

## Artículo de revisión

## Tricodinia

Myrna del Carmen Rodríguez-Acar,\* María José Cervantes-González\*\*

## RESUMEN

Tricodinia se refiere a la sensación urente y/o dolorosa en la raíz del folículo piloso. Se presenta como un problema en la consulta dermatológica de manera más o menos frecuente y se acompaña, en ocasiones, de algunas formas de alopecia. Se considera de etiología desconocida, aunque influyen factores neuropsiquiátricos y la presencia de mediadores químicos e inflamatorios. El manejo sigue siendo un reto terapéutico y se sugiere que sea multidisciplinario. En este artículo se realiza una breve revisión del tema.

Palabras clave: Tricodinia, folículo piloso, alopecia.

## ABSTRACT

*Trichodynia refers to the painful, burning or stinging sensation of the hair follicle. This symptom is referred by patients in the daily dermatologic practice, associated in some cases with several forms of alopecia. The main cause of this pathology remains unknown, although several factors have been implicated, for example, the action of certain chemical inflammatory mediators, and neuro-psychiatric alterations. Treatment is considered challenging. It is suggested that a multidisciplinary team of physicians examines the patient to rule out other possible diseases first. In this article we present a brief review of the topic.*

Key words: Trichodynia, hair follicle, alopecia.

## INTRODUCCIÓN

Ocasionalmente acuden a la consulta dermatológica pacientes que refieren ardor o sensación urente y/o dolorosa en los folículos pilosos de la piel cabelluda, en los cuales no se observa alguna patología cutánea ni neuropatía que los provoque. Esta situación puede ser frustrante tanto para el enfermo como para el médico tratante.<sup>1</sup> Tricodinia (T) es el término que se utiliza para nombrarla.<sup>2</sup> Sulzberg fue el primero en describirla en 1960.<sup>3</sup>

## Inervación del folículo piloso

Las fibras mielínicas se ubican de manera paralela a los folículos pilosos y crean una red. Fibras más pequeñas

forman una capa debajo del bulbo, el cual se encuentra innervado por los corpúsculos de Ruffini y las células de Merkel. Las terminaciones nerviosas libres conducen el estímulo doloroso, las células de Merkel y los corpúsculos detectan tensión. Los nervios perifoliculares contienen neuromediadores y neuropéptidos como la sustancia P (péptido), asociada con calcitonina, los cuales actúan sobre los queratinocitos foliculares a lo largo de su ciclo evolutivo. Éstos también producen factores neurotróficos que estimulan a las terminaciones nerviosas perifoliculares e influyen en la remodelación del pelo de manera cíclica. Las células de Merkel, con funciones neuroendócrinas, también producen factores neurotróficos, citocinas y algunas moléculas reguladoras que forman parte del ciclo del pelo.<sup>1</sup>

## EPIDEMIOLOGÍA

No se cuenta con reportes epidemiológicos precisos sobre esta patología. Rebor y colaboradores comunicaron que el 34.5% de los pacientes con alopecia difusa refiere este problema. Grimalt informa una menor incidencia (14%) en la consulta dermatológica, asociada, además, con alopecia androgenética (74%), efluvio telógeno (6%)

\* Jefa de Consulta Externa.

\*\* Dermatóloga.

Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua», SSDF.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/dermatologicopascua>

o ambas patologías (20%). Estos datos corresponden a series de casos.<sup>3-5</sup> La edad promedio de presentación es de 46 años, con rangos desde la adolescencia hasta la vejez. Es más frecuente en las mujeres.

### **Etiopatogenia**

La etiología es aún desconocida y se considera que puede tener un origen multifactorial. Se ha informado de un incremento en la tasa de problemas de tipo psiquiátrico en este grupo de individuos; sin embargo, se desconoce si es un equivalente depresivo, como se observa en casos de vulvodinia y otras alteraciones del dolor aunadas a trastornos somatomorfos.<sup>2</sup>

Kinvac y su grupo encontraron asociación entre tricodinia y depresión en presencia de efluvio telógeno, así como trastornos de personalidad de tipo obsesivo. Baldary y sus colegas proponen que T debe ser un marcador casi exclusivo de efluvio telógeno por actividad inflamatoria perifolicular.

