

Tricotilomanía, tricoteiromanía y tricotemnomanía: dermatosis artefactas de la piel cabelluda. Reporte de tres casos

Trichotillomania, tricoteiromania and trichotemnomania: Self-provoked scalp diseases. Report of three cases

Daniela Gutiérrez Mendoza,¹ Anette Fischer Rouyer,² Samantha Ramírez Chavarín,³ Marla Lucero Vega Santoyo⁴ y Jorge Alan Ruiz Salido⁵

¹ Dermatóloga, Bellpboria, New City Medical Plaza

² Médico pasante del servicio social, Programa de la Universidad Autónoma de Baja California

³ Médico general, Bellpboria, New City Medical Plaza

⁴ Residente de primer año de medicina interna, Hospital General Regional 1 Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro; médico interno de pregrado, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

RESUMEN

Las psicodermatosis son causadas por un trastorno psicoemocional y del control de los impulsos. En la modificación del DSM-5, la tricotilomanía y sus derivados se han englobado dentro de los trastornos obsesivo-compulsivos (TOC), mientras que en dermatología se clasifican dentro de las dermatosis asociadas a trastornos psiquiátricos primarios. El tratamiento en este grupo de pacientes es un reto, ya que suele ser multidisciplinario y de lenta evolución. Presentamos tres casos de psicodermatosis: tricotilomanía, tricoteiromanía y tricotemnomanía, así como su tratamiento.

PALABRAS CLAVE: psicodermatosis, tricotilomanía, trastorno obsesivo-compulsivo.

ABSTRACT

Psychodermatoses are caused by a psychoemotional and impulse control disorder. In the modification of the DSM-5, trichotillomania and its derivatives have been included within obsessive-compulsive disorders (OCD), while in dermatology they are classified within dermatoses associated with primary psychiatric disorders. Treatment in this group of patients is a challenge since it is usually multidisciplinary and slow in its evolution. We present three cases of psychodermatosis: trichotillomania, trichotheiromania and trichotemnomania as well as their treatment.

KEYWORDS: psychodermatosis, trichotillomania, obsessive-compulsive disorder.

Introducción

Las psicodermatosis son aquellas dermatosis causadas por un trastorno psicoemocional y del control de los impulsos. Aproximadamente 30% de los pacientes dermatológicos presenta una afección psiquiátrica,¹ por lo que resulta importante considerar el aspecto psicológico en el curso de la enfermedad cutánea.

En la modificación del DSM-5, la tricotilomanía y sus derivados se han englobado dentro de los trastornos obsesivo-compulsivos (TOC), mientras que en dermatología se clasifican dentro de las dermatosis asociadas a trastornos psiquiátricos primarios (tabla 1). Estos padecimientos psiquiátricos, o trastornos facticios, son lesiones de piel autoinfligidas que incluyen lesiones mecánicas, por fricción, oclusión, mordedura, cortadas, puñala-

das, químicas, quemaduras, entre otros. La clasificación actual diferencia entre cuatro grupos: dermatitis artefacta, dermatitis paraartefacta, malingering y otras formas especiales.²

Las dermatitis paraartefactas pueden afectar la piel, las mucosas, las uñas y el pelo. Los trastornos facticios que afectan al pelo incluyen la tricotilomanía, tricoteiromanía y tricotemnomanía (tabla 2).

La *tricotilomanía* es una neurosis compulsiva causada por el hábito de arrancar el pelo de cualquier área (predominantemente la piel cabelluda o zonas de fácil acceso) que deja una zona pseudoalopécica.

La *tricoteiromanía* es un trastorno del pelo causado por el autofrotamiento de la piel cabelluda, causando fractura del mismo.

CORRESPONDENCIA

Dra. Anette Fischer Rouyer ■ fischeranetterou@gmail.com ■ Teléfono: (664) 177 4429
New City Medical Plaza, Paseo del Centenario 9580, Suite 2901, Zona Urbana Río Tijuana, C. P. 22010, Tijuana, B. C.

