Revisión narrativa
Dermatol Rev Mex 2025; 69 (6): 808-823.

Dermatología
Revista mexicana

https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v69i6.10838

Tricotilomanía en dermatología: un enfoque integral. Actualización en hallazgos dermatoscópicos, tratamiento y comunicación de un caso clínico representativo

Trichotillomania in dermatology: A comprehensive approach. Update on dermatoscopic findings, treatment and report of a representative clinical case.

Raúl Vicente Cabezas Echegoyen,[1] Federico Eliu Fuentes Romero,[2] Ana Guevara Cerritos[3]

Resumen

ANTECEDENTES: La tricotilomanía es un trastorno del espectro obsesivo-compulsivo, comúnmente subdiagnosticado, caracterizado por el impulso recurrente, consciente o automático, de arrancarse el cabello. Con el advenimiento de la dermatoscopia, la tricoscopia ha emergido como método eficaz y no invasivo, cuya utilidad diagnóstica resulta fundamental conocer en la práctica dermatológica.

OBJETIVO: Realizar una revisión narrativa con análisis detallado de bibliografía reciente que refuerce los signos clínicos y patrones tricoscópicos para la detección temprana de la tricotilomanía y actualizar el tratamiento.

METODOLOGÍA: Revisión narrativa de bibliografía científica en PubMed y Google Académico, enfocada en manifestaciones clínicas, hallazgos tricoscópicos y estrategias terapéuticas actuales, con su posterior análisis estadístico. Asimismo, se complementa con la exposición de un caso clínico ilustrativo.

RESULTADOS: La tricoscopia es decisiva en el diagnóstico de la tricotilomanía por ser no invasiva y permitir distinguir con facilidad entre distintos tipos de alopecia. Su uso favorece un diagnóstico temprano y mejora el pronóstico. Existen diversos tratamientos, aunque ninguno aprobado por la FDA. La terapia cognitivo-conductual con inversión de hábitos sigue siendo la primera línea, complementada con psicofármacos en casos específicos.

CONCLUSIONES: La tricotilomanía es una psicodermatosis con alopecia traumática no cicatricial autoinfligida. Su detección oportuna mediante tricoscopia mejora el pronóstico y previene secuelas. Por lo tanto, es decisivo para el dermatólogo conocer los patrones diagnósticos. El tratamiento debe individualizarse según las características clínicas y psicológicas del paciente.

PALABRAS CLAVE: Tricotilomanía; dermatoscopia; dermatología; alopecia.

Abstract

BACKGROUND: *Trichotillomania is an obsessive-compulsive disorder, often underdiagnosed, characterized by a recurrent, conscious or automatic urge to pull out one's hair. With the advent of dermoscopy, trichoscopy has emerged as an effective and non-invasive tool, whose diagnostic utility is essential to recognize in dermatological practice.*

[1] Médico residente de tercer año de dermatología, Universidad Evangélica de El Salvador.
[2] Médico residente de segundo año de dermatología, Universidad Evangélica de El Salvador.
[3] Dermatóloga adscrita.
Centro dermatológico-Hospital Nacional Zacamil, Mejicanos, San Salvador, CA.

ORCID
https://orcid.org/0000-0003-4931-8813
https://orcid.org/0000-0002-7983-1223
https://orcid.org/0000-0001-5073-6620

Recibido: abril 2025

Aceptado: mayo 2025

Correspondencia
Raúl Vicente Cabezas Echegoyen
raulvicentecabezasechegoyen@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Cabezas-Echegoyen RV, Fuentes-Romero FE, Guevara-Cerritos A. Tricotilomanía en dermatología: un enfoque integral. Actualización en hallazgos dermatoscópicos, tratamiento y comunicación de un caso clínico representativo. Dermatol Rev Mex 2025; 69 (6): 808-823.

OBJECTIVE: *To conduct a narrative review with a detailed analysis of recent literature that reinforces clinical signs and trichoscopic patterns for early detection of trichotillomania, as well as to provide an update on current therapeutic approaches.*

METHODOLOGY: *Narrative review of scientific literature retrieved from PubMed and Google Scholar, focused on clinical manifestations, trichoscopic findings, and current therapeutic strategies, followed by statistical analysis. Additionally, the review is complemented by an illustrative clinical case.*

RESULTS: *Trichoscopy is a key tool in the diagnosis of trichotillomania due to its non-invasive nature and its ability to readily differentiate between various types of alopecia. Its use promotes early diagnosis and improves prognosis. Although various therapeutic approaches exist, none are FDA-approved. Cognitive-behavioral therapy with habit reversal remains the first-line treatment, often complemented by psychopharmacological agents in specific cases.*

CONCLUSIONS: *Trichotillomania is a psychodermatosis characterized by non-scarring, self-inflicted traumatic alopecia. Timely detection through trichoscopy improves prognosis and helps prevent sequelae. Therefore, recognizing trichoscopic diagnostic patterns is essential for dermatologists. Management should be individualized based on the patient's clinical and psychological profile.*

KEYWORDS: *Trichotillomania; Dermoscopy; Dermatology; Alopecia.*

ANTECEDENTES

La tricotilomanía (*hair-pulling disorder*) es una afección dermatológica crónica, clasificada como un trastorno psiquiátrico en el DSM-5 en la categoría de trastornos obsesivo-compulsivos. Aunque afecta principalmente la piel cabelluda, también puede observarse en las pestañas, las cejas, la barba, el bigote, la región perianal, las axilas, las extremidades, el tórax anterior y el pubis. En general, consiste en ansiedad extrema que implica una compulsión irresistible: el acto repetitivo de tirar y arrancar el cabello, lo que genera una alopecia traumática no cicatricial autoprovocada.[1-4]

METODOLOGÍA

Revisión narrativa de la bibliografía científica disponible en las bases de datos PubMed y Google Académico, con insistencia en publicaciones relacionadas con la manifestación clínica, los hallazgos tricoscópicos característicos y las estrategias terapéuticas actuales en el tratamiento de la tricotilomanía. La búsqueda bibliográfica se centró en estudios originales, revisiones sistemáticas y artículos relevantes publicados en los últimos años. Asimismo, se hizo un análisis estadístico de los datos obtenidos y se incorporó un caso clínico representativo con el objetivo de ilustrar de forma práctica los patrones morfológicos observados mediante tricoscopia, a fin de reforzar la validez clínica de los hallazgos descritos en la bibliografía revisada.

