



Tricotilomanía y sus hallazgos por dermatoscopia

Miriam Puebla-Miranda,* Yuriria Gálvez-Juárez**

RESUMEN

La tricotilomanía se define como el autoarrancamiento repetitivo del pelo que provoca áreas de alopecia. Predomina en la infancia; no tiene preferencia de sexo en la población pediátrica. El uso de dermatoscopia en esta dermatosis es una herramienta auxiliar en el diagnóstico, fácil de realizar e indolora para el paciente. Se reporta el caso de un paciente de género femenino, de ocho años de edad, con tricotilomanía y sus hallazgos por dermatoscopia.

Palabras clave: Alopecia, piel cabelluda, tricotilomanía, dermatoscopia.

ABSTRACT

Trichotillomania is defined as the recurrent pulling out of one's own hair that causes areas of alopecia. It predominates in childhood, and has no preference of sex in the pediatric population. The use of dermoscopy in this skin disease is a useful tool for the diagnosis, easy to use and painless for the patient. We report the case of an eight-year-old female patient with trichotillomania and its dermoscopic findings.

Key words: Alopecia, scalp, trichotillomania, dermoscopy.

INTRODUCCIÓN

La tricotilomanía es una dermatosis que se asocia a la falta de control de impulsos distinguida por autoarrancamiento de pelos, cuyo resultado final es la presencia de placas pseudoalopécicas.¹

Se clasifica como un desorden de control de impulsos, de acuerdo al DSM IV, que se caracteriza por tirar del pelo con urgencia que aumenta antes de hacerlo o con intentos de resistencia y placer, alivio o gratificación después de arrancar el pelo.² Fue descrito por primera vez por Hipócrates, pero fue nombrada por François Henri Hallopeau en 1889.³

Es frecuente que inicie entre los cinco y los 13 años de edad;⁴ a partir de la adolescencia, la incidencia es mayor en mujeres (70-93%).⁵ De acuerdo con Olza-Fernández y sus colaboradores, afecta al 1-3.5% de la población

adolescente y adultos jóvenes.⁶ La dermatoscopia es una herramienta auxiliar en el diagnóstico, de fácil aplicación e indolora, lo que facilita la cooperación del paciente, en especial en edad pediátrica.

CASO CLÍNICO

Mujer de ocho años de edad; se presentó con dermatosis localizada en la cabeza, en la piel cabelluda, a nivel parietal bilateral, caracterizada por una placa pseudoalopécica de aspecto triangular con dimensiones de 8 × 15 cm, con pelos cortos, de distintas longitudes, trozados a diferentes niveles (Figura 1), signo de tracción negativa. Cuadro clínico con evolución de tres semanas, la madre refirió que la paciente despertaba con menos cantidad de pelo todos los días, acompañada de cefalea tipo punzante, de predominio vespertino.

La dermatoscopia mostró pelos rotos a diferentes niveles, puntos negros, tricoptilosis, vellos en crecimiento, pelos enroscados (Figura 2).

Se explicó a la madre de la paciente sobre su dermatosis y se indicaron medidas de cuidado del pelo con terapia de regresión de hábitos, así como envió a la

* Servicio de Dermatología.

** Servicio de Medicina Interna.

Hospital Juárez de México, Secretaría de Salud.

Recibido: 01/08/2017. Aceptado para publicación: 15/08/2017.

Unidad de Salud Mental. Sin embargo, la paciente no acudió a seguimiento de Dermatología ni a su consulta con Salud Mental.



Figura 1. Dermatitis localizada en la cabeza, en la piel cabelluda, a nivel parietal bilateral, caracterizada por una placa pseudoalopécica de aspecto triangular (o que asemeja la forma de un triángulo) con dimensiones de 8 x 15 cm, con pelos cortos de distintas longitudes, trozados a diferentes niveles; signo de tracción negativa.

