

<https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v67i2.8750>

## Test de la familia en tricotilomanía infantil

### *Family test in pediatric trichotillomania.*

Paula Celeste Rubiano-Mojica,<sup>1</sup> Zamira Paola Vargas-Caycedo,<sup>1</sup> Jesús Daniel Fierro-Lozada,<sup>1</sup> María Daniela Polanía-Tovar,<sup>1</sup> María Camila Velásquez-Vargas,<sup>1</sup> David Ernesto Castillo-Saavedra,<sup>1</sup> David Alfredo Castillo-Molina<sup>2</sup>

#### Resumen

**ANTECEDENTES:** La tricotilomanía es un trastorno psicocutáneo que forma parte del espectro de los trastornos obsesivo-compulsivos, caracterizado por el arrancamiento repetitivo del pelo en diferentes áreas del cuerpo con predominio de la piel cabelluda, las cejas y las pestañas, el cual se da en respuesta a situaciones de estrés y ansiedad con posterior sensación de bienestar o liberación de tensión al arrancarse el pelo. Esta afección puede ser transitoria, pero frecuentemente es crónica y difícil de tratar. La prevalencia estimada se encuentra entre el 0.5 y el 2% de la población general, es más frecuente en niños y no tiene predilección por algún sexo. En términos clínicos se caracteriza por áreas de alopecia con pelos de distintas longitudes. Su diagnóstico se establece con base en la clínica y un examen físico detallado. Es importante realizar un diagnóstico oportuno ya que se ha asociado con tasas elevadas de trastornos mentales, incluidos los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y otros del espectro obsesivo-compulsivo.

**CASOS CLÍNICOS:** Se comunican dos casos de tricotilomanía en los que se evaluaron los hallazgos clínicos, dermatoscópicos y comportamentales por medio de la aplicación de una prueba psicológica proyectiva de personalidad (test de la familia).

**CONCLUSIONES:** La tricotilomanía debe tener un enfoque multidisciplinario para evitar recaídas, abordar las comorbilidades y mejorar la calidad de vida de los pacientes, involucrando de forma activa a su red de apoyo.

**PALABRAS CLAVE:** Tricotilomanía; trastorno obsesivo-compulsivo; enfermedades del cabello; trastornos de conducta infantil.

#### Abstract

**BACKGROUND:** Trichotillomania or hair pulling disorder is a psychocutaneous disorder, one of the obsessive-compulsive disorders characterized by repetitive hair pulling in different areas of the body involving the scalp, eyelashes and/or eyebrows in response to stress and anxiety, with subsequent feeling of well-being or release of tension when hair is pulled. This condition can be transient, but is often chronic and difficult to treat. The estimated prevalence is between 0.5 and 2% of the general population, being more frequent in children, with no gender predilection. Clinically, it is characterized by areas of alopecia with hairs of different lengths. Its diagnosis is made based on the clinic and a detailed physical examination. Early diagnosis is important as it is associated with high rates of mental disorders, including anxiety, mood disorders, and other obsessive-compulsive spectrum disorders.

**CLINICAL CASES:** This paper reports two cases of trichotillomania in which clinical, dermatoscopic and behavioral findings were evaluated by application of a projective psychological personality test (family test).

**CONCLUSIONS:** Trichotillomania must have a multidisciplinary approach to avoid relapses, address comorbidities and improve the quality of life of patients, actively involving their support network.

**KEYWORDS:** Trichotillomania; Obsessive-compulsive disorder; Hair diseases; Child behavior disorders.

<sup>1</sup> Médico general.

<sup>2</sup> Dermatólogo.

Fundación para la Investigación en Dermatología (Funinderma), Bogotá, Colombia.

**Recibido:** septiembre 2021

**Aceptado:** febrero 2022

#### Correspondencia

Paula Celeste Rubiano Mojica  
paulacesterubiano@gmail.com

#### Este artículo debe citarse como:

Rubiano-Mojica PC, Vargas-Caycedo ZP, Fierro-Lozada JD, Polanía-Tovar MD, Velásquez-Vargas MC, Castillo-Saavedra DE, Castillo-Molina DA. Test de la familia en tricotilomanía infantil. Dermatol Rev Mex 2023; 67 (2): 234-238.