RESULTADOS

Historia

Esta psicodermatosis verdadera la describió el médico griego Hipócrates. En 1889 el dermatólogo francés François Henri Hallopeau nombró

la afección y postuló el aspecto psicopatológico subyacente. El término proviene del griego *thrix* (pelo), *tilleo* o *tillein* (tirar) y el sufijo *manía* (locura). Su reconocimiento oficial como trastorno mental ocurrió 1987, con su inclusión en la tercera edición del DSM.[1-4]

Epidemiología

Su prevalencia mundial a lo largo de la vida se ha estimado entre el 0.6 y el 2.2%, con predominancia en mujeres de 3.5-7:1. Puede manifestarse de forma consciente o inconsciente, se observa con más frecuencia en niños y adolescentes y la edad promedio de aparición es a los 17.7 años.[1-4]

Patogenia

La fisiopatología exacta de la tricotilomanía sigue en estudio y probablemente tenga un carácter multifactorial. No obstante, destacan varios puntos decisivos.[2,3,4]

Afección estructural: evidenciada mediante resonancia magnética y SPECT.

a. Aumento de materia gris: cuerpo estriado izquierdo (implicado en hábitos motores e inhibición conductual), formación amígdalo-hipocámpica izquierda (regulación emocional), corteza cingulada bilateral (control de atención y emociones) y corteza motora suplementaria bilateral (planificación y ejecución de movimientos).
b. Reducción de grosor cortical: frontal superior y rostral media bilateral (alteración de funciones ejecutivas y autorregulación).
c. Hiper e hipoactivación: mayor activación en giros frontales inferolaterales bilaterales e hipoactivación de la corteza occipital, consecuente alteración en los circuitos de recompensa, así como menor activación del núcleo accumbens respecto de la recompensa anticipada y del putamen izquierdo respecto de la pérdida de anticipación; asimismo, se detecta actividad dopaminérgica incrementada en ambos (justificaría la efectividad de algunos ISRS y antipsicóticos).

Biomarcadores

Desde el enfoque neurobioquímico, se han encontrado concentraciones reducidas de GABA y glutatión, junto con aumento de glutamato. La severidad sintomática se ha correlacionado positivamente con las concentraciones de glutamato en la corteza cingulada anterior pregenual y el tálamo y negativamente con los de GABA. También se han detectado concentraciones séricas bajas de glutatión.

Alteraciones de la función cognitiva

Se ha reportado un déficit en la flexibilidad cognitiva, especialmente en la capacidad de adaptar el comportamiento y razonamiento en cambios del entorno.

Estas alteraciones estructurales, bioquímicas y cognitivas, en interacción con el entorno social del individuo, culminan en la repetición compulsiva del acto de arrancarse el cabello, así como en el detrimento de bloquear conscientemente esa conducta.

Cuadro clínico

En dermatología la tricotilomanía es una psicodermatosis verdadera o primaria, caracterizada por episodios de tracción capilar de segundos o minutos, que pueden sobrevenir de forma focalizada (asociada con estrés) o contemplativa (relacionada con actividades sedentarias). El arrancamiento no siempre es directo, puede derivar de la manipulación constante, como enrollar el cabello. Este comportamiento tam-

https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v69i6.10838

bién se observa en esquizofrenia, dismorfofobia, depresión, trastorno límite, retraso mental y otros trastornos psiquiátricos.[1,2,4]

Rachel y su grupo y Pérez-Elizondo y colaboradores identificaron tres y dos subtipos clínicos, respectivamente:[2,4]

a. Jaladores sensibles a estímulos (subtipo 1), con baja urgencia y conducta ocasional.
b. Jaladores con baja conciencia (subtipo 2), el más común (54.2%), con arrancamiento automático.
c. Jaladores impulsivos-perfeccionistas (subtipo 3), con rasgos de impulsividad, usando la conducta para regular emociones egodistónicas.
d. Forma de inicio temprana (6-8 años), episódica y de alivio espontáneo.
e. Forma de inicio tardío, crónica, discapacitante y resistente al tratamiento.

Durante el interrogatorio, los pacientes suelen ocultar su conducta por culpa, vergüenza o temor al rechazo. Esto es común en dermatología, donde algunos niegan la autoinfligencia o camuflan la alopecia, mientras otros muestran indiferencia. En cuanto a las circunstancias psicosociales, en niños predominan dinámicas familiares disfuncionales; en adultos, conflictos sexuales no resueltos, depresión mayor o trastornos obsesivo-compulsivos.[1,2,4]

En el examen físico puede observarse alopecia no cicatricial en placas, difusa o localizada, con bordes angulados y pelos de distintas longitudes, a menudo rotos o enrollados, lo que confiere una textura áspera a la piel cabelluda. En formas difusas destaca el signo del fraile Tuck o tonsura de fraile, por afectación en el vértice y la región fronto-parietal sin dañar una zona fina periférica de cabello en el área frontal, temporal y occipital.[1,2,4]

Las claves diagnósticas adicionales a tomar en cuenta son: secuencia de tensión creciente, sensaciones previas (prurito, hormigueo), impulso de arrancar y luego culpa o vergüenza. Se observan excoriaciones, manchas posinflamatorias, sin inflamación activa ni descamación. A menudo se afecta el lado opuesto a la mano dominante. Finalmente, algunos pacientes reportan impulsos similares hacia el cabello de otros, muñecos o alfombras.[1,2,4]

Complicaciones

Las consecuencias del trastorno incluyen vergüenza por el acto de arrancarse el cabello y por la apariencia resultante, así como baja autoestima, aislamiento social y deterioro del rendimiento psicosocial. Con frecuencia, los pacientes recurren a métodos de camuflaje, como peinados específicos, maquillaje o pelucas, debido a que el cabello, en los estándares socioculturales, se asocia con atributos de belleza, sexualidad y virilidad. La tricotilomanía suele coexistir con el trastorno depresivo mayor y el de ansiedad generalizada.[1-4]

Una complicación menos frecuente, pero significativa, es la tricofagia, que ocurre en un 5-18% de los casos y puede dar lugar a tricobezoares, observados en menos del 25% de los casos, que pueden causar obstrucción intestinal con el consecuente requerimiento de intervención quirúrgica.[2]

Diagnóstico

Criterios diagnósticos

El diagnóstico de la tricotilomanía se basa en los criterios del DSM-5.[1-4]

a. Tirarse del cabello recurrentemente, causando su pérdida.
b. Intentos repetidos de detener el comportamiento.

c. Causar malestar significativo o deterioro en áreas importantes del funcionamiento.
d. No atribuible a otra afección médica.
e. No atribuible a otro trastorno mental.