Tabla 1. Clasificación de las psicodermatosis

Dermatosis asociadas a trastornos psiquiátricos primarios	<ul style="list-style-type: none"> • Dermatitis artefacta • Dermatitis paraartefacta • Delirio de parasitosis • Trastornos somatoformes • Trastorno dismórfico corporal
Dermatosis con componente psicossomático	<ul style="list-style-type: none"> • Psoriasis • Dermatitis atópica • Acné • Liquen simple crónico • Hiperhidrosis
Trastorno psiquiátrico secundario a dermatosis	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Ansiedad • Trastornos de delirio

Tabla 2. Clasificación de las dermatitis paraartefactas

Piel y mucosas	<ul style="list-style-type: none"> • Escoriaciones por neurosis • Acné escoriado • Pseudonódulos de Garrod • Patomimia morsicatio buccarum et labiorum • Queilitis facticia
Uñas	<ul style="list-style-type: none"> • Onicofagia • Onicotilomanía • Onicotemnomanía
Pelo	<ul style="list-style-type: none"> • Tricotilomanía • Tricoteiomanía • Tricotemnomanía

La *tricotemnomanía* se refiere a la conducta compulsiva de cortar o rasurar el pelo propio, se considera una condición rara y frecuentemente asociada a un trastorno obsesivo-compulsivo subyacente (tabla 3)

Las enfermedades facticias afectan un estimado de 0.05-0.4% de la población. Y aunque se ven en cualquier disciplina clínica, la prevalencia de desórdenes facticios es más alta en pacientes dermatológicos. Médicos dermatólogos reportan hasta 2% de enfermedades facticias en su consulta.² Se desconoce la frecuencia de afección en el pelo, pero algunos estudios indican que la prevalencia estimada de la tricotilomanía es de 0.5-2%.³

Reporte de casos

Caso 1

Hombre de 26 años que acudió a consulta de pelo porque desde hace cuatro años presentaba prurito en toda la piel cabelluda. Empezó con foliculitis tratada con ungüento de cortisona y antibiótico combinado, no mostró mejoría.

Tabla 3. Tricotilomanía, clasificación y definiciones

Tricotilomanía	Neurosis compulsiva causada por el hábito de arrancar el pelo de cualquier área (predominantemente de la piel cabelluda o zonas de fácil acceso) que deja una zona pseudoalopécica. Se relaciona con problemas familiares, estrés psicosocial, personalidad limítrofe o esquizofrenia. Es más frecuente en niños y mujeres
Tricoteiomanía	Trastorno del pelo autoinfligido causado por el frotamiento de la piel cabelluda, causando fractura del mismo
Tricotemnomanía	Conducta obsesiva-compulsiva de cortar o rasurar el propio pelo
Tricodaganomanía	Conducta compulsiva de morder el pelo propio, de manera que por su mecanismo, la pérdida de pelo no se localiza en la cabeza

El prurito se exacerbaba con el uso de gorro, agua caliente y la sudoración; mejoraba con agua helada. Mencionó tristeza, estrés y paranoia secundarias a su padecimiento, motivo por el cual decidió rasurar su cabeza, de esta manera la examinación fue más directa. Se observó que el paciente tenía dificultad para responder, no hacía contacto visual y se percibía con ansiedad y nerviosismo.

En la exploración física se encontró pseudoalopecia total de la piel cabelluda con pelos rasurados en diferentes niveles (figura 1). No había lesión en la piel cabelluda ni en el pelo. Tenía zonas en la región occipital de difícil acceso donde el pelo no estaba afectado. En la tricoscopia los folículos presentaban pelos cortos, con extremo distal en ángulo recto, a unos milímetros de la piel cabelluda.

Se le dio tratamiento con champú antiséptico, desonida tópica y antihistamínico tomado. En la segunda consulta nos comentó que seguía rasurándose el pelo cada dos semanas, y que le daba una sensación “igual al RSMA, pero no es placentera”. Negó antecedentes de importancia. El paciente no presentó mejoría clínica y no regresó a consulta de revisión.

