

<https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68i3.9783>

Tricotilomanía asociada con trastorno de ansiedad generalizada

Trichotillomania associated with generalized anxiety disorder.

Génesis Velázquez Blanco,¹ Karen Abisai Rivera Batista²

Resumen

ANTECEDENTES: El DSM-V define a la tricotilomanía como la acción de arrancarse el pelo de forma recurrente, lo que da lugar a su pérdida, así como intentos repetidos de disminuir o dejar de arrancar el pelo. Causa malestar significativo o deterioro en áreas importantes del funcionamiento. Forma parte del espectro obsesivo-compulsivo. El área afectada con más frecuencia es la piel cabelluda, las cejas, las pestañas y el pelo púbico. La prevalencia es del 0.6 al 1% de la población mundial.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 51 años, quien tenía síntomas de ansiedad desde hacía 11 años. Cuatro años antes se agregó el arrancamiento de cabello de predominio nocturno, que se intensificaba con factores estresantes internos. A la exploración física se observó una dermatosis localizada en la piel cabelluda, en la región frontoparietal, caracterizada por una placa de alopecia con circunferencia irregular y diámetro aproximado de 10 cm. Se diagnosticó alopecia neuromecánica secundaria a tricotilomanía.

CONCLUSIONES: En varias psicopatologías el arrancamiento de cabello puede ser un síntoma, por lo que es importante el estudio psiquiátrico para evaluar las comorbilidades y clasificar el síntoma de arrancamiento de cabello dentro del cuadro clínico. Al igual que otras dermatosis de origen psíquico, el diagnóstico de tricotilomanía no implica que estos pacientes deban tratarse sólo por el psiquiatra. El servicio de Dermatología juega un papel importante en el trastorno por arrancamiento de cabello.

PALABRAS CLAVE: Tricotilomanía; trastorno por arrancamiento de cabello; ansiedad; alopecia; Dermatología; Psiquiatría.

Abstract

BACKGROUND: Trichotillomania is defined by the DSM-5 as a disorder in which the patient pulls out their hair on a consistent basis, whether it be hair from the scalp, eyebrows, or any other region of their body. It causes significant functional impairment. This disorder is considered among the compulsive obsessive disorders. The areas most frequently affected are scalp, eyebrows, eye lashes and pubic hair. Lifetime prevalence is estimated between 0.6-1%.

CLINICAL CASE: A 51-year-old female patient, who had presented symptoms of anxiety for the past 11 years. In the past 4 years symptoms had worsen progressively with compulsive night hair pulling which intensified after social stressors. At external inspection at the frontoparietal area of the scalp we found a localized alopecia with an irregular circumference of approximately 10 cm in diameter, so secondary neuromechanical alopecia was diagnosed.

CONCLUSIONS: In several psychopathologies, hair pulling can be a symptom, so a psychiatric consult is very important to evaluate comorbidities and classify the symptom of hair pulling within the clinical picture. Like other dermatoses of psychic origin, the diagnosis of trichotillomania does not imply that these patients should be treated only by the psychiatrist. The Dermatology service plays an important role in hair pulling disorder.

KEYWORDS: Trichotillomania; Hair pulling disorder; Anxiety; Alopecia; Dermatology; Psychiatry.

¹ Médico residente de cuarto año de Psiquiatría.

² Médico residente de primer año de Psiquiatría. Instituto Veracruzano de Salud Mental Dr. Rafael Velasco Fernández, Xalapa, Veracruz, México.

Recibido: septiembre 2022

Aceptado: enero 2023

Correspondencia

Génesis Velázquez Blanco
geneblanc29@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Velázquez-Blanco G, Rivera-Batista KA. Tricotilomanía asociada con trastorno de ansiedad generalizada. Dermatol Rev Mex 2024; 68 (3): 384-387.

ANTECEDENTES

El DSM-V define a la tricotilomanía como la acción de arrancarse el pelo de forma recurrente, lo que da lugar a su pérdida, así como intentos repetidos de disminuir o dejar de arrancar el pelo. Arrancarse el pelo causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. El hecho de arrancarse el pelo o la pérdida del mismo no puede atribuirse a otra afección médica (por ejemplo, un padecimiento dermatológico) y no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental. Forma parte del espectro obsesivo-compulsivo.¹

La reconoció por primera vez el médico griego Hipócrates. En 1889 el dermatólogo francés Francois Henri Hallopeau describió sus características y dio nombre a esta afección.²

Al igual que otras dermatosis de origen psíquico, el diagnóstico de tricotilomanía no implica que estos pacientes deban tratarse sólo por el psiquiatra, pues la ubicación nosológica de esta enfermedad para los dermatólogos estaría entre las “manifestaciones cutáneas de trastornos psiquiátricos o psicodermatosis verdaderas”, junto con escoriaciones neuróticas y dermatitis artefacta.³

El área afectada con más frecuencia es la piel cabelluda, seguida de las cejas, las pestañas y el pelo púbico.⁴

La prevalencia no se ha estudiado en la población general, está subestimada debido a la negación y falta de búsqueda de ayuda por parte de los pacientes,⁵ pero parece afectar de 0.6 al 1% de la población mundial.⁶

