

## Caso clínico

# Tricotilomanía

Fabiola Jiménez Hernández,\* Donatella Petrocelli Calderón,\*\* Sandra Hernández Zárate\*\*

### RESUMEN

La tricotilomanía se define como una alteración en el control de los impulsos, según el Manual de Diagnóstico y Estadística de Desórdenes Mentales IV (DSM-IV-TR), se caracteriza por la acción repetida de autoarrancamiento de pelo, que deja una placa pseudoalopecica con presencia de pelos largos y cortos. Generalmente es autolimitada, se produce de manera inconsciente, casi siempre en la infancia o secundaria a un problema de tipo afectivo, enfermedades psiquiátricas o estrés postraumático. Se comunican dos casos de tricotilomanía en pacientes pediátricos, en los cuales el diagnóstico se realizó con base en un interrogatorio exhaustivo y evaluación clínica. A pesar de tratarse del mismo padecimiento, el factor desencadenante fue diferente en cada caso.

**Palabras clave:** Tricotilomanía, psicodermatosis, pseudoalopecia.

### ABSTRACT

*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV-TR) classifies trichotillomania as an impulse-control disorder, consisting in the repetitive action of pulling of one's own hair, resulting in pseudoalopecic and symmetric patches and presence of short and long hair. It presents as a benign condition, self-limited, in an unconscious form, almost always in childhood or secondary to an affective problem, psychiatric diseases or post-traumatic stress. We present two cases of trichotillomania in pediatric age patients, where the diagnosis was done based in an exhaustive history and clinical evaluation, noticing that in both cases, different precipitating factors lead to the same disease.*

**Key words:** Trichotillomania, psychodermatoses, pseudoalopecic patch.

### INTRODUCCIÓN

La tricotilomanía fue descrita por el francés Francois Henri Hallopeau en 1889, quien acuñó el término de tricotilomanía, palabra que proviene del griego «Trich» (pelo) «tilo» (estiramiento) y «manía» (impulso).<sup>1,2</sup>

La tricotilomanía está definida por el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Desórdenes Mentales (DSM-IV) cuarta edición, como la acción repetida de un paciente por arrancarse su propio pelo, se clasifica como una alteración en el control de los impulsos.<sup>3</sup>

### EPIDEMIOLOGÍA

No se conoce exactamente cuál es la incidencia y prevalencia de esta enfermedad.<sup>4</sup> Se han publicado cifras que van de 0.5 a 3.4%, aunque se han descrito prevalencias hasta del 13%. Se considera que existe un subregistro de casos debido a que muchos pacientes no logran cumplir con todos los criterios diagnósticos y que aproximadamente el 80% de los enfermos tratan de ocultar este padecimiento.<sup>5,6</sup>

A pesar de que la tricotilomanía puede presentarse en cualquier etapa de la vida, tiende a ser bimodal ocurriendo en la niñez temprana, menores de 5 años o durante la adolescencia. El promedio es a los 13 años.<sup>5</sup>

En la infancia no hay predilección por género, pero conforme se avanza en edad se ve mayor tendencia en las mujeres.<sup>5,7</sup>

\* Dermatóloga.

\*\* Residentes de 4º año de Dermatología.

## ETIOLOGÍA

En la actualidad no existe una causa específica conocida, se han formulado diversas teorías con base en estudios y hallazgos clínicos. Dentro de las más importantes se encuentran:

### 1. Genética

Los familiares de pacientes con tricotilomanía tienen mayor predisposición para arrancarse el pelo, de 5 a 8% más que la población general.

En el 2006 se identificó en dos pacientes con tricotilomanía la mutación en el gen SLTRK 1, el cual tiene funciones en el desarrollo de la corteza cerebral y crecimiento neuronal.<sup>5,7</sup>

En modelos animales se han comprobado mutaciones en el gen del desarrollo neuronal hoxb8 y sapap3.<sup>5</sup> En un estudio llevado a cabo en el 2009 se comparó la presencia de mutaciones en la proteína sapap3 en pacientes con tricotilomanía y trastorno obsesivo-compulsivo en relación con controles, encontrándose dicha mutación en un 4.2 y 1.1% respectivamente.<sup>8</sup>

### 2. Neurobiológico

Se ha relacionado a la serotonina con problemas en el control de los impulsos. En algunas investigaciones se han encontrado alteraciones del gen codificador del receptor serotoninérgico 5-HT2A, sin embargo su presencia no es constante. Otro hallazgo que refuerza esta teoría es la buena respuesta clínica al utilizar fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina.<sup>5,7</sup>