La inclusión de la tricotilomanía en los trastornos obsesivo-compulsivos resalta su diferenciación respecto de los trastornos de ansiedad y control de impulsos. Esta clasificación refleja la comorbilidad y los mecanismos comunes con otros trastornos del espectro obsesivo-compulsivo, permitiendo enfoques terapéuticos similares. Un ejemplo es la relación entre la tricotilomanía y la dermatilomanía, donde los desencadenantes, como el trauma o pensamientos egodistónicos, generan ansiedad y arrancarse el cabello actúa como compulsión para aliviarla.[1-4]

Por tanto, se sugiere que la tricotilomanía es un mecanismo de afrontamiento para desviar la atención de experiencias traumáticas, reduciendo la ansiedad asociada con ellas, lo que confirma el papel del trauma en la aparición de esta psicodermatosis.[1-4]

Hallazgos tricoscópicos

En la actualidad no existe un consenso definitivo acerca de los criterios tricoscópicos específicos para diagnosticar tricotilomanía, pero diversos estudios han identificado hallazgos característicos que pueden orientar el diagnóstico.[5-9]

Elmas y su grupo, en una población de 20 pacientes, destacaron pelos rotos a diferentes niveles (100%), pelos vellosos cortos (90%), puntos negros (85%), tricoptilosis (75%), signo en V (70%), pelos en clava (45%), enroscados (45%), en signo de exclamación (40%), zonas hemorrágicas (40%), pelos ramificados (40%), angulados (40%), concéntricos (35%), en flama (30%), en tulipán (25%) y polvo capilar (65%).[5]

Ankad y colaboradores, en un estudio con 10 pacientes, reportaron pelos rotos de diferentes longitudes (100%), tricoptilosis y pelos enroscados (80% cada uno). Expresan como hallazgos novedosos diagnósticos puntos negros, pelos en flama, signo en V, hemorragia folicular, todos con un 30%; pelos en tulipán y polvo capilar en 10% cada uno. En todos los pacientes hubo ausencia de inflamación.[9]

Rakowska y su grupo, en un estudio efectuado con 44 pacientes, identificaron pelos rotos irregulares (100%), en V (57%), en tulipán (48%), en flama (25%), polvo capilar (16%), puntos negros (27%), pelos en signo de exclamación (14%) y enroscados (39%).[7]

Kaczorowska y colaboradores, en 127 pacientes, definieron los siguientes hallazgos en tricotilomanía: pelos enroscados (36.8%), tricoptilosis (57.5%), polvo capilar (35.6%), pelos en tulipán (36.4%), quebrados (99.5%), puntos negros (66.7%), signo en V (50.4%), pelos en gancho (43.1%) y en flama (37.1%).[8]

Las variaciones en estas frecuencias pudieran responder a diferencias metodológicas y poblacionales entre los estudios. Sin embargo, a partir de esta revisión, puede delinearse un perfil semiológico distintivo en la tricotilomanía. En relación con la prevalencia, mediante métodos estadísticos como la media ponderada de cada porcentaje por el tamaño muestral de los diferentes estudios (lo que permite una estimación global que tiene en cuenta el peso de cada cohorte), pueden establecerse de forma aproximada los 10 hallazgos más frecuentes:

a. cabellos rotos a diferentes niveles (99.7%).
b. tricoptilosis (61.2%).
c. puntos negros (58%).
d. signo en V (52.8%).
e. pelos en clava-maza (45%).

https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v69i6.10838

f. pelos en tulipán (36.5%).
g. pelos concéntricos (35%).
h. pelos en flama (33.4%)
i. polvo capilar (33%).
j. pelos en signo de exclamación (22.1%).

Por último, se describen los mecanismos de formación de los hallazgos tricoscópicos en tricotilomanía (**Cuadro 1**), con fisiopatogenia definida y valores de sensibilidad-especificidad reportados por Elmas,[5] Ankad,[9] Rakowska[7] y Kaczorowska.[8]

Desde una perspectiva orientada a la practicidad diagnóstica y aplicabilidad de resultados de sensibilidad y especificidad, los hallazgos se analizan con el índice de Youden (J), en donde las observaciones tricoscópicas más cercanas a 1.0 son las que mejor desempeño diagnóstico tienen; entre estas últimas destacan cinco:

Cuadro 1. Mecanismos de formación de hallazgos tricoscópicos en la tricotilomanía

Características tricoscópicas	Mecanismo de formación	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
Tricoptilosis	División longitudinal en la parte distal del tallo, debido al fraccionamiento de cabellos previamente fracturados	50.5	97.5
Signo en V	Se forma cuando dos o más tallos emergen de la misma unidad folicular y se quiebran al mismo nivel, justo por encima de la piel cabelluda	48.9	99
Pelos enganchados (*hook hairs*) o en signo de interrogación	Ocurre por torsión parcial del cabello	43.5	100
Pelos flameados (*flame hairs*)	Asociado con el tirón traumático de cabellos en fase anágena	36.2	96.5
Pelos enroscados (*coiled hairs*)	Resulta de la rotura de cabellos en fase telógena o catágena, que se enrollan hacia atrás	29	99.6
Pelos tulipanes (*tulip hairs*)	Se produce por fractura diagonal, dando lugar a extremos oscuros con forma de tulipán	47.7	89.6
Polvo capilar (*hair powder*)	Residuos del tallo piloso tras su destrucción, visibles como partículas	30.6	97.9
Cabellos rotos (*broken hairs*)	Se produce por rotura a diferentes alturas de la piel cabelluda por tirones repetidos	99.3	62.9
Puntos negros (*black dots*)	Restos pigmentados de cabellos destruidos en torno a la piel cabelluda	65.1	61.7
Hemorragias	Resulta de tracción traumática, con puntos rojos o manchas hemáticas por arrancamiento	NE	NE
Pelos en maza (*mace sign*)	Exhibe un extremo distal engrosado y morfología uniforme tras la rotura	NE	NE
Pelos ramificados (*branched hairs*)	Desprendimientos oblicuos formados por empuje lineal del extremo distal al proximal	NE	NE
Pelos concéntricos (*concentric hairs*)	Muestra un punto negro central rodeado por un anillo oscuro, debido a traumatismos repetidos	NE	NE
Pelos angulados (*angulated hairs*)	Cabello fracturado con un ángulo agudo a lo largo de su eje	NE	NE
Pelos en forma de signo de exclamación (*exclamation mark hairs*)	Estrechamiento proximal con un extremo distal más ancho por rotura asimétrica	NE	NE

NE: no se especifica.

a. cabellos rotos a diferentes niveles (J = 0.622).
b. tricoptilosis (J = 0.480).
c. signo en V (J = 0.479).
d. pelos en gancho (J = 0.435).
e. pelos en tulipán (J = 0.373).