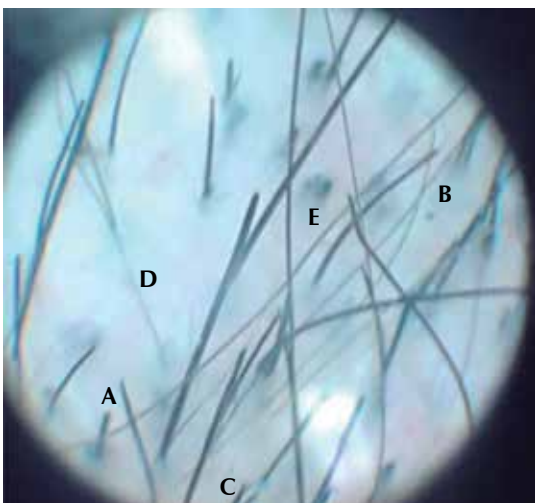


Figura 2. Dermatoscopia que muestra: **A.** Pelos rotos a diferentes niveles, **B.** Puntos negros, **C.** Tricoptilosis, **D.** Vello en crecimiento y **E.** Pelos enroscados.

DISCUSIÓN

La tricotilomanía se caracteriza por el arrancamiento compulsivo del pelo de la cabeza, cejas, pestañas o vello corporal; afecta principalmente a nivel parietal y vértex, del lado contralateral a la mano dominante. Se caracteriza por la formación de placas pseudoalopécicas con distintos grados de extensión, pelos nuevos, otros cortos y rotos. Su incidencia va del 0.6 al 2%.⁷ No hay una teoría etiológica individual.¹

Uno de los estudios que se pueden realizar es el tricograma, que es el cálculo del porcentaje de raíces en catágeno, telógeno y anágeno; los valores normales son: 85% en anágeno, el 15% restante en otras fases. Para realizarse, el pelo no se debe lavar en tres a cinco días; se toma un mechón de 50 cabellos a un centímetro de la piel con una pinza recubierta con goma, arrancando con una tracción rápida. En la tricotilomanía hay baja incidencia en fase telógena y pelos nuevos en fase anágena; sin embargo, no es un estudio indoloro y es difícil la cooperación en pacientes en edad pediátrica.

Cuando se realiza biopsia, se observan folículos vacíos en la dermis, sin datos de inflamación; tapones foliculares con restos de queratina, hemorragia intraepitelial, perifollicular y pelos abundantes en fase catágena.^{7,8} Este estudio requiere de cooperación del paciente, lo cual es difícil en población pediátrica, además de que deja cicatriz y de que se requiere de un patólogo entrenado para el estudio de la biopsia de piel.

El estudio por tricoscopia (dermatoscopia de la piel cabelluda y pelo) de pacientes con tricotilomanía muestra la densidad capilar, cabellos a diferentes alturas, tricoptilosis, cabellos enroscados de rebrote, puntos negros, puntos amarillos (66%).^{5,9} Rakowska y su grupo describieron cabellos en «signo de la V» como el signo más frecuente en su estudio.⁵ Otros hallazgos reportados son raíces distróficas, sin inflamación, pelo «en tulipán» (extremo distal de cabellos cortos, fractura transversal), pelo «en llama», que son pelos residuales proximales, semitransparentes y ondulantes, cabellos «en gancho» y pelos «en sacacorchos». Los pelos «en flama» pueden ayudar a diferenciar alopecia cicatrizal de la no cicatrizal.^{2,4}

También se ha descrito el «signo del fraile de Tuck», el cual muestra áreas con pelos de varias longitudes, con patrón circular en el vértex;⁵ estas placas pseudoalopécicas de tricotilomanía siempre se rodean por pelos normales.

La dermatoscopia es útil en el diagnóstico diferencial de tricotilomanía versus alopecia areata, ya que la tricotilomanía muestra microhemorragia folicular, caracterizada

por un punto rojo que corresponde a un *ostium* folicular cubierto por coágulo rojo.¹⁰

Una de las complicaciones que pueden presentarse en pacientes con tricotilomanía es el tricobezoar, en el lumen del intestino, que origina ulceración, intususcepción, obstrucción y perforación. Se han descrito condiciones asociadas como ansiedad, distimia y trastorno obsesivo compulsivo.

