

BELOTERO®

Placa alopécica en piel cabelluda

Alopecic plaque in scalp

Julio Jasso-Olivares¹
Judith Domínguez-Cherit²

¹ Residente de tercer año de Dermatología.

² Jefa del Servicio de Dermatología.
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
Salvador Zubirán.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 19 años de edad, con una dermatosis de dos años de evolución localizada en la cabeza, que afectaba la piel cabelluda en la región frontopariteal bilateral, caracterizada por una placa pseudoalopécica mal definida de aproximadamente 20 cm en su diámetro mayor, además de manchas hipopigmentadas, erosiones y costras sanguíneas (Figura 1). La prueba de tracción fue negativa y la placa era asintomática (Figura 1). La tricoscopia se observa en la Figura 2.

La paciente padecía lupus eritematoso sistémico con episodios previos de actividad renal, articular y mucocutánea en tratamiento con prednisona, hidroxicloroquina y azatioprina.

Por lo anterior, se realizó un examen directo que fue negativo y biopsia con sacabocado para corte tangencial y longitudinal que se muestra en las Figuras 3 y 4.

Con estos datos clínicos ¿cuál es su diagnóstico?

Recibido: 22 de mayo 2015

Aceptado: 24 de julio 2015

Correspondencia: Dra. Judith Domínguez Cherit
Av. Vasco de Quiroga 15
14080 México, DF
dominguez.judith@gmail.com

Este artículo debe citarse como
Jasso-Olivares J, Domínguez-Cherit J. Placa alopécica en piel cabelluda. Dermatol Rev Mex 2015;59:473-477.

Diagnóstico: tricotilomanía.

DISCUSIÓN

Originalmente descrita en 1889 por Hallopeau, la tricotilomanía es una forma de alopecia por tracción, resultado del hábito repetitivo de jalar el cabello; desde el punto de vista de la psiquiatría, el término abarca un síndrome patológico catalogado en el espectro de los trastornos del control de impulsos.^{1,2} De acuerdo con el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4ª edición (DSMIV-TR), los criterios diagnósticos de tricotilomanía son: 1) la acción recurrente de arrancar el propio cabello, teniendo como resultado la existencia notoria de placas alopécicas, 2) aumento del sentido de tensión inmediatamente después de jalar y desprender el cabello o cuando se intenta resistir al impulso, 3) placer, gratificación y alivio cuando se desprende el cabello, 4) este trastorno no puede explicarse mejor o atribuirse a otro trastorno mental, 5) alteración significativa social, ocupacional o en otra área funcional.² En la quinta edición del manual, los criterios de sensación de tensión justo previo a jalar el cabello y la sensación de placer o gratificación ya no se toman en cuenta para hacer el diagnóstico y se añadió como criterio adicional los intentos repetidos para disminuir o detener la acción de arrancar el cabello,³ facilitando el diagnóstico de la enfermedad.

Desde el punto de vista dermatológico, la tricotilomanía es una alopecia adquirida autoinducida y recurrente con o sin sensación de tensión previa y alivio posterior, en la que la mayoría de los pacientes no cumple los criterios diagnósticos del DSMIV. Se caracteriza por pelos rotos de diferente tamaño localizados a distancia de la emergencia folicular.¹

Es más frecuente en escolares, en mujeres (70-93%), y tiene prevalencia de 0.6 a 4%. La tricotilomanía en el adulto tiene un curso crónico

en el que la mayor parte de las veces hay problemas psiquiátricos subyacentes, como trastornos de la personalidad, trastorno dismorfofóbico, relaciones disfuncionales y psicosis.⁴ Además, se ha asociado con alopecia areata, tricofagia, tricobezoar y onicofagia;¹⁻⁴ por este motivo, es importante descartar otras causas de alopecias no cicatriciales al sospechar el diagnóstico. Recientemente se reportó que estos pacientes tienen un patrón vespertino de jalar el cabello con promedio 11 a 30 cabellos por día.⁴

En términos clínicos, los pacientes tienen placas pseudoalopécicas difusas e irregulares. Éstas se localizan característicamente en el vértice, dando la apariencia de “cabeza de monje”, aunque pueden verse en cualquier parte de la piel cabelluda. Otros sitios pilosos pueden ser afectados, como son las cejas, pestañas, barba, bigote, vello púbico nasal o axilar.^{1,5} La maniobra de tracción es negativa y puede haber erosiones y costras, como se observa en la Figura 1, que además evidencia pelos cortados a diferentes niveles.



Figura 1. Placa pseudoalopécica con manchas hipopigmentadas, erosiones y costras.

En la tricoscopia característicamente se aprecian pelos rotos o fracturados a diferente nivel con densidad disminuida, variabilidad acentuada, en su porción distal pueden tener forma de tulipán, estar enrollados en forma de garfio, cola de cochino o con tricoptilosis. También se han reportado figuras en flama (residuos de cabello semitransparentes) y puntos negros (también llamados cadaverizados).^{5,6} En este caso es posible apreciar pelos recortados a diferente nivel, puntos negros y folículos vacíos; todos estos criterios apoyan el diagnóstico de tricotilomanía (Figura 2).