Caso 2

Mujer de 25 años de edad, fue a consulta porque presentaba una “placa dura” en la piel cabelluda. Dijo que desconocía el tiempo de evolución, sin embargo, sintió la lesión y le preocupó porque notó pérdida de pelo, deseaba conocer el diagnóstico. Tiene antecedentes de ansiedad y depresión.

En la exploración física (figura 2) se encontró placa pseudoalopécica, con liquenificación localizada en el área del vértex. La tricoscopia (figura 3) mostró piel cabelluda con pigmentación blanquecina, café irregular, liquenifica-



Figura 1. A y B: Pseudoalopecia total con pelos rasurados en distintos niveles.

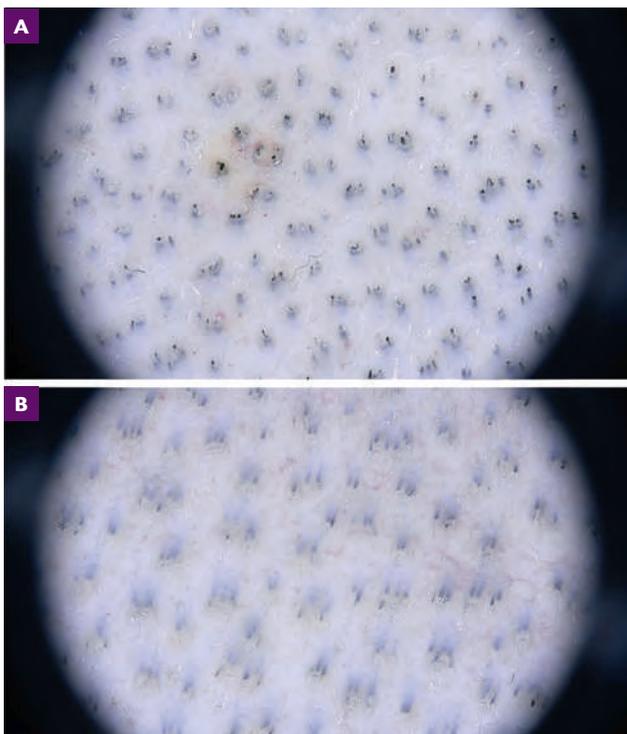


Figura 2. A y B: En la tricoscopia se observan folículos llenos con pelos cortos.

ción, descamación perifolicular, y el extremo distal del pelo era blanquecino con puntas deshilachadas “en escobeta”.

