

Tricotilomanía: reporte de 3 casos

Trichotillomania: report of 3 cases

**Reynaldo A. Pomar-Morante¹, Gladys I. Vidarte-Orrego²,
Carlos R. Quevedo-Carrillo¹, César A. Chian-García³**

RESUMEN

La tricotilomanía, es un desorden crónico caracterizado por el arrancamiento repetido del pelo, casi siempre el cuero cabelludo, englobado dentro del espectro de los trastornos obsesivos compulsivos. Afecta preferentemente a niños y adolescentes, y con mayor frecuencia a las mujeres; se asocia a desórdenes psicológicos y/o trastornos psiquiátricos, por lo que el tratamiento así como el pronóstico dependen de ello. Por ser la pérdida perceptible del pelo el signo predominante, los dermatólogos suelen ser los primeros en evaluar a estos pacientes. A continuación presentamos los casos de 3 pacientes que acudieron a nuestro Servicio, haciendo una breve revisión de la literatura.

PALABRAS CLAVE: Tricotilomanía, obsesivo compulsivo.

Dermatol Peru 2018; 28 (2): 104-111

ABSTRACT

Trichotillomania is a chronic disorder characterized by repetitive hair pulling, usually the scalp, encompassed within the spectrum of obsessive-compulsive disorder. It affects children and adolescents, and more frequently women; is associated with psychological and / or psychiatric disorders, hence the treatment and prognosis depend on it. The perceptible hair loss is the predominant sign, therefore dermatologists are often the first to evaluate these patients. We report 3 patients who came to our Service with a brief review of the literature.

KEY WORDS: Trichotillomania, obsessive-compulsive.

INTRODUCCIÓN

La tricotilomanía o “desorden de arrancarse el pelo” (hair-pulling disorder o HPD), según el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales) IV, era considerada

como un desorden crónico del control del impulso, descrita como una condición caracterizada por la remoción del propio cabello con repetidos arrancamientos acompañada de una sensación previa de creciente tensión y un creciente placer o alivio al jalar el cabello¹. Actualmente, según el DSM V, está clasificada en el grupo de *Trastorno obsesivo - compulsivo y trastornos relacionados*, lo cual implicaría indirectamente una modificación en la concepción de su etimología, mantenimiento e incluso tratamiento.

La tricotilomanía es mucho más común en mujeres, y es considerada como una enfermedad de niños y adolescentes, aunque puede estar presente también en adultos.²⁻⁶

Las causas reales de la tricotilomanía pueden no ser obvias e incluir desde un problema emocional hasta un desorden mental definido.⁷

La mayoría de publicaciones acerca de esta patología recaen sobre psicólogos y psiquiatras, pero en muchas ocasiones las primeras consultas médicas son hechas por dermatólogos, los que deberán diagnosticar y orientar adecuadamente su manejo. Aquí les presentamos 3 casos de pacientes con confirmación histopatológica que acudieron al Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

1. Médico dermatólogo.
2. Médico asistente del Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
3. Médico asistente del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

CASO CLÍNICO 1

Paciente mujer de 41 años de edad, conviviente, sin hijos, desempleada. Refería desde hacía 1 año caída de cabello gradual asociada a escozor local. Al examen clínico presentaba área alopecíca extensa a predominio biparieto-temporal y parte de zona frontal con tendencia a la simetría, que respetaba la zona occipital, observándose cabellos de distintos tamaños en relación al cuero cabelludo. (Figura 1 a y b).

Se realizó biopsia de piel la cual mostró folículos pilosos dilatados con fragmentos de pelos parcialmente destruidos en su interior (flecha roja), (Figura 2 a) con depósitos de pigmento melánico (flecha azul). (Figura 2 b).

La paciente fue derivada al servicio de Psiquiatría donde se le diagnosticó trastorno de ansiedad y se le indicó fluoxetina 20mg/d más sulpiride 100 mg/d.



Figura 1 A y B. Área externa de alopecia.