Algunos autores sugieren deficiencias nutricionales o alteraciones metabólicas. Se realizó un estudio de casos y controles para buscar las modificaciones en valores séricos normales de la hormona estimulante de tiroides, folatos, ferritina, zinc y vitamina B12 en estos sujetos, además de tricograma y pruebas para diagnóstico y medición de ansiedad (BAI, STAI-S, STAI-T). La edad promedio de los participantes fue de 27.3 años. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a niveles séricos de vitamina B12, folatos, TSH, ferritina y zinc ( $p > 0.05$ ).<sup>2</sup>

En cuanto a la medición de la ansiedad, en el test BAI ésta se encontró presente en el 51.6% de los encuestados, sin mostrar diferencias estadísticamente significativas.<sup>2</sup> Hua y colaboradores observaron este síntoma en enfermos que utilizan betabloqueadores para hipertensión. El relacionado con mayor frecuencia fue labetolol; también se reportó un caso asociado con la administración de Tamoxifen.<sup>4,5</sup>

Los sitios dolorosos se caracterizaron por el aumento en la sensibilidad para tacto fino ( $p < 0.01$ ), dolor presión ( $p < 0.01$ ) y aumento en la alodinia estática (94%), en comparación con sitios distales como manos y contrastado con los pacientes control. Se observaron alteraciones del ciclo del pelo en las zonas afectadas, detectadas con tricogramas.<sup>6</sup>

Se concluyó que tanto la hiperalgesia como la alodinia y el dolor crónico se relacionan con sensibilización central y periférica neural. La coexistencia de alteraciones en el ciclo del pelo en las zonas afectadas sugiere un fenómeno común en ambas patologías, así como

influencia de agentes proinflamatorios y neuropéptidos (sustancia P).<sup>5</sup>

### **CUADRO CLÍNICO**

Los pacientes refieren iniciar con una sensación urente, quemante o dolor difuso en los folículos pilosos. Se realizó un estudio para determinar las características de dicho dolor. Se describió como de tipo opresivo, ardoroso, con aparición varias veces al día o semanalmente; de carácter constante o intermitente. Se observó localizado en el 87% de los pacientes, principalmente afectando las regiones coronal y sagital. Era desencadenado por varios estímulos, como el aseo de la piel cabelluda o el mantenerlo recogido más de una hora; en algunos casos, aparecía espontáneamente. El 75% manifestó alodinia a los estímulos mecánicos de cepillado o peinado, presión ligera o uso de sombrero; 31%, dolor al uso de agua caliente o secadora de pelo con aire caliente, y 37.5% no podía recostarse sobre una almohada. Utilizando las escalas análogas, el dolor se calificó en  $6 \pm 2.1$ , de 10 puntos. La duración o cronicidad fue de 90 meses en promedio.<sup>5</sup> El síntoma se incrementaba cuando se manipulaba el cabello. Algunos autores sugieren que la T debe diferenciarse de los síndromes disestésicos cutáneos, en los cuales el ardor se encuentra básicamente en la piel. Otros informan de la coexistencia con síntomas como el prurito. Otras localizaciones de T es a nivel de las cejas, barba y vello torácico.<sup>7</sup> Un hallazgo importante fue la presencia de telangiectasias en la piel cabelluda en algunos de los casos estudiados ( $p = 0.0001$ ); sin embargo, fue poco frecuente. No se ha encontrado correlación entre T y la severidad de la alopecia (utilizando las escalas de Ludwig o Hamilton-Normowood).<sup>4</sup>

### **DIAGNÓSTICO**

No se cuenta con criterios establecidos o validados; se considera que debe ser de exclusión. Los diagnósticos diferenciales deben realizarse con dermatosis que cursan con prurito<sup>8</sup> y ardor, por ejemplo: herpes zóster, dermatitis seborreica y psoriasis de piel cabelluda, y piel cabelluda edematosa.<sup>9</sup> Algunas otras causas de dolor sin manifestaciones dermatológicas son arteritis de la arteria temporal, neuralgia y migraña (**Cuadro I**).

### **TRATAMIENTO**

Se sugiere un abordaje multidisciplinario y solicitar una valoración psiquiátrica para descartar comorbilidades

### CUADRO I. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DE TRICODINIA.

Patología	Características
Dermatitis seborreica	Prurito. Afección en la piel cabelluda, eritema, escama
Dermatitis de contacto en la piel cabelluda	Prurito, ardor. Afección en la piel cabelluda, cara, párpados, eritema, edema. Antecedente de exposición
Piel cabelluda lipedematosa	Dolor difuso, parestesias. Piel cabelluda de aspecto «esponjoso». TCS engrosado, alopecia
Arteritis de la arteria temporal	Dolor localizado a la arteria afectada, cefalea lancinante, síntomas visuales, otras neuropatías
Herpes zóster	Parestesias y dolor neuropático localizado a un dermatoma. Vesículas en fondo eritematoso. Considerar «zóster sin herpes»
Tricodinia	Sensación urente, quemante o dolor difuso en el pelo o los folículos pilosos y alodinia asociada a alopecia difusa. Diagnóstico de exclusión