## ANTECEDENTES

La tricotilomanía se define como el acto compulsivo y repetitivo de arrancarse el pelo en cualquier región del cuerpo con área pilosa, con predilección por las regiones temporo-parietales de la piel cabelluda, las pestañas y las cejas y, con menor frecuencia, afecta el vello púbico y axilar.<sup>1</sup> La prevalencia en la población adulta general varía entre el 0.6 y el 2%, y en niños y adolescentes se ha estimado en menos del 1%. Es más común en niños que en adultos y la edad de inicio más frecuente es entre 5 y 12 años. En adultos predomina en el sexo femenino (4:1), mientras que en los niños no hay predilección por ningún sexo.<sup>2,3</sup> Está clasificada por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) como parte de los trastornos obsesivo-compulsivos (TOC) y trastornos afines.<sup>1,2</sup>

En términos clínicos se caracteriza por placas alopécicas o pseudoalopecia con bordes irregulares y configuración lineal o circular, asociadas con pelos de diferentes longitudes, sin signos de inflamación y rodeadas por pelo sano.<sup>4</sup> Con respecto al diagnóstico, la tricoscopia es una herramienta en la que se obtienen hallazgos característicos, como: pelos rotos, puntas abiertas, el signo de la V (dos pelos del mismo tamaño que salen de un mismo folículo), los pelos enrollados, los puntos negros y amarillos, y el signo del mazo (abultamiento del extremo distal del pelo).<sup>1,2,5</sup>

El tratamiento consiste principalmente en la terapia cognitivo-conductual, y tiene como objetivo reducir el malestar emocional y aumentar el comportamiento adaptativo en pacientes con problemas de salud mental y de adaptación. El terapeuta realiza las intervenciones de forma estratégica, de manera que éstas surgen de la formulación personalizada de cada caso según la clínica del paciente, se realizan en colaboración con el paciente, para que éste avance hacia la consecución de sus objetivos de tratamiento,

y se llevan a cabo en su plenitud para que su eficacia pueda ser evaluada con los “datos” que el paciente recoge. De este modo las estrategias básicas de la terapia cognitivo-conductual son eficaces, centradas y dirigidas.<sup>6</sup> En ocasiones puede recurrirse al tratamiento farmacológico.<sup>7</sup>

A continuación se comunican dos casos de tricotilomanía en edad pediátrica, con el fin de resaltar la importancia de sospechar esta enfermedad y realizar un enfoque multidisciplinario.

## CASOS CLÍNICOS

### Caso 1

Paciente masculino de 10 años de edad con cuadro clínico de un mes de evolución, consistente en alopecia en la línea media. Al examen físico se encontró una placa alopécica bien delimitada en la línea media frontoparietal de la piel cabelluda (**Figura 1A**) y prueba de tracción del cabello negativa. En la tricoscopia se evidenció variabilidad de la morfología del cabello, tallos rotos, signo de la V, puntos negros y pelos en crecimiento (**Figura 1B**). Además, se identificaron signos de onicofagia. Posteriormente, se aplicó el test de la familia (**Figura 1C**), que demostró que la edad cronológica del paciente coincidió con su edad mental y reveló rasgos obsesivos compulsivos, angustia e inseguridad frente a un medio amenazante. Asimismo, se observó autoeliminación secundaria a la negación y no valoración de sí mismo, expresando a nivel inconsciente una conducta de autoagresión. Dentro del plan de manejo para el paciente se determinó la necesidad de ser valorado por psiquiatría infantil y se inició tratamiento con aceponato de metilprednisolona tópico al 0.1%.