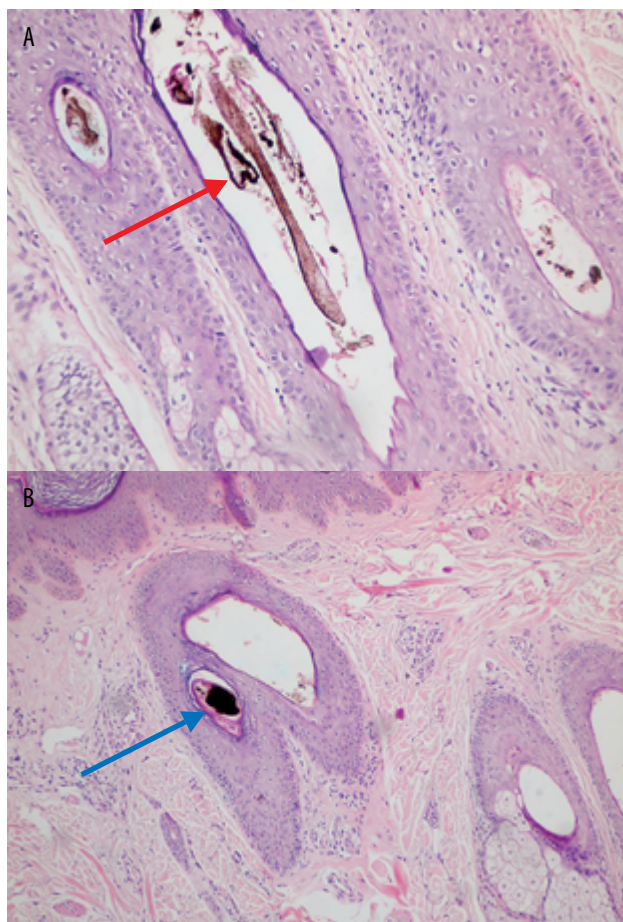


Figura 2 A y B. Imagen histológica caso 1.

CASO CLÍNICO 2

Paciente mujer de 23 años, soltera, refería que desde hacía 4 meses presentaba prurito en cuero cabelludo acompañado de caída de cabello, lo cual no le permitía trabajar. Luego de una separación reciente de sus padres, vivía con su padre, con el cual no se llevaba bien.

Al examen clínico presentaba áreas alopecícas en regiones parieto-temporales, a predominio temporal, con cabellos íntegros y algunos pequeños en su interior, sin excoriaciones ni signos de inflamación. (Figura 3).

La biopsia cutánea mostró adelgazamiento de la vaina folicular y leve fibrosis (flecha roja) y fragmento de pelo con depósitos de pigmento melánico (flecha azul). (Figura 4 a y b).

La paciente fue derivada al servicio de Psiquiatría donde le diagnosticaron episodio depresivo moderado y trastorno de control de impulsos, indicándosele sertralina 50 mg y sulpiride 100 mg/d.



Figura 3. Caso clínico 2.

CASO CLÍNICO 3

Paciente varón de 9 años de edad, con un tiempo de enfermedad de 3 meses, madre refirió que su niño presentaba caída de cabello rápidamente progresiva, no percatándose de ninguna conducta anómala. (Figura 5 a y b).

La biopsia cutánea mostró un folículo piloso atrófico con leve fibrosis folicular y depósitos de pigmento melánico (flecha roja), (Figura 6 a) adyacente a otro folículo dilatado, conteniendo un depósito longitudinal de pigmento melánico (flecha azul). (Figura 6 b).

El paciente fue derivado al servicio de Psiquiatría donde le diagnosticaron trastorno de ansiedad indicándosele terapia cognitivo- conductual y evaluación por el servicio de Psicología.