Por lo expuesto, la tricoscopia puede considerarse de forma fidedigna un método diagnóstico decisivo en la tricotilomanía. Su carácter no invasivo y su capacidad para identificar signos sensibles y específicos la convierten en un recurso fundamental en el diagnóstico diferencial de otros tipos de alopecias. Además, permite el seguimiento clínico del paciente y facilita un enfoque terapéutico más estructurado y dirigido.

Hallazgos histopatológicos

Las características histológicas más significativas en la tricotilomanía incluyen la tricomalacia, la coexistencia de pelos normales con folículos pilosebáceos vacíos, la ausencia de infiltrado inflamatorio, así como zonas de exudado y hemorragia localizadas cerca de folículos dilatados y retorcidos. Estos hallazgos se asocian con restos de bulbos pilosos, consecuencia directa de la tracción mecánica ejercida durante el acto de arrancamiento.[2,9]

Tratamiento

En la actualidad no existe un tratamiento específico aprobado por la FDA contra la tricotilomanía.[10,11,12] Sin embargo, diversas estrategias terapéuticas se han evaluado en revisiones sistemáticas y metanálisis.[3,10,11] Entre las opciones destacan la terapia cognitivo-conductual, dispositivos detectores de movimiento (**Cuadro 2**) y diversas intervenciones farmacológicas. **Cuadro 3**

Al realizar un análisis estadístico de los datos presentados que considere el número de estudios y de pacientes junto con el SMD obtenido de cada intervención, aplicando una combinación ponderada (la g de Hedges, medición del tamaño del efecto), se equilibra el tamaño del efecto y la robustez muestral. Es posible obtener de forma aproximada los tratamientos no farmacológicos con mayor éxito mediante un índice ($|SMD|\cdot\sqrt{N}$), en el que los mayores resultados se obtienen con los valores más altos; entre las intervenciones destacan:

a. Terapia conductual con adiestramiento en inversión del hábito = 25.9.
b. Terapia de aceptación y compromiso = 10.6
c. Terapia de aproximación y evitación = 8.8.
d. Desacoplamiento autoasistido = 2.3.
e. Terapia conductual grupal = 2.1.

Al ejecutar el mismo método estadístico en los tratamientos farmacológicos y las psicoterapias, pueden aproximarse los fármacos con mayor éxito; resaltan:

a. N-acetilcisteína = 7.07.
b. Olanzapina = 4.70.
c. Clomipramina = 3.48.
d. Naltrexona = 1.43.
e. Fluoxetina-sertralina = 1.31.

En resumen, los tratamientos más efectivos contra la tricotilomanía, según un análisis estadístico que pondera el tamaño del efecto y la robustez muestral mediante el índice $|SMD|\cdot\sqrt{N}$, son las intervenciones no farmacológicas terapia conductual con adiestramiento en inversión del hábito (25.9), terapia de aceptación y compromiso (10.6) y terapia de aproximación y evitación (8.8), que muestran mayor eficacia clínica. En cuanto a los tratamientos farmacológicos, los que mostraron mejor rendimiento relativo fueron

https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v69i6.10838

Cuadro 2. Estrategias no farmacológicas en el tratamiento de la tricotilomanía (continúa en la siguiente página)

Autor (ID)	Intervención	Población (adultos, pediátrica, mixto)	Duración de la intervención	Diferencia de medias estandarizada para síntomas de la tricotilomanía	Diferencia de medias estandarizada para otros síntomas psicopatológicos
Psicoterapia: terapia conductual con adiestramiento en inversión del hábito					
a. Shareh.[13] b. Lee, Haeger, et al.[14] c. Rahman et al.[15] d. Keuthen et al.[16] e. Franklin et al.[17] f. Woods et al.[18] g. Diefenbach et al.[19] h. Van Minnen et al.[20] i. Ninan et al.[21]	Sesiones de terapia conductual con adiestramiento en inversión del hábito	9 estudios en promedio. n = 27 pacientes por estudio. Población mixta	10.29 semanas, adultos. 8 semanas, niños	-1.66, significativo	Significativos: Depresión -1.55 Ansiedad -1.94
Otros tratamientos psicoterapéuticos: terapia de aceptación y compromiso					
Lee et al.[22]	Sesiones de terapia de aceptación y compromiso	n = 39, mixto	10 semanas	-1.70, significativo	NE
Otros tratamientos psicoterapéuticos: adiestramiento computado en terapia de aproximación-evitación					
Maas et al.[23]	Sesiones de terapia de aproximación-evitación computadas	n = 54, adultos	10 semanas	-1.20, significativo	NE
Otros tratamientos psicoterapéuticos: adiestramiento computado en RIT					
Lee, Espil et al.[24]	Sesiones RIT computadas	n = 20, pediátrico	4 semanas	-0.47, NS	NE
Otros tratamientos psicoterapéuticos: desacoplamiento autoasistido vía internet					
Weidt et al.[25]	Sesiones de desacoplamiento autoasistido por internet	n = 105, adultos	4 semanas	-0.22, NS	NE
Otros tratamientos psicoterapéuticos: terapia conductual grupal					
Toledo et al.[26]	Sesiones de terapia conductual grupal	n = 44, adultos	22 semanas	-0.32, NS	NS: Depresión -0.33 Ansiedad 0.15
Otros tratamientos psicoterapéuticos: autoobservación del tironeo del cabello y adopción de medidas para disminuirlo a través de Stoppulling.com					
Rogers et al.[27]	Sesiones de terapia por internet	n = 54, adultos	10 semanas	-0.14, NS	NE