La dopamina también ha sido implicada en su patogénesis, básicamente por la eficacia que tienen los bloquedores dopaminérgicos y su sinergismo con los antiserotoninérgicos.<sup>9</sup>

En un estudio efectuado en el 2009 se utilizó N-acilticisteína como agente glutaminérgico en pacientes con tricotilomanía, demostrando mejoría en los síntomas, por lo que se cree que la deficiencia en el neurotransmisor glutamato está relacionado con la enfermedad.<sup>10</sup>

### 3. Anomalías neuroanatómicas y neurofisiológicas

Se han encontrado diversas anomalías en la anatomía y fisiología cerebral en algunos pacientes con tricotilomanía al compararlos con controles; dentro de éstas, se incluye la disminución del volumen del putamen, cerebelo y el área de la corteza parietal, así como

anomalías en la perfusión cerebral y del metabolismo de la glucosa.<sup>5</sup>

Existen factores que pueden desencadenar la tricotilomanía, como el estrés psicosocial; situaciones traumatizantes como cambios de casa, hospitalizaciones, muerte de familiares; hábitos rutinarios como el sedentarismo, jugar con el pelo, etc.<sup>7</sup>

## CLASIFICACIÓN

La presentación durante la adolescencia o juventud tiene mayor prevalencia en las mujeres, con índices del 70 hasta el 93%. Se observa con mayor frecuencia entre los 9 y 13 años. La presentación en adultos es la de peor pronóstico, casi siempre se asocia a otras enfermedades psiquiátricas de base.<sup>1,3</sup>

La clasificación se divide en tres: presentación temprana, automática y focal.

Presentación temprana: es más frecuente en menores de 8 años. Puede resolverse de manera espontánea o con mínima intervención. No es común que exista tensión antes o después de arrancar el pelo.

Automática: se realiza de forma inconsciente, como un hábito, generalmente mientras se realiza otra actividad como ver televisión o hablar por teléfono. Se observa en aproximadamente 75% de los casos de tricotilomanía.<sup>5</sup>

Focal: acto intencional, genera mucha tensión, se acompaña de alteraciones compulsivas, asociado a experiencias adversas.<sup>5,7</sup>

Otros autores la clasifican de acuerdo a la edad de presentación en la infancia, adolescencia y de los adultos. Se describe la presentación durante la infancia en menores de 5 años, quienes realizan el acto de arrancarse el pelo de una forma automática sin percepción del dolor, a menudo los padres se dan cuenta de que su hijo juega o se toca mucho el cabello u observan gran cantidad de pelos en la almohada del paciente. El curso en estos casos suele ser autolimitado.

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El arrancamiento del pelo puede realizarse con los dedos o con otros instrumentos como pinzas, provocando la presencia frecuentemente de una o varias placas pseudoalopécicas de distintos grados de extensión, de formas geométricas, lineales, romboidales, rectangulares o circulares con pelos de diferentes tamaños, unos nuevos, otros cortos y rotos.<sup>4,7</sup> En piel cabelluda se encuentran hallazgos de traumatismo al jalar el pelo

como: excoriaciones, hemorragias o eritema perifolicular, incluso se han publicado casos de impetiginización secundaria.<sup>7</sup>

Los sitios más afectados son los que están más accesibles, la piel cabelluda es la topografía más común y de ésta, la región parietotemporal, seguida por las cejas, pestañas, cara, brazos, piernas y zona pélvica.<sup>3</sup> El signo del «fraile» se presenta cuando se arranca el pelo de piel cabelluda a nivel del occipucio, dejando una zona circular rodeada de pelo normal semejante a la de los frailes.<sup>3,4,7</sup>

Existe manipulación oral del pelo en un 48% y tricofagia en un 10%, esto último puede provocar serias complicaciones como la formación de tricobezoares, obstrucción intestinal e incluso llevar a la muerte.<sup>4</sup>

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico y no es fácil, debido a que los pacientes en la mayoría de las ocasiones tratan de ocultar su padecimiento, sobre todo los adultos. Debe realizarse un interrogatorio directo al paciente, o de forma indirecta a la familia, con el objetivo de obtener información que nos ayude a confirmar el diagnóstico.<sup>4</sup>

Los criterios actuales para el diagnóstico de tricotilomanía, propuestos por la DSM IV son:

1. Arrancamiento recurrente del pelo, con notable pérdida en un área.
2. Aumento del nivel de tensión inmediatamente antes de jalar el pelo o durante su intento por evitarlo.
3. Hay sensación de alivio, placer o gratificación mientras se jala el pelo.
4. No se explica esta conducta por otra alteración mental.
5. Hay estrés o disfunción significativa en áreas laborales, sociales u otras, todo secundario a la experiencia de jalar el pelo.