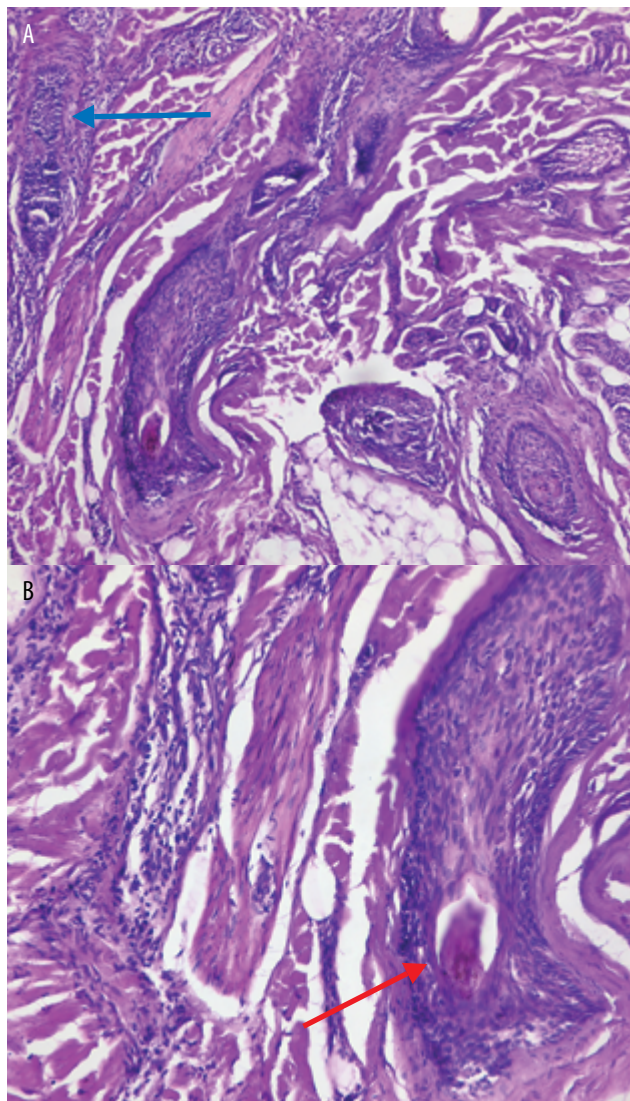


Figura 4 A y B. Imágen histológica caso clínico 2.



Figura 5 A y B. Caso clínico 3.

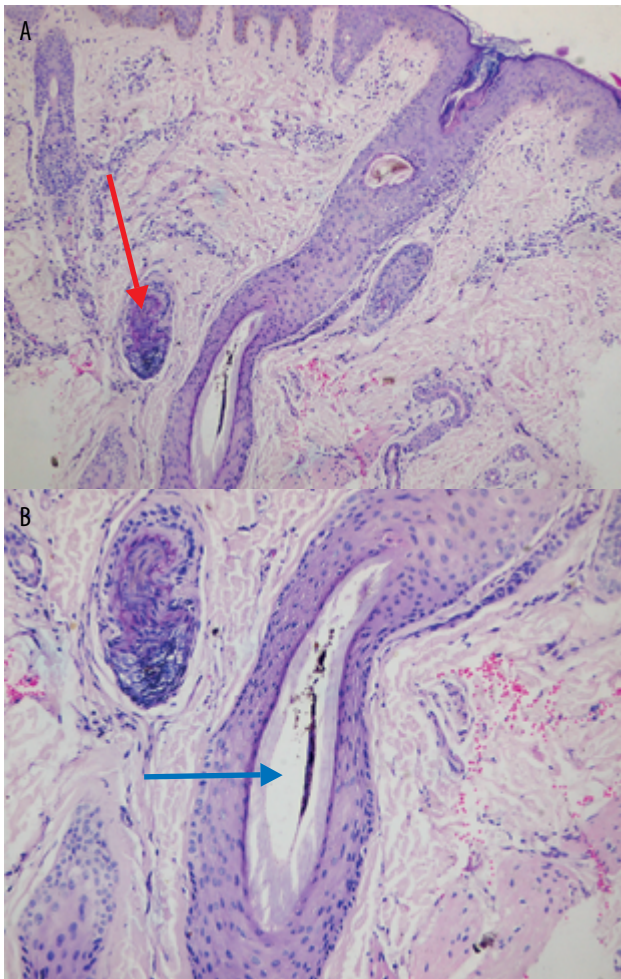


Figura 6 A y B. Imágen histológica caso clínico 3.