Cuadro 2. Estrategias no farmacológicas en el tratamiento de la tricotilomanía

Autor (ID)	Intervención	Población (adultos, pediátrica, mixto)	Duración de la intervención	Diferencia de medias estandarizada para síntomas de la tricotilomanía	Diferencia de medias estandarizada para otros síntomas psicopatológicos
Dispositivos que monitorean el movimiento y avisan al paciente del contacto mano-cabeza					
Nina Domínguez et al.[3]	a. Dispositivo de detección automática de emociones y movimientos + HRT. b. Dispositivo HabitAware® 12-8 horas/día	a. N = 19, adultos b. N = 15, adultos	a. 9 sesiones de HRT b. 4 semanas	a. 13 de 19 pacientes "mejoraron mucho". b. Escala de Likert, aumentar conciencia sobre conducta de tiro del cabello m = 4.40, y reducir ese impulso m = 4.30	NE
Dispositivos que simulan la sensación de arrancamiento del cabello					
Nina Domínguez et al.[3]	Minoxidil espuma + Microneedling mediante dermaroller de 0.5 mm. Usar siempre que apareciera el impulso	3, adultos	12 meses	Mejoría clínica confirmada con tricoscopia	NE

* Calculado con IC95%CI y $p < 0.0001$.
RTI: terapia de inhibición de respuestas; NE: no especifica; NS: no significativo.

Cuadro 3. Fármacos indicados en el tratamiento de la tricotilomanía y su eficacia reportada (continúa en la siguiente página)

Autor (ID)	Intervención	Población (adultos, pediátrico, mixto)	Duración de la intervención	Diferencia de medias estandarizada* para síntomas de tricotilomanía	Diferencia de medias estandarizada para otros síntomas psicopatológicos
Farmacoterapia: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina					
a. Dougherty et al.[28] b. Van Minnen et al.[29] c. Streichenwein S. M et al.[30] d. Christenson, G. A et al.[31]	Fluoxetina 60-80 mg/día VO y sertralina 200 mg/día VO	4 estudios, promedio n = 22 pacientes/ estudio. Adultos	10 semanas	0.14, NS	NS: Depresión, -0.15
Rothbart R et al.[11]	Citalopral, no se especifica la dosis	n = 14, adultos	12 semanas	Mejoría: escalas YBOCS (t = 4.1) y NIMH-OCS (t = 3.5)	NE
Farmacoterapia: clomipramina					
a. Ninan et al.[21] b. Swedo et al.[32]	Clomipramina 250 mg/día VO	2 estudios, a. n = 11 adultos; b. n = 13 mixto	a. 9; b. 5 semanas	-0.71, significativo	NS: Depresión, -0.58

https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v69i6.10838

Cuadro 3. Fármacos indicados en el tratamiento de la tricotilomanía y su eficacia reportada

Autor (ID)	Intervención	Población (adultos, pediátrico, mixto)	Duración de la intervención	Diferencia de medias estandarizada* para síntomas de tricotilomanía	Diferencia de medias estandarizada para otros síntomas psicopatológicos
Farmacoterapia: N-acetilcisteína, regulador del glutamato					
a. Grant, J. E et al.[33] b. Bloch et al.[34]	N-acetilcisteína 2400 mg/día VO	2 estudios, a. n = 50 adultos; b. n = 39 pediátrico	12 semanas	-0.75, significativo. Observación: no hubo mejoría en el grupo pediátrico	NS: Depresión 0.02 Ansiedad -0.18
Farmacoterapia: antipsicóticos					
Van Ameringen et al.[35]	Olanzapina 20 mg/día VO	n = 25, adultos	12 semanas	-0.94, significativo	NE
Rothbart R et al.[11]	Aripiprazol 7.5-15 mg/día VO	n = 12, adultos	8 semanas	Mejoría: escala MGH-HPS y CGI, ambas con $p \leq 0.01$	NE
Farmacoterapia: naltrexona					
Grant, J. E et al.[36]	Naltrexona 150 mg/día VO	n = 51, adultos	8 semanas	-0.20, NS	NS: Depresión 0.18 Ansiedad 0.37
Farmacoterapia: cardo mariano					
Grant, J. E et al.[37]	Cardo mariano 600 mg/día VO	n = 16, adultos	6 semanas	-0.29, NS	NS: Depresión 0.18 Ansiedad -0.11
Farmacoterapia: memantina					
Nina Domínguez L et al.[3]	Memantina 10-20 mg/día VO	n = 100, adultos	8 semanas	Escala tricotilomanía-NIMH, 60.5% "mejoraron mucho"	NE
Farmacoterapia: dronabinol					
Nina Domínguez L et al.[3]	a. Dronabinol 2.2-15 mg/día VO b. Dronabinol 5-15 mg/día VO	a. n = 12, adultos. b. n = 50, adultos	a. NE B. NE	a. 75% de reducción en tirado del cabello. b. NS	NE
Farmacoterapia: inhibidores de la monoaminooxidasa					
Nina Domínguez L et al.[3]	Fenelzina, tranilcipromina	n = 5, adultos	NE	3 pacientes mostraron mejoría	Observación: considerar en casos resistentes a las alternativas de primera línea

* Calculado con IC95% y $p < 0.0001$.
YBOCS: Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown; NIMH-OCS: Escala Obsesivo-Compulsiva del Instituto Nacional de Salud Mental; MGH-HPS: Escala de Tricotilomanía del Hospital General de Massachusetts; CGI: Impresión Clínica Global; NIMH: Instituto Nacional de Salud Mental; NS: no significativo; NE: no especifica.

la N-acetilcisteína (7.07), la olanzapina (4.70) y la clomipramina (3.48). Por lo tanto, la terapia cognitivo-conductual continúa siendo la primera línea de tratamiento, especialmente en su variante de inversión de hábitos. Destaca que la administración de fármacos se recomienda como complemento, particularmente en pacientes con comorbilidades psiquiátricas: trastornos depresivos, de personalidad limítrofe o de ansiedad generalizada.

CASO CLÍNICO ILUSTRATIVO

Paciente femenina de 30 años, quien acudió a la consulta de dermatología por una dermatosis localizada en la piel cabelluda de cuatro años de evolución. Ésta se manifestó como una placa pseudoalopécica difusa que afectó en grados variables y asimétricos la totalidad de la piel cabelluda; se evidenciaron pelos cortados y rotos de diferentes longitudes. Se observó un estrecho perímetro periférico de preservación pilosa en los márgenes externos de las regiones frontal, temporal y occipital, que daba un aspecto semejante a la tonsura de fraile. **Figura 1A-E**

Asimismo, se evidenciaron algunas pápulas eritematosas excoriadas con costras hemáticas. **Figura 1C y F**

Como síntoma acompañante, la paciente refirió prurito intenso en las zonas afectadas, lo que generaba una sensación incontrolable de manipular el cabello.