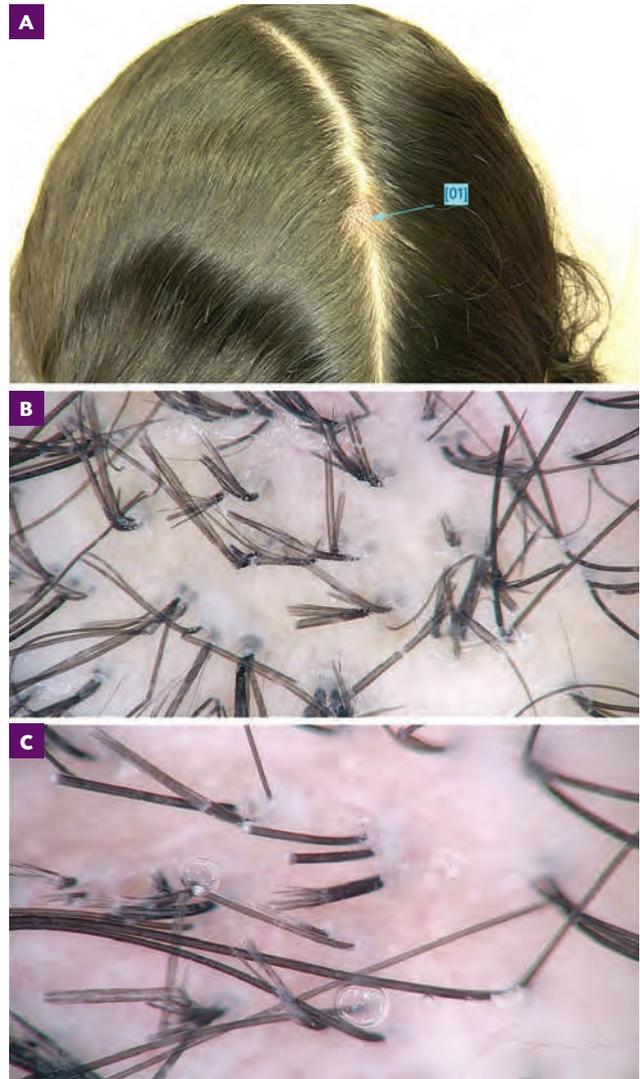


Figura 3. A: Placa pseudoalopécica; B: piel cabelluda con pigmentación blanquecina, café irregular, liquisación descamación perifolicular; C: pelo blanquecino con puntas deshilachadas “en escobeta”.

Se le dio tratamiento con cortisona tópica, tuvo resolución completa a los tres meses (figura 4).

Caso 3

Mujer de 34 años, su padecimiento inició desde los siete años de edad cuando se notó que había menos pelo en la región temporal. Su mamá lo relacionó con jalar el pelo, así que dejó de peinarla con colitas. A los 16 años ya notaba menos densidad en esa área y fue cuando empezó a arrancarse el pelo. Esto coincidió con el divorcio de sus padres. Tiene antecedente de hipotiroidismo, vigorexia y anorexia. La paciente mencionó que sus problemas la “empujan a jalar el pelo”.

En la exploración física se observó una placa en forma de diadema que predomina en la región temporal, se

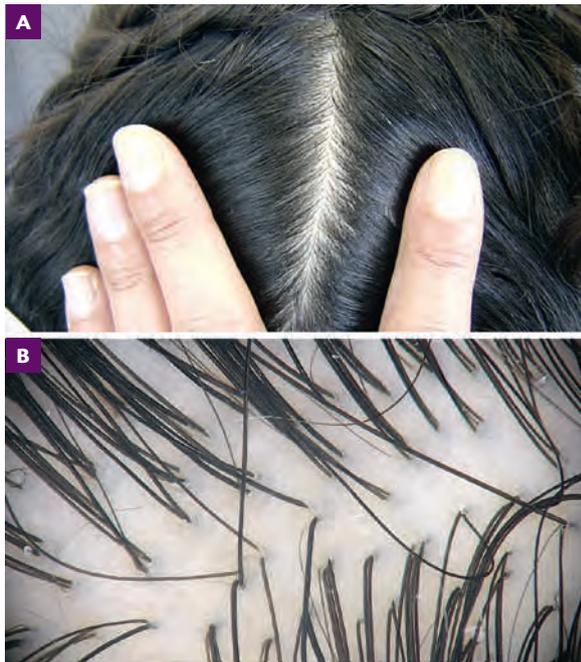


Figura 4. Resolución completa a los tres meses.

caracteriza por alopecia y pelos vellosos (figura 5). En la parte anterior a la placa hay una banda de pelo intacto. La tricoscopia mostró piel cabelluda con ligera hiperpigmentación, pelos vellosos, algunos pelos distróficos tipo pseudopili torti y un pelo en flama (figura 6).

Fue enviada al área de psiquiatría donde se corroboró el diagnóstico de trastorno depresivo, se le dio tratamiento con fluoxetina y clonazepam. La paciente dejó de jalarse el pelo, en la cita subsiguiente se observó una leve