### Caso 2

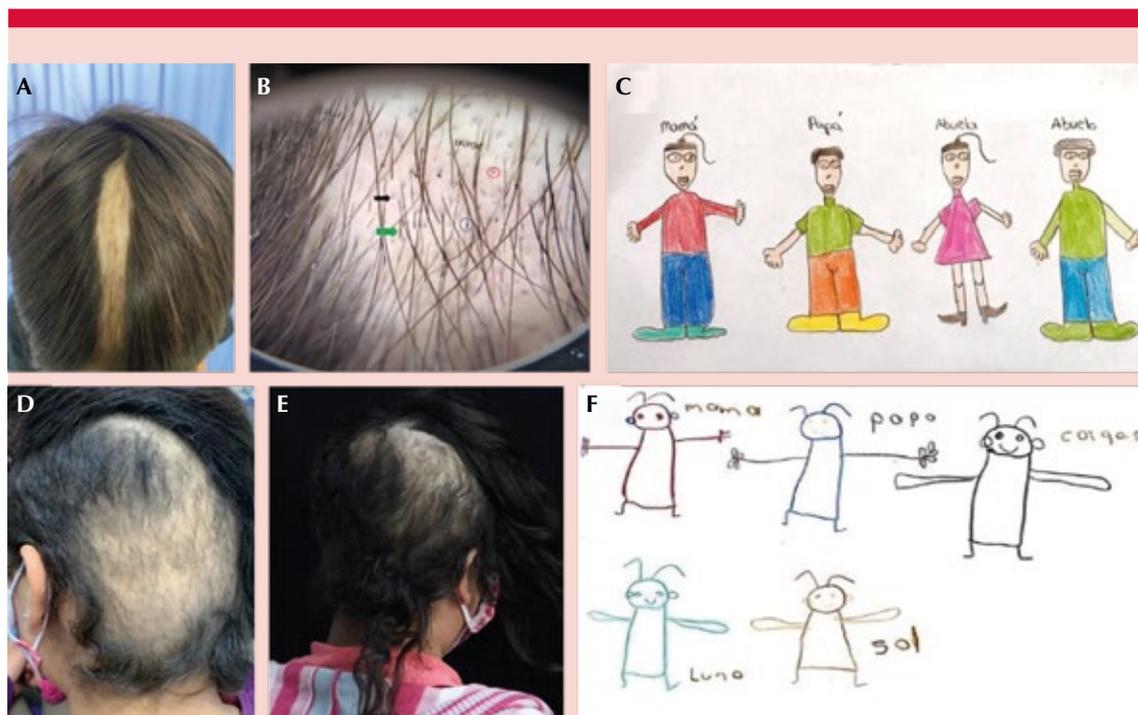
Paciente femenina de 10 años de edad con cuadro clínico de dos meses de evolución consistente en alopecia en la región parietal bilateral

de la piel cabelluda quien recibió tratamiento tóxico desconocido sin mostrar éxito terapéutico. En el examen físico se evidenció placa alopécica en la región parieto-occipito-temporal izquierda, asociada con tallos pilosos de diferentes longitudes (Figura 1D y E). Se aplicó el test de la familia (Figura 1F), que reflejó desarrollo intelectual y pensamiento concreto por debajo del promedio. Asimismo, se evidenció vulnerabilidad, ansiedad y miedo, además de comportamientos obsesivos con reacciones impulsivas y agresivas. Para el manejo médico de la paciente se estableció la importancia de remitir a psicología y psiquiatría infantil, y se inició tratamiento farmacológico con N-acetilcisteína.

## DISCUSIÓN

La tricotilomanía es un trastorno psicocutáneo que se caracteriza por el acto repetitivo de arrancarse el pelo de cualquier parte del cuerpo provocando su alopecia.<sup>1,2</sup> El estrés y la ansiedad son características comunes en el comportamiento de quienes padecen esta enfermedad, además, genera un estigma social que afecta la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Se considera que este padecimiento es un tipo de trastorno obsesivo-compulsivo y está asociado con trastornos de ansiedad.<sup>8</sup>

Recientemente se publicó sobre alteraciones cerebrales anatómicas relacionadas con la