No todos los pacientes que presentan tricotilomanía logran reunir dichos criterios, especialmente los niños, en quienes no se presenta la relación tensión-gratificación, por lo que su empleo es causa de controversia.<sup>7</sup>

Cuando existe duda diagnóstica se puede realizar biopsia de piel del área afectada, observando bulbos vacíos con hemorragias entremezclados con pelo en anágeno, presencia de tricomalacia o distorsión completa del pelo terminal en el bulbo.<sup>4</sup> Otros métodos no específicos pero de ayuda son el tricograma y la dermatoscopia.<sup>7</sup>

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La alopecia areata es el principal diagnóstico diferencial, puede coexistir o preceder a la tricotilomanía, clínicamente son distintas, en la primera son placas alopécicas y en la segunda pseudoallopécicas.<sup>3,11</sup> Otros diagnósticos a considerar son: tiña de la cabeza, alopecia tracial, alopecia androgenética, efluvio telógeno, foliculitis decalvante, alopecia secundaria a lupus eritematoso sistémico, linfoma, sífilis o algunas endocrinopatías.<sup>1,7</sup>

## TRATAMIENTO

Se han realizado estudios clínicos aleatorizados controlados en dos grandes áreas: la terapia de comportamiento cognitivo y la farmacoterapia, el resto de medidas terapéuticas son pequeños ensayos no controlados y reporte de casos.<sup>5</sup>

En la terapia del comportamiento enfocada a cambiar conductas específicas o patrones de pensamiento, existen diversas modalidades terapéuticas, la más utilizada es la «inversión de hábitos».<sup>1,7</sup>

Los fármacos que se han utilizado son diversos, los que han demostrado más eficacia en estudios clínicos son los antidepresivos tricíclicos (clomipramina) y los inhibidores de recaptación de serotonina (fluoxetina). Otros fármacos empleados son: citalopram, pimozida, topiramato, buproprión, haloperidol, riperidona, sertralina y litio.<sup>1,7</sup>

## PRONÓSTICO

La mayoría de los autores refieren que la presentación en la niñez es de evolución benigna, autolimitada, y la del adulto tiende a ser crónica, recidivante, resistente a tratamiento y acompañada de otras enfermedades psiquiátricas.<sup>3,4,6,7</sup> Sin embargo, este hecho aún no está comprobado.<sup>5</sup>

## CASOS CLÍNICOS

### Caso 1

Niña de 4 años, originaria del Distrito Federal que acude al Centro Dermatológico Pascua (CDP), con dermatosis localizada a la región parietotemporal derecha, constituida por una placa pseudoallopéctica de 2 X 3 cm, con pelos de diverso tamaño, evolución crónica y recurrente (*Figura 1*).

Refiere la madre que la paciente presentaba pérdida de pelo de un año de evolución. En el examen físico



**Figura 1.** Pseudoalopecia en región parietooccipital con pelos de diverso tamaño.

se observa una infante de personalidad retraída. En antecedentes heredofamiliares no se encontraron datos relevantes para el padecimiento actual.

Al realizar interrogatorio exhaustivo e insistente, la madre refiere que la dermatosis inicia después de que la paciente sufrió abuso sexual por parte de un familiar, comenta que «la niña se tocaba mucho el pelo desde entonces». Además, nos dijo que había estado en control por psiquiatra en un inicio.

Con los datos obtenidos se realizó el diagnóstico de tricotilomanía, se refirió a la paciente al psiquiatra para reiniciar su terapia, el cual indicó la modalidad conductual. Se reevaluó a la paciente, encontrando repoblación total del pelo a los 6 meses del reinicio de su tratamiento psiquiátrico.

## Caso 2

Niño de 11 años, originario y residente del Distrito Federal, asistió a consulta al CDP por presentar una dermatosis localizada en las cejas y borde ciliar superior de ambos párpados en forma bilateral y asimétrica (*Figura 2*).

La dermatosis estaba constituida por placas pseudoalopecicas de diferente forma y tamaño, con presencia de algunos pelos cortos alternando con pelo normal, evolución crónica y asintomática (*Figura 3*).

Al interrogatorio refería 3 meses de evolución con «caída de pestañas y cejas». En el resto de la exploración física no se encontraron anormalidades. Al realizar el interrogatorio dirigido, la madre del paciente refiere que su hijo «cree que es buena suerte que se caigan las pestañas para pedir deseos», fue entonces que el paciente admitió que se jalaba las pestañas.