DISCUSIÓN

La tricotilomanía se caracteriza por el arrancamiento reiterado del pelo, por el propio paciente, que da lugar a una pérdida perceptible del mismo. En la actualidad se le considera, según el DSM-V, dentro del Espectro Obsesivo Compulsivo. Previamente se le consideraba un trastorno del control de los impulsos y debía cumplir con algunos criterios diagnósticos (tabla 1).

Aunque la epidemiología no es bien conocida, se estima que la tricotilomanía afecta a 2.5 millones de personas en EEUU (Diefenbach, Reitman, & Williamson, 2000), con una incidencia entre el 0,6-1% de la población⁸, En un estudio de población no seleccionada lo padecían entre el 1 por 1.000 y 1 por 200, en menores de 18 años.⁹

Una encuesta realizada a 2524 estudiantes universitarios demostró que la tasa de prevalencia de tricotilomanía fue de 0,6% para mujeres y hombres.¹⁰ Otros estudios de estudiantes universitarios han mostrado tasas de prevalencia

Tabla 1. Criterios DSM - IV para diagnóstico de tricotilomanía.

- Arrancamiento del propio pelo de forma recurrente, que da lugar a una pérdida perceptible del pelo.
- Sensación de tensión creciente inmediatamente antes del arrancamiento del pelo o cuando se intenta resistir la práctica de este comportamiento.
- Bienestar, gratificación o liberación cuando se produce el arrancamiento del pelo.
- La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental y no se debe a una enfermedad médica.
- La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del individuo.

Fuente: American Psychiatric Association

que van del 1,0% al 13,3%¹¹⁻¹⁵. La prevalencia de esta condición puede ser subestimada debido a la vergüenza del paciente y la negación de la conducta.

Las mujeres se ven afectadas hasta 4 veces más que los varones en una proporción de 3,5:1¹⁶. La proporción de niños con tricotilomanía puede ser hasta 7 veces mayor que la encontrada en adultos.¹⁷

Según la edad de presentación del paciente existen peculiaridades de la enfermedad¹⁸:

1. Niños en edad preescolar: Ocurre en niños menores de 5 años que tiran de su pelo sin darse cuenta, constituye un hábito similar a morderse las uñas o chuparse el dedo. Habitualmente tiran de su pelo cuando están solos, particularmente antes de dormirse, lo cual puede comprobarse buscando a la mañana siguiente pelos alrededor de la cama o en la almohada. Afecta a niños y niñas por igual, suele tener un curso benigno y el comienzo asociarse a alguna situación estresante, como el nacimiento de un hermano, rivalidad con algún hermano o compañero de guardería, falta de cariño de los padres o haber padecido algún proceso infeccioso.
2. Preadolescentes y adultos jóvenes: Es la edad de inicio más frecuente, normalmente entre los 9 y los 13 años. Predomina claramente en chicas, según diversas casuísticas entre el 70 y el 93% son del sexo femenino. Tiende a ser un proceso más crónico y se acompaña de recaídas frecuentes.¹⁹
3. Adultos: Puede ser secundario a alteraciones psiquiátricas subyacentes, por lo que tiene peor pronóstico y grandes dificultades terapéuticas.

Diversos autores^{16,17,20} también han dividido la tricotilomanía en 2 subtipos: la forma inconsciente (automática) y la forma consciente (focalizada).

Los niños pertenecerían a la forma inconsciente, ya que difícilmente admitirán que se tiran del pelo, aunque sí aceptan que juegan con él.⁶³

En el grupo consciente, los pacientes pueden tener rituales específicos relacionados con su actividad de tirar del pelo. Puede tratarse de una tracción sobre un tipo específico de pelo (canos, rizados o de textura rara). Los pacientes pueden tener rituales orales asociados con romper los pelos, como masticarlos, chuparlos, frotarlos entre los labios, morder los bulbos o, finalmente, ingerirlos.