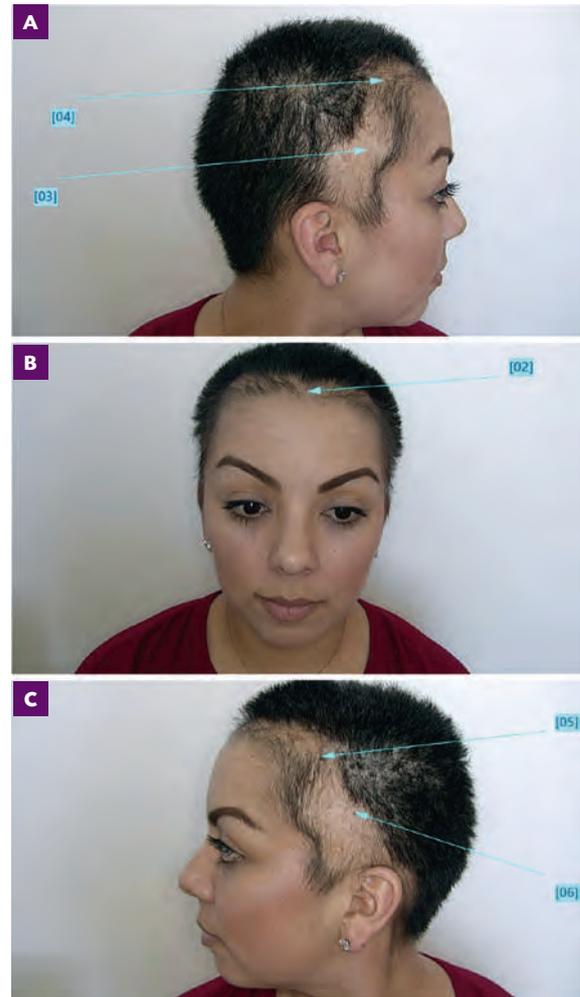


Figura 5. Primera evaluación, se observa A y C: placa alopécica con adelgazamiento y pelos cortos. Banda de pelo intacto en "diadema".

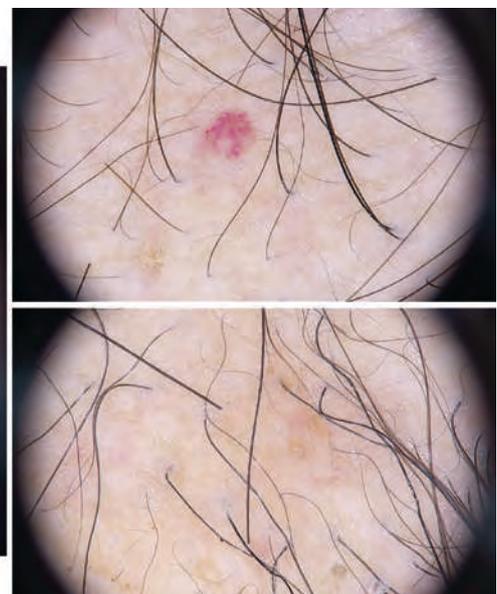


Figura 6. La tricoscopia muestra piel cabelluda hiperpigmentada, pelos vellosos, pelos distróficos pseudopili torti, puntos negros, pelo enroscado.



Figura 7. En la consulta de seguimiento se observó recrecimiento.

mejoría (figura 7); sin embargo, a los dos años volvió a consulta porque empezó otra vez a jalarse el pelo y dejó la terapia porque se deprimió por el estrés en su trabajo. Actualmente se perdió el seguimiento.

Discusión

Las dermatitis paraartefactas son frecuentes en la práctica dermatológica y pueden presentarse de diferentes maneras. Son padecimientos de control de impulsos (ICD-10 F 63.8). La característica principal es la falta de control de impulsos que llevan a la incapacidad para resistir la tentación de realizar un acto repetitivo, sin una motivación racional y que es dañina para la persona.

En estos casos el paciente es parcialmente consciente y algunas veces admite la manipulación, si es que se le interroga directamente. Las causas incluyen estrés psicológico, conflictos no resueltos y una urgencia incontrolable de manipular la piel, o en estos casos el pelo.²

Presentamos tres casos de enfermedades paraartefactas que afectan el pelo con el propósito de que el dermatólogo las conozca y las considere cuando trate pacientes con placas de alopecia.

El primer caso se trata de una tricotemnomanía (del griego *temnein*, cortar). Es la pérdida de pelo causada por cortar o rasurar en el contexto de enfermedad obsesivo-compulsiva.⁴ Aunque cortarse el pelo es un acto cons-

ciente, Orgaz y colaboradores⁴ y Happle⁵ describen que los pacientes no admiten que son ellos quienes se cortan el pelo, lo que ocasiona que acudan a varios médicos y se realicen múltiples estudios sin encontrar un diagnóstico.