La paciente se automedicó con minoxidil en loción capilar al 5%, con lo que refirió una mejoría considerable; sin embargo, indicó que el cuadro reaparecía de forma recurrente. Durante la evaluación de introspección, manifestó que atribuía su padecimiento a una causa externa no identificada. Entre sus antecedentes personales destacó dolor crónico por fractura de coxis ya curado e hipertensión arterial controlada con valsartán a dosis de 160 mg al día vía oral.

En la evaluación inicial se hizo la prueba de tracción en cinco zonas distintas a la piel cabelluda, que resultó negativa en todas; durante esta maniobra se detectó una textura áspera de todo el cabello. La dermatoscopia evidenció pelos en signos de exclamación, pelos quebrados de distintas longitudes, angulados, concéntricos, en flama, en V, enroscados, en gancho y ramificados, así como zonas de hemorragia peripilar, puntos negros y polvo capilar (**Figuras 2 y 3**) sin hallazgos sugerentes de inflamación ni escamas. Con base en estos hallazgos clínicos y tricoscópicos se estableció el diagnóstico de tricotilomanía.

CONCLUSIONES

La tricotilomanía es un trastorno subdiagnosticado, con prevalencia estimada del 0.6 al 2.2% en la población general; es más frecuente en mujeres jóvenes. Si bien no existe un consenso terapéutico único, la terapia cognitivo-conductual de inversión de hábitos continúa siendo el tratamiento de primera línea. La tricoscopia se ha consolidado como un método diagnóstico no invasivo de alto valor, que permite diferenciar con precisión la tricotilomanía de otras causas de alopecia, por lo que se recomienda su integración sistemática en la práctica clínica para favorecer un diagnóstico oportuno.

A partir de esta revisión narrativa, se delineó un perfil semiológico característico de la tricotilomanía. Los hallazgos tricoscópicos más frecuentes, estimados mediante media ponderada según el tamaño muestral, fueron: cabellos rotos a diferentes niveles (99.7%), tricoptilosis (61.2%), puntos negros (58%) y signo en V (52.8%). Desde un enfoque diagnóstico, el índice de Youden permitió identificar los signos con mayor utilidad clínica: cabellos rotos (J = 0.622), tricoptilosis (J = 0.480), signo en V (J = 0.479), pelos en gancho (J = 0.435) y pelos en tulipán (J = 0.373).

https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v69i6.10838

Figura 1. **A.** Vista lateral izquierda. **B.** Vista lateral derecha. **C.** Vista frontal. **D.** Vista posterior. Se observan zonas de pseudoalopecia de formas irregulares, con mayor afectación en las regiones parietales y del vértice. No hay afectación en las cejas y pestañas. Además, se aprecia un delgado borde de cabello que rodea la cabeza en las regiones frontal, temporal y occipital, lo que genera un patrón que semeja la tonsura de un fraile. **C y F.** Acercamiento de la región parieto-occipital. Se evidencian múltiples pelos quebrados de diferentes longitudes. Se aprecian con mayor claridad las zonas pseudoalopécicas, de forma irregular y asimétrica. Además, se observan algunas pápulas eritematosas con signos de excoriación y costra hemática.

Esta revisión busca proporcionar un enfoque práctico y actualizado para el diagnóstico y tratamiento de la tricotilomanía, promoviendo intervenciones tempranas, individualizadas y basadas en evidencia, con el objetivo de prevenir secuelas capilares irreversibles y mitigar el efecto psicosocial de este padecimiento condición.

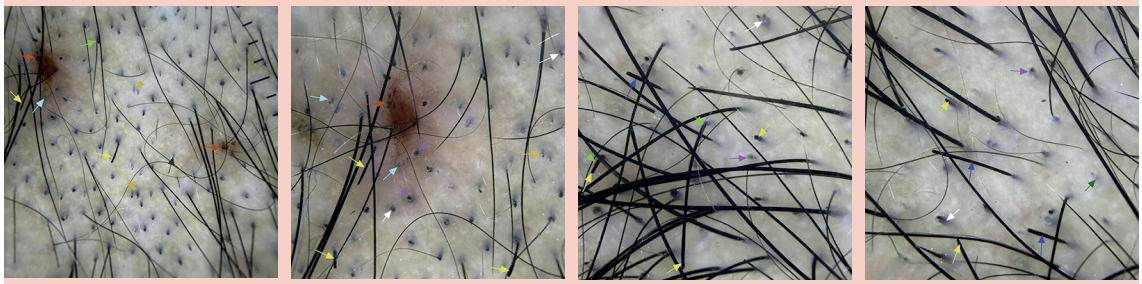

Figura 2. Dermatoscopia de la piel cabelluda tomada con DermLite® DL200. Se observan: pelos en signo de exclamación (flechas azules), pelos quebrados de distintas longitudes (flechas amarillas), angulados (flechas verdes claras), zonas de hemorragia peripilar (flechas rojas), pelos concéntricos (flechas fucsias), en flama (flechas anaranjadas), puntos negros (flecha verde oscura), pelos en V (flechas blancas) y polvo capilar (flechas celestes).

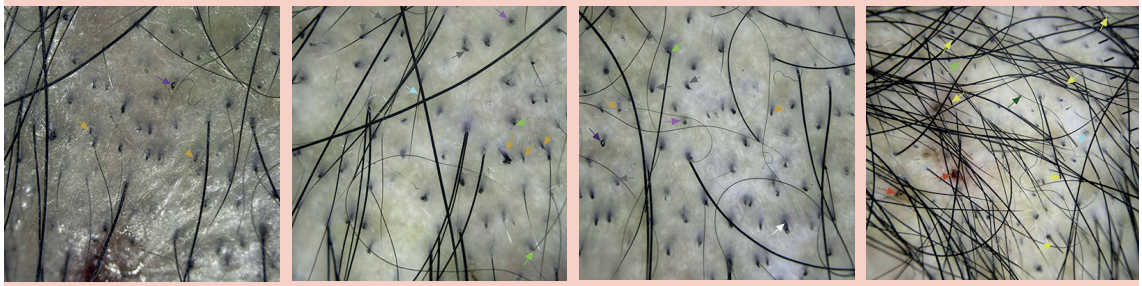

Figura 3. Dermatoscopia de la piel cabelluda tomada con DermLite® DL200. Se observan: pelos quebrados de distintas longitudes (flechas amarillas), pelos angulados (flechas verdes claras), zonas de hemorragia peripilar (flechas rojas), pelos concéntricos (flechas fucsias), en flama (flechas anaranjadas), en V (flecha blanca), enroscados y en gancho (flechas moradas), ramificados (flechas celestes), puntos negros (flecha verde oscura) y polvo capilar (flechas grises).