**Figura 1. A.** Paciente masculino con placa lineal alopécica de 11.5 x 2 cm en la línea media del área fronto-parietal. **B.** La triscoscopia reveló signos de tricotilomanía: pelos rotos (pelos cortos) con variabilidad en su longitud y morfología (flecha verde), restos de pelo debido a la manipulación mecánica (flecha negra), signo V (círculo azul), puntos negros (círculo rojo). **C.** Test de la familia del paciente número 1. Primera persona: madre; segunda persona: padre; tercera persona: abuela; cuarta persona: abuelo. **D y E.** Paciente femenina con parche de alopecia con pelos en crecimiento localizada en la región occipital y parietal de la piel cabelluda. **F.** Test de la familia de la paciente número 2. Primera persona: madre; segunda persona: padre; tercera persona: hermano mayor; cuarta persona: hermana gemela; quinta persona: la paciente.

tricotilomanía, entre las cuales se encuentra una reducción en la integridad de la materia blanca en el cíngulo anterior, el área motora presuplementaria y la corteza temporal derecha e izquierda.<sup>8</sup> De igual manera, se han descrito componentes neuropsicológicos, cognitivos y situaciones de estrés que ocurren previo al acto de arrancarse el pelo.<sup>8</sup>

El diagnóstico es clínico e inicia con una anamnesis minuciosa y un examen físico dermatológico que ayude a excluir otras formas de alopecia en la población pediátrica.

A la dermatoscopia se evidencian alteraciones del resultado del estiramiento y la fractura de los tallos pilosos, como puntos negros irregulares, enrollados o pelos en gancho, y pelos con puntas abiertas o deshilachadas. Estos puntos negros también pueden evidenciarse en la alopecia areata y tiña de la cabeza; sin embargo, los puntos negros tienden a ser uniformes en tamaño y forma en la alopecia areata, mientras que en la tricotilomanía y la tiña de la cabeza se observa gran variabilidad en el diámetro y la forma.<sup>9</sup> En los casos expuestos, ambos pacientes mostraron áreas irregulares de alopecia con pelos rotos y variabilidad en su longitud y morfología, lo que condujo a la sospecha clínica y el diagnóstico de tricotilomanía. Este último fue tardío por las limitaciones de acceso a medicina especializada.<sup>1,9</sup>

Para el estudio de esta enfermedad se ha utilizado el instrumento de evaluación de personalidad proyectiva test de la familia, descrito por Luis Corman en 1961, que consiste en la realización de un dibujo libre en el que se evalúa el estado emocional de un niño en relación con el medio familiar en términos de vínculos, necesidades afectivas, principales conflictos inconscientes y mecanismos de defensa utilizados.<sup>10</sup> En los dos casos descritos, la prueba psicológica reveló altos niveles de ansiedad, estrés, miedo y autoagresión asociados con rasgos obsesivo-compulsivos, lo que se correlaciona con la comprensión y cla-

sificación de la enfermedad. Es así como este instrumento de evaluación permite identificar los estados emocionales y comportamentales de los niños con tricotilomanía. Este tipo de comportamiento puede modificarse con terapia cognitivo-conductual que a menudo se utiliza en combinación o como alternativa al tratamiento farmacológico.<sup>1</sup> Según Hautmann y su grupo, el uso de una terapia educativa centrada en la concientización de los síntomas, la evitación de estímulos estresantes y la ruptura del ciclo de angustia/ansiedad emocional que conlleva a la aparición de esta enfermedad, podría tener un efecto significativo en su evolución.<sup>1</sup>

El tratamiento actual consiste en combinar métodos farmacológicos y no farmacológicos. Sin embargo, hoy en día no se dispone de ningún medicamento aprobado por la FDA para el tratamiento de la tricotilomanía.<sup>11</sup> Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se prescriben ampliamente en poblaciones pediátricas y adultas, aunque su eficacia no ha sido bien documentada para el abordaje de esta enfermedad.<sup>12,13</sup> Asimismo, se ha sugerido la N-acetilcisteína como una alternativa de tratamiento eficaz, posiblemente debido a que este medicamento se ha prescrito satisfactoriamente en enfermedades del espectro obsesivo-compulsivo.<sup>13,14</sup>

## CONCLUSIONES

La tricotilomanía debe tener un enfoque multidisciplinario para evitar recaídas, abordar las comorbilidades y mejorar la calidad de vida de los pacientes, involucrando de forma activa a su red de apoyo.<sup>15</sup> Se requieren estudios futuros que contribuyan al desarrollo de ayudas terapéuticas en beneficio de los pacientes.