En el examen físico, los pacientes tendrán áreas de pérdida de cabello, que van desde el cabello adelgazado hasta el completo denudamiento.

Clínicamente en la tricotilomanía puede afectarse cualquier área pilosa aunque las localizaciones más frecuentes son cuero cabelludo, cejas y pestañas. Las zonas de cuero cabelludo más afectadas son las regiones anteriores y vértex, aunque cuando hay una sola placa de alopecia ésta suele asentar en la región frontoparietal o frontotemporal²¹. Las áreas de pérdida de cabello se encuentran con frecuencia en el lado del cuerpo contralateral a la mano dominante, y las placas de alopecia tienen un aspecto artificial pues son placas lineales o circulares de diversos tamaños que contienen cabellos de distintas longitudes y bordes imprecisos o lineales. Lo habitual es que aparezca una única placa de tamaño variable, aunque a veces la placa puede ocupar la casi totalidad del cuero cabelludo, el cual suele tener una apariencia normal, sin signos de eritema o atrofia; también es frecuente la aparición de lesiones de pseudofoliculitis, debido al traumatismo continuo del cuero cabelludo²². En raras ocasiones presenta un aspecto de alopecia difusa. La forma más distintiva es la tricotilomanía tonsurante²², en la que queda respetada una hilera de cabellos que bordean todo el perímetro del cuero cabelludo.

La tricotilomanía puede asociarse a tricofagia, onicofagia y automutilaciones cutáneas. La complicación más grave e importante, aunque infrecuente, es el tricobezoar²², que se origina cuando se ingiere el pelo arrancado.

La controversia en la tricotilomanía es saber si es un síndrome por sí mismo, una forma de TOC, o un síntoma observado en varios trastornos^{16,22} psiquiátricos.

Los investigadores sugieren que en base a solapamientos fenomenológicos y psicológicos con el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), la tricotilomanía se describe mejor en el Espectro Obsesivo-Compulsivo (EOC)²³. Ciertos comportamientos de la tricotilomanía, como los síntomas motores repetitivos, tienen similitud con entidades del

EOC tales como tics motores repetitivos en el síndrome de Tourette o rituales compulsivos repetitivos en algunos de los síntomas del TOC²⁴. A pesar de que se propone una relación entre el TOC y la tricotilomanía en base a sus similitudes, hay diferencias importantes entre estos dos trastornos. Las compulsiones en el TOC suelen verse favorecidas por pensamientos intrusivos; por otro lado, la tricotilomanía no parece ser accionada por intrusiones cognitivas. El TOC inicia en la adolescencia tardía mientras la tricotilomanía inicia en la adolescencia temprana²⁵. Por lo tanto, el concepto de que la tricotilomanía pertenece al EOC sigue siendo discutible.²⁶

Algunos lo consideran un trastorno psiquiátrico modificado familiar y genéticamente. Varios casos familiares de individuos que se “arrancan el pelo” se han reportado.^{27,28,29}

Su etiología se considera multidimensional y compleja. Hay poco acuerdo sobre la causa de la tricotilomanía, sin embargo muchas hipótesis han sido sugeridas.^{30,31} Algunos médicos creen que la tricotilomanía es causada por factores neurobiológicos, porque hay un vínculo entre la actividad serotoninérgica (es decir, el grado de la serotonina, un neurotransmisor de la neurotransmisión) y conductas repetitivas.^{32,33} En algunos estudios de investigación, fármacos serotoninérgicos se han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la tricotilomanía, el TOC, trastorno del movimiento estereotípico, y otros trastornos caracterizados por conductas repetitivas.³³

Los pacientes con tricotilomanía han mostrado también pequeños volúmenes del putamen izquierdo, lo que implicaría la participación del cuerpo estriado en esta enfermedad.³⁴ La Tomografía por Emisión de Positrones (PET) ha mostrado aumento de la actividad metabólica en el cerebelo derecho y en el izquierdo y en el área parietal superior derecha³⁵, y los análisis morfométricos por Resonancia Magnética de Imágenes (MRI) han demostrado volúmenes totales más bajos de corteza cerebelosa derecha e izquierda. Además existe una relación inversa significativa entre la gravedad de la tricotilomanía y el volumen de la agrupación primaria sensoriomotora izquierda del cerebelo.³⁶