Al tricograma, la mayor parte de los cabellos se encuentran en anágeno. En el estudio histopatológico se pueden encontrar: cilindros pigmentados (61%), folículos traumatizados (21%), tricomalacia (folículos incompletos con alteraciones en el grosor de su pared), folículos vacíos, infiltrado inflamatorio mixto leve, hemorragia y tractos fibrosos. Hay aumento en el número de pelos en catágeno (hallazgo más frecuente, 74%), telógeno o ambos.^{1,5}

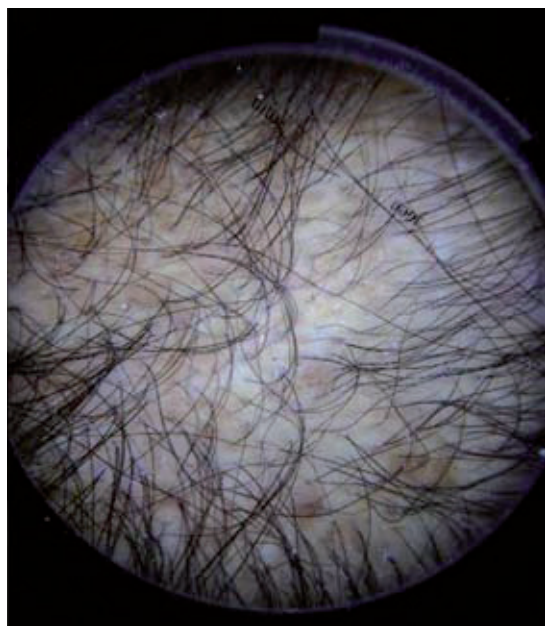


Figura 2. Tricoscopia.

En el estudio histológico de nuestra paciente, el corte vertical mostró disminución del número de folículos pilosos (Figura 3), fibrosis perifolicular y tricomalacia (Figura 4), así como dilatación folicular. En el corte horizontal había mayor proporción de folículos en catágeno y cilindros de pigmento (Figura 5), reducción en el número de folículos pilosos, fibrosis circundante y zonas con tricomalacia. Hay pelos en catágeno y cilindros de pigmento que pueden observarse en aumento en la Figura 6.

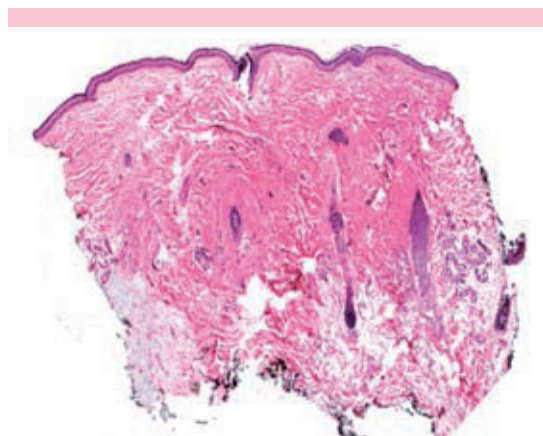


Figura 3. Corte vertical de piel cabelluda. Tinción: hematoxilina y eosina (4x).

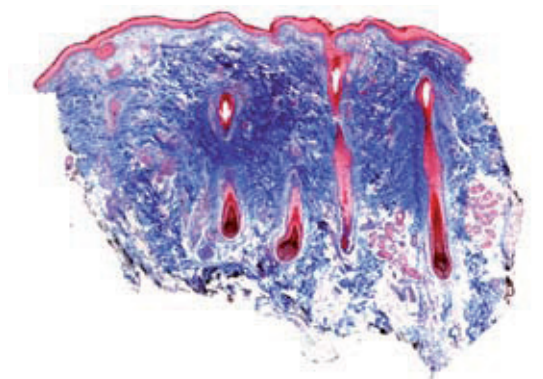


Figura 4. Corte vertical, piel cabelluda. Tinción: Fontana-Masson (4x). Aperturas foliculares.

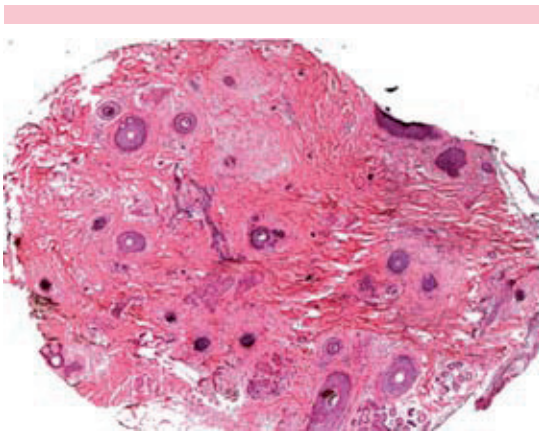


Figura 5. Corte horizontal, piel cabelluda. Tinción: hematoxilina y eosina (20x).