Los pacientes se pueden mostrar avergonzados por su apariencia, además del sentimiento de culpa. En el caso que presentamos, el paciente no sólo admitió cortarse el pelo, incluso lo hizo para que el dermatólogo pudiera observar con facilidad la piel cabelluda. Éste es interesante pues es el primer caso publicado donde el paciente se corta pelo como un tipo de respuesta sensorial meridiana autónoma (RSMA).

El diagnóstico de la tricotemnomanía se hace al observar el pelo cortado. A diferencia de la tricotilomanía, el pelo tiene el borde distal afilado, con diferentes longitudes, dependiendo del objeto con el cual se corten el pelo. Puede ser con tijeras y rastrillo, y ocurre en cualquier zona como la piel cabelluda, las cejas, las axilas o el pubis. En la dermatoscopia se observan aperturas foliculares con folículos llenos y piel cabelluda sana.⁴

El segundo caso se trata de una tricoteiromanía, o liquen simple crónico en la piel cabelluda que causa fractura del tallo piloso. Se deriva del griego *teiro*, “yo rasco”. En 2001 Freyschmidt y colaboradores propusieron el término tricoteiromanía para describir los casos autoinflingidos de la fractura del tallo piloso como resultado del frotamiento de la piel cabelluda como una conducta compulsiva.

El diagnóstico se realiza con el interrogatorio, en el caso 2, cuando se le preguntó directamente la paciente reconoció que por ansiedad tallaba el sitio afectado. El diagnóstico se sospecha cuando se encuentran pelos “en escobeta”. Las puntas de los tallos pilosos se ven blancas y deshinchadas. En la microscopia de luz corresponden a tricoptilos,² que representan pelos rotos de manera longitudinal en dos a tres partes. También se han descrito en la tricotilomanía, sin embargo, en nuestro caso la historia característica y la presencia de liquenificación favorecen el diagnóstico de tricoteiromanía.

Generalmente los pacientes tienen un círculo vicioso de rascado-prurito donde es difícil que relacionen la alopecia con el acto de rasar. Esto lo hace difícil de diagnosticar y de tratar. Es necesario utilizar el dermatoscopio donde se observan pelos rotos en la parte distal.

El tratamiento en el caso 2 fue con corticoide tópico, con lo que se obtuvo resolución completa. El manejo del liquen simple crónico es difícil ya que en la mayoría de los casos hay una recaída. Sin embargo, la alopecia revierte una vez que cede el estímulo. Los tratamientos más comunes reportados son corticoides tópicos e intralesio-

nales con un grado de respuesta variable. También existe uso experimental de capsaicina tópica, tacrolimos y clorhidrato de doxepina. En casos refractarios se ha descrito tratamiento exitoso con N-acetilcisteína.⁶ Es importante enviar a tratamiento psicológico como complemento terapéutico.

En nuestro caso se resolvió una vez que se le hizo consciente y ella pudo dejar de rascarse. Nuestros casos muestran que las enfermedades del pelo asociadas a trastornos psicológicos son difíciles de diagnosticar y manejar. En un gran porcentaje presentan recaídas, como se observa en nuestros pacientes.

Las enfermedades paraartefactas relacionadas con trastorno obsesivo-compulsivo pueden presentarse de manera concomitante.⁷ Las obsesiones son pensamientos recurrentes y persistentes, impulsos o imágenes que se perciben como intrusivos o inapropiados. Las compulsiones son comportamientos o conductas negativas que la persona necesita hacer en respuesta a una obsesión. Aunque la tricotemnomanía no es voluntaria, el acto de cortar el pelo se hace con el fin de aliviar el estrés o calmar los pensamientos; del mismo modo la tricotilomanía se ha descrito como la alopecia mediada por un pensamiento intrusivo que induce a jalar el pelo y con ello tener un sentimiento de gratificación.⁴

Como en el caso del paciente número tres, en la tricotilomanía se pueden encontrar parches de alopecia con bordes irregulares, pelos rotos de diferentes longitudes, hemorragia perifolicular, cabello en llamas, tricoptilosis, así como puntos negros. Los hallazgos más característicos de la tricotilomanía suelen ser zonas calvas con bordes irregulares, que contienen pelos de longitud variable.

