cuadro dermatológico y sus antecedentes de ansiedad e insomnio. Durante el tratamiento la paciente presentó períodos de mejoría y

otros de recaída coincidentes con el agravamiento del cuadro emocional. Como complicación en una ocasión desarrolló un absceso de cuero cabelludo que requirió antibioticoterapia por vía oral y drenaje quirúrgico. En la actualidad se encuentra en seguimiento interdisciplinario por los servicios de dermatología y salud mental. Fue medicada por el equipo de salud mental con sertralina 100 mg/día y clonazepam 1.5 mg/día.

DISCUSIÓN

La tricoscopia constituye una herramienta útil, accesible y rápida para el diagnóstico de la TT y evita en numerosas oportunidades procedimientos invasivos. Los hallazgos dermatoscópicos más frecuentes son disminución de la densidad capilar, cabellos cortados a distintas alturas, tricopilosis (fractura longitudinal del extremo distal del tallo capilar), cabellos enroscados, de rebrote y puntos negros.⁸

Rakowska et al. realizaron un estudio en el cual incluyeron 370 pacientes y compararon los hallazgos dermatoscópicos de 44 pacientes con TT, 314 con alopecia areata (AA) y 12 con *tinea capititis*. Las imágenes de los pacientes



Figura 1. Dermatoscopia 1: se observan cabellos cortados a distintas alturas, puntos negros, cabellos enroscados o en gancho, signo de la «V» y vellos de recrecimiento.



Figura 2. Dermatoscopia 2: se observan cabellos cortados a distintas alturas, puntos negros, cabellos enroscados o en gancho y vellos de recrecimiento.



Figura 3. Foto clínica: placa alopecólica, de 18x5 cm de diámetro, de forma irregular, dentro de la cual se aprecian áreas con cabellos de características normales, sectores con atricquia, costras serohemáticas y cabellos cortados a diferentes alturas, localizada a nivel biparietal.

con TT mostraron cabellos rotos a distintas alturas, enroscados y tricoptilosis en 100, 39 y 34% de forma respectiva. Además, estos autores identificaron y describieron nuevos hallazgos dermatoscópicos en la TT. Observaron cabellos en signo de la «V» (57%), pelo en tulipán (48%), pelo en llama (25%) y polvo piloso (16%). Cuando una unidad folicular de dos cabellos presenta un quiebre al mismo nivel da origen al signo de la «V». El pelo en tulipán son cabellos cortos y tienen el extremo distal en forma de tulipán producto de una fractura transversal. El pelo en llama son cabellos residuales proximales, ondulantes y semitransparentes y el polvo piloso corresponde a residuos remanentes de queratina adheridos al cuero cabelludo. Los hallazgos comunicados por estos autores se consideran relevantes, ya que como bien proponen dichos signos dermatoscópicos nuevos podrían colaborar con el diagnóstico de esta entidad.¹⁰

La alopecia areata y la tricotilomanía presentan signos dermatoscópicos en común tales como vellos, pelo fracturado, puntos negros y puntos amarillos. El pelo fracturado a distintas alturas y el pelo enroscado con extremos despullados o deshilachados son sugestivos de TT.⁹ Los puntos amarillos deben ser interpretados con cautela, Ross et al. fueron los primeros en describirlos en pacientes con TT. Sin embargo, en su trabajo los hallazgos histopatológicos demostraron coexistencia con alopecia areata.¹¹ Inui et al. destacan que es poco frecuente hallar puntos amarillos en pacientes con TT y sugieren que si éstos estuvieran presentes, deberían contener puntos negros en su interior para ayudar a distinguirlos de la AA.¹² Por el contrario, los cabellos en signo de exclamación son característicos de la AA y suelen observarse en casi 70% de los pacientes. Se caracterizan por mostrar un extremo proximal pigmentado y un extremo distal pigmentado y afinado.¹⁰

Algunos autores han postulado que los puntos negros son específicos de la alopecia areata, Rawoska et al. señalan que si bien los puntos negros pueden ser hallados en la alopecia areata, la tricotilomanía y la *tinea capitis*, en la primera éstos presentan un tamaño uniforme y en la segunda una alta variabilidad de diámetro y forma (redondos, ovales, irregulares). En la alopecia areata además de los signos descritos en los párrafos anteriores (puntos amarillos, puntos negros, cabellos en forma de signo de exclamación) pueden encontrarse cabellos rotos, vellos, tricoptilosis, cabellos de rebrote, en zigzag y en forma de sacacorchos.¹⁰ En la tricoscopia de la *tinea capitis* se observa en la mayor parte de los pacientes cabellos en forma de coma. En la dermatoscopia del síndrome del anágeno suelto se han descrito estructuras

negras rectangulares y granulares, las unidades foliculares de un pelo y los puntos amarillos aislados en 71, 93.3 y 50% de los casos de la serie estudiada.^{10,13}

Si bien la dermatoscopia colabora en el diagnóstico diferencial, estos hallazgos deben ser interpretados en relación con el cuadro clínico de cada paciente. En el caso de nuestra paciente se encontraron cabellos cortados a diferentes alturas, puntos negros, cabellos fracturados y enroscados y puntos amarillos.