Hay pocos estudios controlados con distribución al azar que aporten evidencia concluyente para el tratamiento de la enfermedad.⁷ En la actualidad, y sobre todo en el adulto (grupo

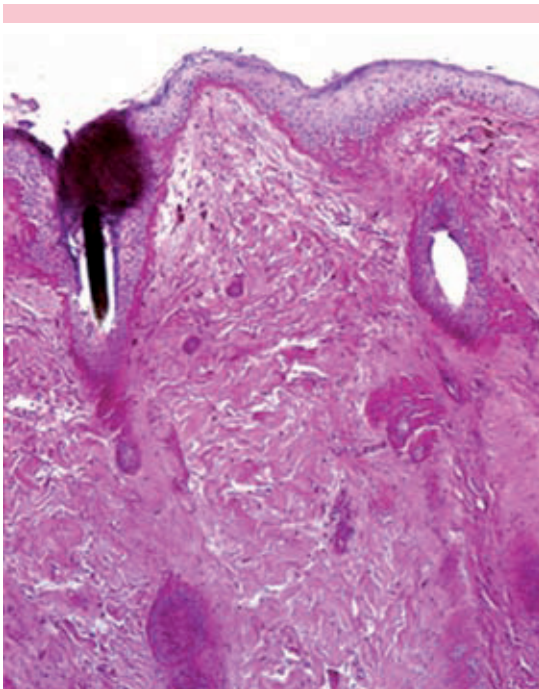


Figura 6. Acercamiento donde se aprecia en corte vertical cilindro de pigmento, folículos dilatados y en catágeno (HyE).

con peor pronóstico que llega a tener hasta 60% de recaídas), el tratamiento es multidisciplinario con terapia de conducta en conjunto con antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la recaptura de la serotonina, antipsicóticos de segunda generación y acetilcisteína; de manera interesante se ha demostrado que la acetilcisteína actúa en la vía del glutamato en las células gliales incrementando su disponibilidad al aumentar las concentraciones de cistina, vía que recientemente se vislumbró en la patogenia del trastorno obsesivo compulsivo, con dosis de 1,200 a 2,400 mg/día.⁸

COMENTARIO

Como en la mayor parte de las enfermedades del pelo, es necesario realizar una correlación clínica-tricoscópica-patológica para llegar al diagnóstico definitivo.

Los puntos clave para el diagnóstico de tricotilomanía son:

Clínica: placa pseudoalopécica difusa o irregular, pelos cortados a diferentes niveles y costras hemáticas o sangrado.

Tricoscopia: pelos recortados a diferente nivel, folículos vacíos y pelos distróficos: tricoptilosis o pelos rotos en la parte distal (tulipán), enrollados (garfio y cola de cochino). También se pueden ver residuos de pelo transparentes (figuras en flama) y puntos negros (cadaverizados).

Histopatología: folículos en catágeno, cilindros de pigmento y dilataciones foliculares.

Nuestra paciente fue tratada interdisciplinariamente por dermatología y psiquiatría con inhibidores de la recaptura de la serotonina (fluoxetina). La psicoterapia ayudó a identificar que el detonante de la tricotilomanía fue el conjunto del diagnóstico de lupus eritematoso

sistémico, las hospitalizaciones recurrentes y el estrés por los gastos asociados, así como la ansiedad provocada por la madre. La tricotilomanía se asocia con onicofagia. La identificación de tricotilomanía tiene importancia porque en el adulto tal síntoma clínico puede tener un contexto profundo en el que el dermatólogo juega un papel clave en la detección del caso.

REFERENCIAS

1. Tosti A, Piraccini BM. Tricologia ambulatoriale; malattie dei capelli e del cuoio capelluto. Springer, 2014.
2. Harth W, Blume-Peytavi U. Psychotrichology: psychosomatic aspects of hair diseases. J Dtsch Dermatol Ges 2012;11:125-135.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth ed., Washington.
4. Tung ES, Tung MG, Altenburger EM, Pauls DL, Keuthen NJ. The relationship between hair pulling style and quality of life. Ann Clin Psychiatry 2014;26:193-198.
5. Rudnicka L, Olszewska M, Rawoska A. Atlas of Tricoscopy. Dermoscopy in hair and scalp disease. Springer, 2012.
6. Tosti A. Dermoscopy of hair and scalp disorders with clinical and pathological correlations. 1st ed. Informa Healthcare, 2007.
7. Rothbart R, Amos T, Siegfried N, et al. Pharmacotherapy for trichotillomania. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013;11.CD00762. DOI:10.1002/14651858.CD007662.pub.2
8. 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;66:756-763.