Las interpretaciones psicodinámicas sugieren que³⁷ “los tirones de pelo” son una respuesta a la pérdida real o temida de un objeto.^{38,28} Otras interpretaciones sugieren que los “tirones de pelo” son una sustitución autoerótica o una castración simbólica.³⁹

La tricotilomanía a veces se asocia a baja autoestima, depresión y ansiedad^{30,31}, así como con trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y abuso de sustancias.⁴⁰

Las implicaciones psiquiátricas de la tricotilomanía varían, y también depende del grupo estudiado (niños, adolescentes o adultos)²². En niños de 2 a 10 años, habitualmente varones, existe ansiedad y distimia⁴¹, y los trastornos psicológicos suelen ser menos graves y pasajeros. En el grupo de adolescentes hay un claro predominio de chicas y la psicopatología está claramente relacionada con problemas en las relaciones con sus padres, problemas escolares, cambios en la imagen corporal e incluso posibles abusos sexuales⁴². El grupo de adultos, el de mayor predominio femenino, es a su vez el que presenta una psicopatología más diversificada, con depresión, trastorno de ansiedad y TOC. Algunos autores la consideran el resultado de una privación emocional sufrida por el paciente en la relación con su madre en los primeros años de vida.

En un estudio se encontró comorbilidad en el 38,9% de los individuos, principalmente depresión (depresión mayor, 6,6%; distimia, 11,1%) y trastornos de ansiedad (desorden de ansiedad generalizado, 8,8%; trastorno obsesivo compulsivo, 4,4%; fobia específica, 4,4%; y trastorno de ansiedad social, 2,2%). Se han reportado antecedentes familiares en parientes de primer grado en del 27,3% de pacientes.⁴³

La tricotilomanía constituye junto a la *tiña capitis*, la alopecia por tracción y la alopecia areata una de las principales causas de alopecia infantil por lo que deberán considerarse dentro del diagnóstico diferencial^{44,45}. Otras entidades a descartarse son el síndrome del cabello anágeno suelto, la alopecia androgénica, el *moniletrix* y el *Pili Torti*.⁴⁶

Habitualmente el diagnóstico de tricotilomanía puede establecerse en función del examen clínico y su correlación con los antecedentes médicos del paciente, incluyendo su historial psiquiátrico⁴⁷. Una anamnesis empática suele poner de manifiesto el hábito del paciente de tocarse el pelo de forma habitual. También es frecuente que los padres se hayan percatado de este hecho, tal y como sucedía en nuestro primer caso.

El uso de la dermatoscopia parece especialmente indicado para realizar el diagnóstico diferencial entre la alopecia areata difusa y la tricotilomanía. El hallazgo bajo luz polarizada de pelos rotos, “pelos en flama” y “pelos en tulipán”, en ausencia de otros signos dermatoscópicos propios de la alopecia areata (pelos en exclamación), permite el diagnóstico de tricotilomanía.⁴⁸

Clásicamente, se ha recurrido a la biopsia en aquellos casos en los que existen dudas sobre la etiología de la alopecia^{49,50}. Algunas de las características histológicas son específicas para la tricotilomanía (es decir, eje vacío de pelo, extrusión de glándulas sebáceas, hendiduras bulbares, tricomalacia)

mientras que otros no son específicos (es decir, liberación de pigmento de melanina, proliferación de células no diferenciadas de las vainas), ya que se pueden encontrar en la alopecia areata o en algunas agenesias pilaris.⁵¹

Bergfeld et al⁵² consideran que los hallazgos histológicos más específicos, la tricomalacia (distorsión completa de un pelo terminal completamente desarrollado en el bulbo) y los moldes pigmentados, junto a la sospecha clínica son considerados criterios mayores de tricotilomanía. Al menos uno de los tres está presente en todos los casos, y dos de ellos son observados en el 53% de los casos.