## Agradecimientos

Queremos agradecer a la Dra. Caycedo M por su valiosa contribución a nuestro trabajo, a los

pacientes y sus familias, quienes aceptaron participar voluntariamente en el estudio mediante la firma del formulario de consentimiento informado.

## REFERENCIAS

- Hautmann G, Hercogova J, Lotti T. Trichotillomania. *Am J Clin Dermatol* 2002; 46 (6): 807-826. DOI: 10.1067/mjd.2002.122749
- Gerstenblith TA, Jaramillo-Huff A, Ruutinen T, Neustadt PS, Samuels JF, Grados MA, Cullen BA, Riddle MA, Liang KY, Greenberg BD, Rasmussen SA, Rauch SL, McCracken JT, Piacentini J, Knowles JA, Nestadt G, Bienvenu OJ. Trichotillomania comorbidity in a sample enriched for familial obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2019; 94: 152123. DOI: 10.1016/j.comppsy.2019.152123.
- Everett GJ, Jafferany M, Skurya JO. Recent advances in the treatment of trichotillomania (hair-pulling disorder). *Dermatol Ther* 2020; e13818. DOI: 10.1111/dth.13818.
- Puebla-Miranda M, Gálvez-Juárez Y. Trichotillomania and its findings by dermoscopy. *Rev Hosp Juárez Mex* 2017; 84 (4): 226-228
- Jaramillo-Manzur SC, Landeta-Sa AP, Escandón-Pérez S, Ibarra-Morales D, et al. Tricotilomanía asociada a plica polonica: una entidad poco reconocida. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Dermatol CMQ* 2021; 19 (2): 169-173.
- Wenzel A. Basic strategies of cognitive behavioral therapy. *Psychiatry Clin North Am* 2017; 40 (4): 597-609. doi: 10.1016/j.psc.2017.07.001.
- Asz D, Palma M, Garfias P, Vega ME, Arenas R, Tricotilomanía. Una entidad psicodinámica. *Dermatología CMQ* 2010; 8 (2):117-26.
- Pereyra AD, Saadabadi A. Trichotillomania. *Nord J Psychiatry* 2021; 40 (5): 391-395.
- Martín JM, Montesinos E, Cordero P, Gonzalez V, Ramon D. Trichoscopy features of trichotillomania. *Pediatr Dermatol* 2019; 36 (2): 265-267. doi: 10.1111/pde.13756.
- Corman L. El test del dibujo de la familia. En la práctica médico-pedagógica. Buenos Aires: Editorial Kapelusz; 1967: 4.
- Henkel ED, Jaquez SD, Diaz LZ. Pediatric trichotillomania: Review of management. *Pediatr Dermatol* 2019; 36 (6): 803-807. doi: 10.1111/pde.13954.
- Sah DE, Koo J, Price VH. Trichotillomania. *Dermatol Ther* 2008; 21 (1): 13-21. DOI:10.1111/j.1529-8019.2008.00165.x.
- Schoenfeld N, Rosenberg O, Kotler M, Dannon P. Trichotillomania: pathopsychology theories and treatment possibilities. *Isr Med Assoc J* 2012; 14 (2): 125-129.
- Rodriguez-Barata AR, Tosti A, Rodríguez-Pichardo A, Camacho-Martínez F. N-acetylcysteine in the treatment of trichotillomania. *Int J Trichology* 2012; 4: 176-8. DOI: 10.4103/0974-7753.100090.
- Toledo EL, De Togni Muniz E, Brito AM, Nabuco C, et al. Group treatment for trichotillomania: cognitive-behavioral therapy versus supportive therapy. *J Clin Psychiatry* 2015; 76 (4): 447-455. DOI: 10.4088/JCP.13m08964.

## 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.