La tricotilomanía presenta mejor pronóstico en niños que en adultos; en estos últimos, predomina en mujeres y suele ser secundaria a alteraciones psiquiátricas subyacentes. El tratamiento es multidisciplinario, con la unidad de salud mental, con terapia cognitivo-conductual y dermatología.^{1,11}

Terapias más actuales sugieren el uso de N-acetilcisteína, un aminoácido glutamatérgico que reduce la liberación postsináptica de glutamato en el núcleo *accumbens*.¹² Un estudio en población pediátrica que utilizó N-acetilcisteína no mostró beneficios en su uso comparada con placebo.¹³

Otras opciones farmacológicas incluyen la clomipramina, un antidepresivo tricíclico, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina. Se reportó el caso de una paciente pediátrica con trastorno bipolar concomitante tratada con éxito con litio;¹⁴ sin embargo, la mejor terapia en el paciente pediátrico es la terapia cognitivo-conductual y la aceptación de la patología por parte de los padres del paciente, ya que de ellos deriva su adecuado seguimiento.

En conclusión, la tricotilomanía es una dermatosis que debe sospecharse ante pacientes en edad pediátrica que presenten áreas de alopecia de formas geométricas, de inicio abrupto. La tricoscopia es una herramienta útil, rápida e indolora para el diagnóstico de la tricotilomanía y evita procedimientos invasivos. El tratamiento multidisciplinario es indispensable para su resolución, así como la aceptación de los padres del padecimiento, ya que de ellos deriva el seguimiento del paciente para su mejoría clínica.

REFERENCIAS

1. Woods DW, Flessner C, Franklin ME, Wetterneck CT, Walther MR, Anderson ER, et al. Understanding and treating trichotillomania: what we know and what we don't know. *Psychiatr Clin North Am* 2006; 29(2): 487-501, ix.
2. Grant JE, Redden SA, Leppink EW, Odlaug BL, Chamberlain SR. Psychosocial dysfunction associated with skin picking disorder and trichotillomania. *Psychiatry Res* 2016; 239: 68-71.
3. Hallopeau F. Alopecie par grattage (trichomanie ou trichotillomanie). *Ann Dermatol Syphiligr* 1989; 10: 440-1.
4. Woods DW, Flessner C, Franklin ME, Wetterneck CT, Walther MR, Anderson ER, et al. Understanding and treating trichotillomania: what we know and what we don't know. *Psychiatr Clin North Am* 2006; 29: 487-501.
5. 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): 303-6.
6. Fernández IO, Palanca MI, Jiménez FS, Cazorla CM. Trichotillomania, bipolar disorder and white matter hyperintensities in a six-year old girl. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012; 21(3): 213-5.
7. Siddappa K. Trichotillomania. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2003; 69(2): 63-8.
8. Hautmann G, Hercogova J, Lotti T. Trichotillomania. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46(6): 807-21.
9. Mariana SM, Navarro TC, Torre AC, Galimberti RL. Rol de la tricoscopia en el diagnóstico de un caso de tricotilomanía. *Med Cutan Iber Lat Am* 2016; 44(1): 60-3.
10. Ise M, Amagai M, Ohya M. Follicular microhemorrhage: a unique dermoscopic sign for the detection of coexisting trichotillomania in alopecia areata. *J Dermatol* 2014; 41(6): 518-20.
11. Arnold LM, Mutasimm DF, Dwight MM, Lamerson CL, Morris EM, McElroy SL. An open clinical trial of fluvoxamine treatment of Psychogenic excoriation. *J Clin Psychopharmacol* 1999; 19(1): 15-8.
12. 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(7): 756-63.
13. Bloch MH, Panza KE, Grant JE, Pittenger C, Leckman JF. N-Acetylcysteine in the treatment of pediatric trichotillomania: a randomized, double-blind, placebo-controlled add-on trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 52(3): 231-40.
14. Berk M, McKenzie H, Dodd S. Trichotillomania: response to lithium in a person with comorbid bipolar disorder. *Hum Psychopharmacol* 2003; 18(7): 576-7.

Solicitud de sobretiros:

Dra. Miriam Puebla-Miranda
Servicio de Dermatología, Hospital Juárez de México.
Av. Instituto Politécnico Nacional Núm. 5160,
Col. Magdalena de las Salinas,
Del. Gustavo A. Madero. CP. 07760, Ciudad de México.
Tel. 57477560, ext.: 7237
Correo electrónico: drapuebla@live.com.mx