Las biopsias de cuero cabelludo de tricotilomanía aguda revelan muchos cambios diagnósticos, que pueden variar con la forma en la que el pelo es arrancado. Glóbulos rojos extravasados pueden encontrarse entre la vaina externa de la raíz y la vaina de tejido conectivo o entre las vainas de las raíces interior y exterior cerca del bulbo piloso, lo cual se observa más comúnmente en tricotilomanía aguda.^{53,54}

En la tricotilomanía crónica, la característica más llamativa de la biopsia es el aumento del número de folículos en catágeno o telógeno. Es conocido que el arrancamiento del cabello induce la fase de reposo folicular y, de hecho, hay más folículos en catágeno en la tricotilomanía, que en cualquier otra forma de alopecia.^{53,55} Además, la tricotilomanía crónica puede mostrar depósito de hemosiderina.

En cuanto al tratamiento, debe evaluarse la edad de inicio de la tricotilomanía para decidir qué intervención tomar.

En los niños en edad preescolar, donde el tirar y arrancar el cabello es similar a la succión del pulgar, la conciencia del hecho y la orientación ofrecida a los padres de familia es los más eficaz.⁵⁶

Cuando los preadolescentes y adultos jóvenes son inconscientes de su problema, el primer paso es establecer el diagnóstico. Las terapias en casa pueden ser útiles para aumentar la conciencia del arrancamiento del pelo. Las intervenciones no farmacológicas son el siguiente paso, incluidos los programas de modificación del comportamiento implementados a través de terapeutas de conducta y psicólogos⁵⁷. Los pacientes pueden beneficiarse además de la referencia al psiquiatra, aunque muchos pacientes son resistentes a esta idea. Por lo tanto, el dermatólogo puede iniciar el tratamiento psicofarmacológico si el paciente no está dispuesto a ver a un psiquiatra, o referirlo sólo como último recurso, cuando otras intervenciones han fracasado.

En adultos se asocia a menudo con otros trastornos psiquiátricos y de inicio será beneficioso referir a estos pacientes a un psicólogo o psiquiatra. El tratamiento de

los trastornos psiquiátricos subyacentes en última instancia disminuirá el arrancamiento del pelo.

En cuanto a la modificación de la conducta, la terapia de inversión del hábito se ha convertido en el modelo para la terapia no farmacológica, ya que tiene la mayor tasa de resolución.⁵⁸

En cuanto a farmacoterapia para tricotilomanía la revisión Cochrane muestra sus conclusiones en base a ocho estudios (que incluyeron un total de 204 personas), no encontrando evidencia suficiente para concluir definitivamente que algún medicamento en particular es eficaz en el tratamiento de esta entidad. Además, los efectos secundarios relacionados no estaban bien documentados en la mayoría de los estudios. Sin embargo, un ensayo temprano encontró algunas pruebas de eficacia para la clomipramina, y dos ensayos recientes reportaron resultados estadísticamente significativos con olanzapina y N-acetilcisteína. Por lo cual, aún se necesita mayor investigación para encontrar un tratamiento óptimo farmacológico.⁵⁹

CONCLUSIONES

La tricotilomanía, es un desorden crónico caracterizado por el arrancamiento repetido del pelo. El diagnóstico suele ser clínico por las características bizarras de la pérdida del pelo, pero en aquellas circunstancias en donde exista duda o se considere necesario descartar otras patologías, la dermatoscopia puede ser de gran ayuda y el estudio histopatológico decisivo.

A menudo los pacientes no son conscientes o se niegan a admitir la naturaleza autoinflingida que conlleva a la pérdida del pelo, por ello en la primera consulta es importante la reflexión de este hecho con el propio paciente o los padres, dependiendo del caso.