como trastornos afectivos y de la personalidad, así como otras situaciones que pudieran perpetuar el ciclo del dolor y mantener al paciente en el rol de enfermo. La presencia de síntomas crónicos se asocia con una tasa elevada de depresión, lo cual no sólo empeora la magnificación de las percepciones negativas, sino que también interfiere con las funciones de las neuronas monoaminérgicas, disminuyendo el umbral de transmisión de estímulos nociceptivos.<sup>1</sup> Esto explica la buena respuesta a antidepresivos tricíclicos. Otros síntomas observados son la ansiedad y los trastornos

de la personalidad. En el caso de que el único síntoma sea el ardor, la FDA aprobó el uso de milnacipran, un inhibidor de la recaptura de serotonina y norepinefrina, como tratamiento de elección en síndromes de ardor-dolor y disestesia crónica.<sup>1</sup> Rebora publicó un caso de asociación de tricodinia intermitente y efluvio telógeno, en donde sugiere que debe descartarse que el individuo curse también con tiroiditis de Hashimoto. En este caso se utilizaron esteroides tópicos en un ciclo corto como tratamiento anecdótico.<sup>10</sup> Otros autores han utilizado gabapentina, 300 mg vía oral cada 24 horas, por su efecto antineurítico; sin embargo, los resultados son variables, por lo que aún no se recomienda como tratamiento de primera o segunda línea.<sup>6</sup> La T no responde a los AINE.<sup>5</sup> En resumen, el manejo se debe individualizar, tratar las alteraciones del pelo asociadas, si es que hubiera, como la alopecia androgenética o el efluvio telógeno crónico (con sus causas subyacentes). Las medidas generales incluyen evitar el uso de agentes irritantes como champús y considerar agregar antipruriginosos o anestésicos tópicos, capsaicina tópica, en casos sin respuesta a la medicación y en dosis únicas o por periodos cortos.<sup>5</sup>

### CONCLUSIÓN

La T representa un reto en todos sentidos. Es un síntoma que pocas veces se interroga de manera intencional en la entrevista con el paciente. El abordaje terapéutico debe ser multidisciplinario. Lo más importante es la explicación amplia al individuo sobre los posibles mecanismos patológicos y la tendencia a la cronicidad de la afección, para evitar que el sujeto se aplique sustancias inadecuadas y complique la evolución del padecimiento. Se sugiere realizar estudios estadísticos en diferentes unidades médicas a donde acudan grandes grupos poblacionales, como en el Centro Dermatológico Pascua, para conocer a mayor detalle su posible etiopatogenia y sus asociaciones clínicas.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Sandoz A, Koenig T, Kusnir D, Tausk FA. Alteraciones psicocutáneas. En: Fitzpatrick. *Dermatología en Medicina General*. 5.ª edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2010. pp. 912-919.
2. Ozturk P, Ozlem F, Ozer A, Akman Y, Kurutas E. Evaluation of anxiety and levels of serum B12, folate, TSH, ferritin, and zinc in telogen alopecia patients with trichodynia. *Int J Trichology*. 2012; 4: 251-254.
3. Baldari M, Montinari M, Guarrera M, Rebora A. Trichodynia is a distinguishing symptom of telogen effluvium. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009; 23: 733-734.

4. Willmann B, Trüeb RM. Hair pain (trichodynia): frequency and relationship to hair loss and patient gender. *Dermatology*. 2002; 205: 374-377.
5. Kanti V, Nuwayhid R, Lindner J, Hillmann K, Bangemann N, Kleine-Tebbe A et al. Evaluation of trichodynia (hair pain) during chemotherapy or tamoxifen treatment in breast cancer patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016; 30: 112-118.
6. Defrin R, Lurie R. Indications for peripheral and central sensitization in patients with chronic scalp pain (trichodynia). *Clin J Pain*. 2013; 29: 417-424.
7. Reich A, Medrek K, Adamski Z, Szepietowski JC. Itchy hair-trichoknesis: a variant of trichodynia or a new entity? *Acta Derm Venereol*. 2013; 93: 591.
8. Martínez-Morán C, Sanz-Muñoz C, Miranda-Sivelo A, Torné I, Miranda-Romero A. Cuero cabelludo lipedematoso. *Actas Dermosifiliogr*. 2009; 100: 69-72.
9. Rebora A. Telogen effluvium revisited. *G Ital Dermatol Venereol*. 2014; 149: 47-54.
10. Derry S, Sven-Rice A, Cole P, Tan T, Moore RA. Topical capsaicin (high concentration) for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 2: CD007393. doi: 10.1002/14651858.CD007393.pub3.

Correspondencia:

Dra. Myrna Rodríguez-Acar  
Dr. Vértiz Núm. 464, esq. Eje 3 Sur,  
Col. Buenos Aires, 06780,  
Deleg. Cuauhtémoc, Ciudad de México, México.  
Tel.: 5519 6351  
E-mail: roamacar@yahoo.com.mx