REFERENCIAS

1. Blanco GV, Batista KA. Tricotilomanía asociada con trastorno de ansiedad generalizada. Dermatol Rev Mex 2024; 68 (3): 384-7. https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68i3.9783
2. Pérez-Elizondo AD, Pineda-Pineda JA, Arellano-Flores J. Tricotilomanía: investigando una patología desapercibida. Rev Argent Dermatol 2012; 93 (2): 21-32.
3. Nina Domínguez L, Imbernón-Moya A, Saceda-Corralo D, Vano-Galván S. Actualización en el tratamiento de la tricotilomanía. Actas Dermosifiliogr 2025; 116: 152-8. https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.05.003
4. Christensen RE, Tan I, Jafferany M. Recent advances in trichotillomania: a narrative review. Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat 2023; 32: 151-7. https://doi.org/10.15570/actaapa.2023.28
5. Elmas ÖF, Metin MS. Trichoscopic findings of trichotillomania: new observations. Postepy Dermatol Alergol 2020; 37: 340-5. https://doi.org/10.5114/ada.2020.96295
6. Martín JM, Montesinos E, Cordero P, et al. Trichoscopy features of trichotillomania. Pediatr Dermatol 2019; 36: 265-7. https://doi.org/10.1111/pde.13756
7. Rakowska A, Slowinska M, Olszewska M, et al. New trichoscopy findings in trichotillomania: flame hairs, V-sign, hook

https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v69i6.10838

hairs, hair powder, tulip hairs. Acta Derm Venereol 2014; 94: 303-6. https://doi.org/10.2340/00015555-1674

8. Kaczorowska A, Rudnicka L, Stefanato CM, et al. Diagnostic accuracy of trichoscopy in trichotillomania: A systematic review. Acta Derm Venereol 2021; 101: adv00565. https://doi.org/10.2340/00015555-3859
9. Ankad BS, Naidu MV, Beergouder SL, et al. Trichoscopy in trichotillomania: a useful diagnostic tool. Int J Trichology 2014; 6: 160-3. https://doi.org/10.4103/0974-7753.142856
10. Farhat LC, Olfson E, Nasir M, et al. Pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania: An updated systematic review with meta-analysis. Depress Anxiety 2020; 37: 715-27. https://doi.org/10.1002/da.23028
11. Rothbart R, Stein DJ. Pharmacotherapy of trichotillomania (hair pulling disorder): an updated systematic review. Expert Opin Pharmacother 2014: 1-11. https://doi.org/10.1517/14656566.2014.972936
12. Görgülü SA. Trichotillomania treatment based on trauma: Case report. Arch Clin Med Case Rep 2020; 04. https://doi.org/10.26502/acmcr.96550181
13. Shareh, H. A preliminary investigation of metacognitive therapy and habit reversal as a treatment for trichotillomania. Behav Cogn Psychother 2018; 46 (1): 1-20. https://doi.org/10.1017/S1352465817000546
14. Lee EB, Haeger JA, Levin ME, et al. Telepsychotherapy for trichotillomania: A randomized controlled trial of ACT enhanced behavior therapy. J Obsessive Compuls Relat Disord 2018; 18: 106-115. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2018.04.003
15. Rahman O, McGuire J, Storch EA, et al. Preliminary randomized controlled trial of habit reversal training for treatment of hair pulling in youth. J Child Adolesc Psychopharmacol 2017; 27 (2): 132-139. https://doi.org/10.1089/cap.2016.0085
16. Keuthen NJ, Rothbaum BO, Fama J, et al. DBT-enhanced cognitive-behavioral treatment for trichotillomania: A randomized controlled trial. J Behav Addict 2012; 1 (3): 106-114. https://doi.org/10.1556/jba.1.2012.003
17. Franklin ME, Zagrabbe K, Benavides KL. Trichotillomania and its treatment: A review and recommendations. Expert Rev Neurother 2011; 11 (8): 1165-1174. https://doi.org/10.1586/ern.11.93
18. Woods DW, Flessner CA, Franklin ME, et al. The Trichotillomania Impact Project (TIP): Exploring phenomenology, functional impairment, and treatment utilization. J Clin Psychiatry 2006; 67 (12): 1877-1888. https://doi.org/10.4088/jcp.v67n1207
19. Diefenbach GJ, Tolin DF, Hannan S, et al. Group treatment for trichotillomania: Behavior therapy versus supportive therapy. Behav Ther 2006; 37 (4): 353-363. https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.01.006
20. Van Minnen A, Hoogduin KA, Keijsers GP, et al. Treatment of trichotillomania with behavioral therapy or fluoxetine: A randomized, waiting-list controlled study. Arch Gen Psychiatry 2003; 60 (5): 517-522. https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.5.517
21. Ninan PT, Rothbaum BO, Marsteller FA, et al. A placebo-controlled trial of cognitive-behavioral therapy and clomipramine in trichotillomania. J Clin Psychiatry 2000; 61 (1), 47-50. https://doi.org/10.4088/jcp.v61n0111
22. Lee EB, Homan KJ, Morrison KL, et al. Acceptance and commitment therapy for trichotillomania: A randomized controlled trial of adults and adolescents. Behav Modif 2020; 44 (1): 70-91. https://doi.org/10.1177/0145445518794366
23. Maas J, Keijsers GPJ, Rinck M, et al. Does cognitive bias modification prior to standard brief cognitive behavior therapy reduce relapse rates in hair pulling disorder? A double-blind randomized controlled trial. J Soc Clin Psychol 2018; 37 (6): 453-479. https://doi.org/10.1521/jscp.2018.37.6.453
24. Lee HJ, Espil FM, Bauer CC, et al. Computerized response inhibition training for children with trichotillomania. Psychiatry Res 2018; 262: 20-27. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.070
25. Weidt S, Klaghofer R, Kuenburg A, et al. Internet-based self-help for trichotillomania: A randomized controlled study comparing decoupling and progressive muscle relaxation. Psychother Psychosom 2015; 84 (6): 359-367. https://doi.org/10.1159/000431290
26. Toledo EL, De Togni Muniz E, Brito AM, et al. Group treatment for trichotillomania: Cognitive-behavioral therapy versus supportive therapy. J Clin Psychiatry 2015; 76 (4): 447-455. https://doi.org/10.4088/JCP.13m08964
27. Rogers K, Banis M, Falkenstein MJ, et al. Stepped care in the treatment of trichotillomania. J Consult Clin Psychol 2014; 82 (2): 361-367. https://doi.org/10.1037/a0035744
28. Dougherty DD, Loh R, Jenike MA, et al. Single modality versus dual modality treatment for trichotillomania: Sertraline, behavioral therapy, or both? J Clin Psychiatry 2006; 67 (7): 1086-1092. https://doi.org/10.4088/jcp.v67n0711
29. Van Minnen A, Hoogduin KA, Keijsers GP, et al. Treatment of trichotillomania with behavioral therapy or fluoxetine: A randomized, waiting-list controlled study. Arch Gen Psychiatry 2003; 60 (5): 517-522. https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.5.517
30. Streichenwein SM, Thornby JI. A long-term, double-blind, placebo-controlled crossover trial of the efficacy of fluoxetine for trichotillomania. Am J Psychiatry 1995; 152 (8): 1192-1196. https://doi.org/10.1176/ajp.152.8.1192
31. Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE, et al. A placebo-controlled, double-blind crossover study of fluoxetine in trichotillomania. Am J Psychiatry 1991; 148 (11): 1566-1571. https://doi.org/10.1176/ajp.148.11.1566