En los casos en los que ni el examen clínico ni la tricoscopia permiten llegar al diagnóstico, puede efectuarse una biopsia de las placas alopécicas para estudio histológico. En las lesiones de TT ésta suele evidenciar un incremento del número de cabellos en catágeno y telógeno como consecuencia del arrancamiento crónico. No se muestran signos de inflamación a menos que exista una infección secundaria y puedan observarse folículos anágenos vacíos o con remanentes del bulbo piloso. La hemorragia cercana al bulbo piloso o entre la vaina radicular externa y el tejido conectivo es diagnóstica.¹⁴

CONCLUSIONES

La TT es un trastorno complejo y debemos considerarlo entre los diagnósticos diferenciales en todos aquellos pacientes que se presenten con placas alopécicas. Si bien debemos tener en cuenta la definición de esta entidad que nos proporciona el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV (DSM-IV por sus siglas en inglés) para poder llegar al diagnóstico, consideramos relevante destacar que no todos los pacientes cumplen con todos los criterios. A decir verdad, la gran mayoría niega el arrancamiento, por lo que atenerse de forma estricta a los mismos dejaría excluido a un grupo considerable de pacientes. A su vez, en algunos pacientes el examen clínico no es suficiente para llegar al diagnóstico de esta entidad. En estos casos es importante tener presente que la dermatoscopia es una herramienta práctica, accesible y sencilla que puede ser de suma utilidad y permite evitar procedimientos invasivos, los cuales pueden ser cruentos en edades tempranas.

Correspondencia:
Martín Mariana S

Hospital Italiano de Buenos Aires.
Gascón 450. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.
Teléfono/Fax: (0054) 11-4959-0200. Interno 8502
E-mail: mariana.martin@hospitalitaliano.org.ar

BIBLIOGRAFÍA

1. Pichor P, Ibor-Aliño J, Valdés-Miyar M. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV)*. Barcelona (España): Masson; 1995.
2. Shoenfeld N, Rosenberg O, Kotler M, Dannon PN. Tricotillomania: pathopsychology theories and treatment possibilities. *Isr Med Assoc J*. 2012; 14 (2): 125-129.
3. Camacho F, Rodriguez-Picciardo A. *Alopecias due to external injuries of the scalp. Trichotillomania*. In: Camacho F, Montagna W, editors. *Trichology: diseases of pilosebaceous follicle*. Madrid, España: Ed. Grupo Aula Médica; 1997. pp. 463-474.
4. Piquero-Casals J, La Rotta-Higuera E, Piquero-Casals V, Hernández-Pérez R, Piquero-Martín J. Tricotilomanía: presentación de tres casos y revisión de pruebas diagnósticas. *Invest Clin*. 2007; 48 (3): 359-366.
5. Sah DE, Koo J, Price VH. Trichotillomania. *Dermatol Ther*. 2008; 21 (1): 13-21.
6. Tay YK, Levy ML, Metry DW. Trichotillomania in childhood. *Pediatrics*. 2004; 56: 319-326.
7. Trüeb RM, Cavegn B. Trichotillomania in connection with alopecia areata. *Cutis*. 1996; 58 (1): 67-70.
8. Thakur BK, Verma S, Raphael V, Khonglah Y. Extensive tonsure pattern trichotillomania-trichoscopy and histopathology aid to the diagnosis. *Int J Trichology*. 2013; 5 (4): 196-198.
9. Abraham LS, Torres FN, Azulay-Abulafia L. Dermoscopic clues to distinguish trichotillomania from patchy alopecia areata. *An Bras Dermatol*. 2010; 85 (5): 723-726.
10. Rakowska A, Slowinska M, Olszewska M, Rudnicka L. New trichoscopy findings in trichotillomania: flame hairs, V-sign, hook hairs, hair powder, tulip hairs. *Acta Derm Venereol*. 2014; 94 (3): 303-306.
11. Ross EK, Vincenzi C, Tosti A. Videodermoscopy in the evaluation of hair and scalp disorders. *J Am Acad Dermatol*. 2006; 55 (5): 799-806.
12. Inui S, Nakajima T, Nakagawa K, Itami S. Clinical significance of dermoscopy in alopecia areata: analysis of 300 cases. *Int J Dermatol*. 2008; 47 (7): 688-693.
13. Rakowska A, Zadurska M, Czuwara J, Warszawik-Hendzel O, Kurzeja M, Maj M et al. Trichoscopy findings in loose anagen hair syndrome: rectangular granular structures and solitary yellow dots. *J Dermatol Case Rep*. 2015; 9 (1): 1-5.
14. Muller SA. Trichotillomania: a histopathologic study in sixty-six patients. *J Am Acad Dermatol*. 1990; 23 (1): 56-62.
15. Rothbart R, Amos T, Siegfried N, Ipser JC, Fineberg N, Chamberlain SR et al. Pharmacotherapy for trichotillomania. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (11): CD007662.

www.medigraphic.org.mx