**Figura 2.** Afectación de pestañas y borde ciliar superior.



**Figura 3.** Pelos de diverso tamaño en el borde ciliar superior.

Se llegó a la conclusión del diagnóstico de tricotilomanía, se refirió a tratamiento psiquiátrico en donde actualmente continúa en control.

## DISCUSIÓN

La tricotilomanía es una enfermedad difícil de diagnosticar en los adultos, debido a que tratan de ocultar el problema y lo niegan, en el caso de los niños, los padres en la mayoría de las ocasiones desconocen que sus hijos la presentan; tal como se describe en ambos casos clínicos, en los cuales se confirma que un interrogatorio dirigido y exhaustivo es la mejor herramienta clínica para integrar el diagnóstico.

Puede presentarse de manera focal, automática, inconsciente o secundaria a un evento adverso como un trauma, este último factor fue el detonante en el primer caso, la evolución y respuesta al tratamiento está íntimamente relacionada al manejo del estrés postraumático.<sup>12</sup>

Es común encontrarla en la infancia y adolescencia, la evolución tiende a ser más crónica y recidivante a mayor edad de presentación.<sup>1</sup>

La localización en piel cabelluda es la más frecuente, la presentación en cejas y pestañas es poco común.<sup>3,7</sup>

La tricotilomanía en pestañas suele afectar solamente el borde ciliar superior, debido a que es muy difícil arrancarse las inferiores por el tamaño más pequeño. Cuando se presenta en el borde ciliar inferior hay que pensar en alopecia areata.

Existen muchos datos clínicos que ayudan al dermatólogo a realizar el diagnóstico, particularmente en el primer caso, la actitud retraída de la paciente y los antecedentes personales evidentes de trauma. En el segundo caso fue muy útil la observación realizada por la madre.

Ante la sospecha clínica de tricotilomanía, se debe de realizar una adecuada y completa evaluación clínica para confirmar el diagnóstico y si fuese necesario valiéndose de métodos como la biopsia, la cual no fue necesaria en los dos casos estudiados aquí. Es imperativo que todos los pacientes con sospecha de este diagnóstico tengan una evaluación psiquiátrica, para que se determine el tratamiento ideal en cada caso.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Allevato M. Tricotilomanía. *Act Terap Dermatol* 2007;30:50.
2. Hautmann G, Hercogova J, Lotti T. Trichotillomania. *J Am Acad Dermatol* 2002;46:807-821.
3. Sah D, Koo J, Price H. Trichotillomania. *Dermatologic Therapy*, 2008;21:13-21.
4. Papadopoulos A, Janniger C, Chodynicki M, et al. Trichotillomania. *Int J Dermatol* 2003;42:330-334.
5. Duke DC, Keeley ML, Geffken GR, et al. Trichotillomania: A current review. [Epub ahead of print]. PMID: 19926375 *Clin Psychol Rev* 2009; 30:181-93.
6. Paus R, Olsen E, Messenger A. Trichotillomania in Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7th ed. USA: McGraw-Hill; 2008;769-770.
7. Moreno K, Ponce R, Saúl A, Jurado F. Tricotilomanía. *Dermatología Rev Mex* 2007;51:280-286.
8. Züchner S, Wendland JR, Ashley-Koch AE. Multiple rare SAPAP3 missense variants in trichotillomania and OCD. *Mol Psychiatry*. 2009;14:6-9.
9. De Simoni MG, Dal Toso G, Fodritto F, Sokola A, Algeri S. Modulation of striatal dopamine metabolism by the activity of dorsal raphe serotonergic afferences. *Brain Research* 1987; 411:81-88.
10. Grant JE, Odlaug BL, Kim SW. N-acetylcysteine, a glutamate modulator, in the treatment of trichotillomania: a double-blind, placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 2009 ;66:756-763.
11. Trüb RM, Cavegn B. Trichotillomania in connection with alopecia areata. *Cutis* 1996;58:67-70.
12. Woods D, Flessner C, Franklin M, et al. Understanding and treating trichotillomania: What we know and what we don't know. *Psychiatr Clin N Am* 2006;29:487-501.

### Correspondencia:

Dra. Fabiola Jiménez Hernández  
Dr. Vértiz No. 464 Esq. Eje 3 Sur,  
Col. Buenos Aires, Deleg. Cuauhtémoc,  
06780, México, D.F.  
Tel. 5519 6351