32. Swedo SE, Leonard HL, Rapoport JL, et al. A double-blind comparison of clomipramine and desipramine in the treatment of trichotillomania (hair pulling). N Engl J Med 1989; 321 (8): 497-501. https://doi.org/10.1056/nejm198908243210803

33. 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): 756-763. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.60

34. Bloch MH, Panza KE, Grant JE, et al. 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): 231-240. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.12.020

35. Van Ameringen M, Mancini C, Patterson B, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine in the treatment of trichotillomania. J Clin Psychiatry 2010; 71 (10): 1336-1343. https://doi.org/10.4088/JCP.09m05114gre

36. Grant JE, Odlaug BL, Schreiber LR, et al. W. The opiate antagonist, naltrexone, in the treatment of trichotillomania: Results of a double-blind, placebo-controlled study. J Clin Psychopharmacol 2014; 34 (1): 134-138. https://doi.org/10.1097/jcp.0000000000000037

37. Grant JE, Redden SA, Chamberlain SR. Milk thistle treatment for children and adults with trichotillomania: A double-blind, placebo-controlled, crossover negative study. J Clin Psychopharmacol 2019; 39 (2): 129-134. https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000001005

EVALUACIÓN

1. ¿En qué trastornos del DSM-5 está la tricotilomanía?
   a) relacionados con trauma y factores de estrés
   b) obsesivo-compulsivos
   c) de síntomas somáticos
   d) destructivos del control de los impulsos y de la conducta
   e) neurocognitivos

2. ¿Cuál de las siguientes enfermedades psiquiátricas coexiste con frecuencia con la tricotilomanía?
   a) esquizofrenia
   b) depresión
   c) trastorno bipolar
   d) trastornos de la personalidad
   e) trastornos parafílicos

3. ¿Cuál es una complicación poco común y potencialmente fatal de la tricotilomanía que es frecuente en pacientes pediátricos?
   a) tricofagia
   b) impétigo secundario
   c) alopecia cicatricial
   d) ideación suicida
   e) tricobezoar

4. ¿Cuál es un signo clínico característico de la tricotilomanía en los casos difusos?
   a) excoriaciones traumáticas
   b) prueba de tracción positiva
   c) foliculitis
   d) tonsura de fraile
   e) celulitis de la piel cabelluda

5. ¿Cuál es un hallazgo histológico altamente sugerente de tricotilomanía?
   a) glándulas sebáceas conservadas
   b) tricomalacia
   c) relación folículo terminal/velloso < 4:1
   d) infiltrado linfocítico peribulbar
   e) destrucción del epitelio folicular

https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v69i6.10838

6. ¿Cuál es la psicoterapia que según la evidencia científica ha demostrado mayor efectividad en el tratamiento de la tricotilomanía?
   a) terapia cognitivo conductual con entrenamiento en inversión del hábito
   b) terapia de aceptación y compromiso
   c) terapia de aproximación-evitación
   d) terapia de inhibición de respuestas
   e) terapia conductual grupal

7. ¿Cuál es el hallazgo más prevalente en la tricoscopia en pacientes con tricotilomanía?
   a) cabellos rotos a diferentes niveles
   b) puntos negros
   c) puntos amarillos
   d) pelos en signo de exclamación
   e) pelos en signo de interrogación

8. ¿Cuál es el fármaco que según la evidencia científica ha demostrado mayor efectividad en el tratamiento de la tricotilomanía?
   a) N-acetilcisteína
   b) sertralina
   c) olanzapina
   d) naltrexona
   e) memantina

9. ¿Cuál es el hallazgo con mayor especificidad en la tricoscopia en pacientes con tricotilomanía?
   a) polvo capilar
   b) hemorragias peripilares
   c) pelos en tulipán
   d) pelos en gancho
   e) pelos angulados

10. Según el índice de Youden presentado, ¿cuál es el hallazgo tricoscópico con mayor valor diagnóstico en la tricotilomanía?
    a) tricoptilosis
    b) signo en V
    c) constricciones de Pohl-Pinkus
    d) cabellos rotos
    e) pelos blancos

El Consejo Mexicano de Dermatología, A.C. otorgará dos puntos con validez para la recertificación a quienes envíen correctamente contestadas las evaluaciones que aparecen en cada número de *Dermatología Revista Mexicana*. El lector deberá enviar todas las evaluaciones de 2025 a la siguiente dirección electrónica: **articulos@nietoeditores.com.mx**
Cada evaluación debe ser personalizada y única.
Fecha límite de recepción de evaluaciones: 15 de enero de 2026