En cuanto a la tricotemnomanía, cuando el paciente se ha afeitado el pelo se logran identificar folículos pilosos con un tallo piloso en c, en cambio, en los casos de recorte de pelo se aprecia vello terminal con extremos distales no cónicos y cortes limpios.⁷ Un análisis histopatológico demostraría un aumento del número de folículos pilosos en catágeno, taponamiento folicular y tricomalacia.⁴

El paciente se arranca el propio pelo de forma recurrente, lo que da lugar a una pérdida perceptible de pelo, con la sensación de tensión creciente inmediatamente antes del arrancamiento de pelo o cuando se intenta resistir la práctica de ese comportamiento, y con bienestar, gratificación o liberación cuando se produce el arrancamiento.¹

Quienes padecen este trastorno suelen presentar tensión o ansiedad, por lo que tiran del pelo como mecanismo para aliviar y reducir la tensión.⁸ Es de vital importancia para el médico tratante establecer un rapport adecuado con el fin de generar confianza en el proceso de comunicación, para que el paciente y la familia sean más abiertos y receptivos, lo que a su vez facilita el diagnóstico y tratamiento de enfermedades psicodermatológicas. Antecedente de lesiones geométricas en partes accesibles del cuerpo (cara, tronco, extremidades) o lesiones autoinfligidas suelen acompañar a este grupo de trastornos cutáneos.⁸

En las dermatosis psicógenas la psicoeducación es de vital importancia, ya que instruye acerca de los mecanismos que desencadenan y mantienen los cuadros de ansiedad y permite a los pacientes reinterpretar sus síntomas físicos, logrando un grado de “semiconsciencia”. El empleo de técnicas de relajación y atención juegan un papel positivo en el pronóstico de estas enfermedades.⁵

Conclusión

Las dermatitis paraartefactas que afectan el pelo son enfermedades difíciles de diagnosticar y tratar si no se cuenta con la sospecha. En todos los casos presentan un tipo de pseudoalopecia que podría revertirse una vez que cede el estímulo. Sin embargo, el tratamiento debe ser multidisciplinario ya que en algunos casos suele haber recaídas.

BIBLIOGRAFÍA

- Guerra-Tapia A, Ascencio-Martínez A y García-Campayo J, El impacto emocional de la enfermedad dermatológica, *Actas Dermosifiliogr* 2015; 106(9) 699-702.
- Harth W, Taube KM y Gieler U, Factitious disorders in dermatology, *J Dtsch Dermatol Ges* 2010; 5(8):361-73.
- Grant JE, Trichotillomania (hair pulling disorder), *Indian J Psychiatry* 2019; 61(1):136-9.
- Orgaz-Molina J, Soriano-Hernández MI y Hussein-El Ahmed H, Trichotemnomania: hair loss mediated by a compulsive habit not admitted by patients, *Acta Derm Venerol* 2011; 92.
- Happle R, Trichotemnomania: obsessive-compulsive habit of cutting or shaving the hair, *J Am Acad Dermatol*, 52(1):157-9.
- Salas-Callo CI y Primez R, Trichoteiomania: good response to treatment with N-acetylcysteine, *Skin Appendage Disord* 2019.
- Adil M, Amin SS, Mohtashim M y Agrawal D, Concomitant trichotillomania, trichotemnomania and skin picking disorder in a woman, *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2020; 86: 286-9.
- Chiriac A, Brzezinski P, Pinteala T et al, Common psychocutaneous disorders in children, *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015; 11:333-7. DOI: 10.2147/NDT.S78522.
- Puebla-Miranda M y Juárez-Gálvez Y, Tricotilomanía y sus hallazgos por dermatoscopia, *Rev Hosp Juárez Mex* 2017; 84(4):226-8.