Los episodios de tracción del cabello ocurren en sesiones prolongadas o en sesiones cortas que duran unos pocos segundos o minutos; esto puede ocurrir en dos diferentes episodios

identificados: focalizados o en forma sedentaria/contemplativa.⁷ La forma focalizada es habitual que ocurra en periodos de tensión aumentada, estrés emocional o con emociones negativas, pero también puede ocurrir durante actividades sedentarias, como ver televisión, leyendo, acostado en la cama, manejando y estudiando. En estas actividades se aprecian las sesiones de arrancamiento de cabello más prolongadas y contemplativas. Muchas veces el paciente no extrae directamente el cabello, sino que pasa varias horas enrollándolo en el dedo para después arrancarlo.⁸

El arrancamiento del pelo puede ser un síntoma de varios padecimientos: hábito temporal leve, trastornos del control de impulsos, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de la personalidad –como limítrofe e histriónico–, trastorno dismórfico corporal, retraso mental, esquizofrenia y depresión.⁹

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 51 años, negó antecedentes hereditarios y personales patológicos de importancia. Tenía espectro de la ansiedad desde la edad de 40 años, caracterizado por preocupación constante, fácil irritabilidad, fatiga, inquietud, alteraciones en el sueño y dificultad para quedarse con la mente en blanco.

Inició su padecimiento actual hacía 4 años, comenzó a arrancarse el cabello diariamente por las noches sin ingerirlo, lo que coincidió en esa época con la aparición esporádica de episodios de pánico conformados por palpitaciones, opresión torácica y sensación de muerte fulminante. El arrancamiento se hacía de forma impulsiva, la paciente mencionó que es una sensación que está fuera de su control y le provoca frustración; sin embargo, obtiene alivio al hacerlo. A la exploración física se observó una dermatosis localizada en la piel cabelluda, en la región frontoparietal caracterizada por una placa de

alopecia con circunferencia irregular y diámetro aproximado de 10 cm. **Figura 1**

Los estudios de laboratorio, como biométrica hemática, química sanguínea, pruebas de función hepática, perfil tiroideo y examen general de orina, no mostraron alteraciones. Se aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck en el que se obtuvo puntuación de 20, lo que indica ansiedad moderada. Se estableció el diagnóstico de alopecia neuromecánica secundaria a tricotilomanía.

Se prescribió tratamiento farmacológico con inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y antihistamínico. Se derivó al servicio de Psicología para recibir terapia cognitivo-conductual y a la consulta externa de Dermatología.

DISCUSIÓN

La tricotilomanía es una afección poco frecuente en adultos, aunque con mayor prevalencia en el sexo femenino,⁶ lo que coincide con el sexo de nuestro caso, pero no con el grupo de edad, ya que la paciente del caso comunicado inició su padecimiento en la quinta década de la vida sin episodios previos de arrancamiento de cabello.

Algunos pacientes, como la descrita en este reporte, tienden a jalarse el pelo en diversos sitios, el más frecuente es la cabeza, sobre todo en regiones parietotemporales, habitualmente de forma simétrica.⁴ La paciente arrancaba cabello de diversas áreas de la región frontoparietal, por lo que la distribución del cabello terminó siendo irregular en esa zona.

El impulso por tirar del cabello contribuye al aumento en intensidad de los síntomas ansiosos, lo que agrava el cuadro clínico del trastorno de ansiedad generalizada. En varias psicopatologías el arrancamiento de cabello puede ser un síntoma, por lo que es importante el estudio psiquiátrico para evaluar las comorbilidades y clasificar el síntoma dentro del cuadro clínico.⁹



Figura 1. Placa de alopecia en la región frontoparietal.

En este caso se establecieron dos diagnósticos psiquiátricos y uno dermatológico.

CONCLUSIONES

Es primordial la presencia de estas dos especialidades en hospitales generales para el manejo conjunto de este tipo de pacientes que necesitan el acceso a un segundo o tercer nivel de atención que cuente con las herramientas necesarias para proporcionar un servicio integral.

REFERENCIAS

1. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
2. Hallopeau F. Alopecie par grattage (trichomanie ou trichotillomanie). *Ann Dermatol Syphilgr* 1989; 10: 440-6.
3. Rodríguez A, García MC. Tricotilomanía. En *Dermatología psiquiátrica*. Vol. 1, Barcelona, Glosa, 2008: 47-62.
4. Mazuecos J, Rodríguez-Pichardo A, Camacho F. Pubic trichotillomania in an adult man. *Br J Dermatol* 2001; 145(6): 1034-1035. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.2001.04484.x>
5. Siddappa K. Trichotillomania. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2003;69:63-68.
6. Piquero-Casals J, La Rotta-Higuera E, Piquero-Casals V, Hernández-Pérez R, et al. Tricotilomanía: Presentación de tres casos y revisión de pruebas diagnósticas. *Invest Clin* 2007; 48 (3): 359-366.
7. Grant JE, Potenza MN. Compulsive aspects of impulse-control disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2006; 29 (2): 539-551. doi: 10.1016/j.psc.2006.02.002
8. Bruce TO, Barwick LW, Wright HH. Diagnosis and management of trichotillomania in children and adolescents. *Paediatr Drugs* 2005; 7 (6): 365-376. doi: 10.2165/00148581-200507060-00005
9. Hautmann G, Hercogova J, Lotti T. Trichotillomania. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46 (6): 807-826. doi: 10.1067/mjd.2002.122749

AVISO IMPORTANTE

Ahora puede descargar la aplicación de **Dermatología Revista Mexicana**.

Para consultar el texto completo de los artículos deberá registrarse una sola vez con su correo electrónico, crear una contraseña, indicar su nombre completo y especialidad. Esta información es indispensable para saber qué consulta y cuáles son sus intereses y poder en el futuro inmediato satisfacer sus necesidades de información.

La aplicación está disponible para Android o iPhone.