El tratamiento dependerá de la edad de presentación y el desorden subyacente, resultando casi siempre necesarios la evaluación y el manejo por parte del psicólogo y/o psiquiatra. Las terapias cognitivo- conductuales y el empleo de psicofármacos son las medidas más utilizadas en el tratamiento, y aunque no existe un consenso, pareciera que las primeras son las que mejores resultados ofrecen en los pacientes más jóvenes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Whiting D. Traumatic alopecia. *Int J Dermatol* 1999; 38 (Suppl. 1): 34.
- Sperling LC, Mezebish DS. Hair diseases. *Med Clin North Am* 1998; 82: 1155.
- Hallopeau H. Alopecie par grattage (trichomanie out trichotillomanie). *Ann Dermatol Syphiligr (Paris)* 1889; 10: 440.
- Schneider D, Janniger C. Trichotillomania. *Cutis* 1994; 53: 289.
- Trüeb R, Cavegn B. Trichotillomania in connection with alopecia areata. *Cutis* 1996; 58: 67.
- Muller S. Trichotillomania: a histopathologic study in sixty six patients. *J Am Acad Dermatol* 1990; 23: 56.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994: 618.
- Papazisis G, Tzellos T, Kouvelas D. Practice corner: managing trichotillomania—no need to pull your hair out. *Evid Based Med* 2008; 13: 66–7.
- Greenberg HR, Sarner CA. Trichotillomania. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12: 482–9.
- Christenson GA, Pyle RL, Mitchell JE. Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students. *J Clin Psychiatry* 1991; 52: 415–7.
- Graber J, Arndt VB. Trichotillomania. *Compr Psychiatry* 1993; 34: 340–6.
- Rothbaum BO, Shaw L, Morris R, Ninan PT. Prevalence of trichotillomania in a college freshman population. *J Clin Psychiatry* 1993; 54: 72–3.
- Stanley MA, Borden JW, Bell GE, Wagner AL. Nonclinical hair-pulling: Phenomenology and related psychopathology. *J Anxiety Disord* 1994; 8: 119–30.
- Stanley MA, Borden JW, Mouton SG, Breckenridge JK. Nonclinical hair-pulling: Affective correlates and comparison with clinical samples. *Behav Res Ther* 1995; 33: 179–86.
- Woods DW, Miltenberger RG, Flach AD. Habits, tics, and stuttering. Prevalence and relation to anxiety and somatic awareness. *Behav Modif* 1996; 20: 216.
- Hautmann G, Hercogova J, Loti T. Trichotillomania. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46: 807–21.
- Bruce T, Barwick L, Wright H. Diagnosis and management of trichotillomania in children and adolescents. *Pediatr Drugs* 2005; 7: 365–76.
- Sah DE, Koo J, Price VH. Trichotillomania. *Dermatol Ther* 2008; 21: 13–21.
- Rasmussen SA. Obsessive-compulsive disorder in dermatologic practice. *J Am Acad Dermatol* 1985; 13: 965–7.
- Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE. Characteristics of 60 adult chronic hair pullers. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 365–70.
- Mazuecos J, Rodriguez Pichardo A, Camacho F. Pubic trichotillomania in an adult man. *Br J Dermatol* 2001; 145: 1034–5.
- Rodríguez Pichardo A. Tricotilomania. En: Grimal F, Cotterill JA, editores. *Dermatología y Psiquiatría. Historias clínicas comentadas* Madrid: Ediciones Aula Médica; 2002. p. 203–9.
- Swedo S. E. and Leonard H. L. 1992 Trichotillomania. An obsessive compulsive spectrum disorder? *Psychiatr. Clin. North Am.* 15, 777–790.
- Miguel E. C., Baer L., Coffey B. J., Rauch S. L., Savage C. R., O'Sullivan R. L. et al. 1997 Phenomenological differences appearing with repetitive behaviours in obsessive-compulsive disorder and Gilles de la Tourette's syndrome. *Br. J. Psychiatry* 170, 140–145
- Himle J.A., Bordnick P.S. and Thyer B.A. 1995 A comparison of trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. *J. Psychopathol. Behav. Assess.* 17, 251–260.
- Elliott A. J. and Fuqua R. W. 2000 Trichotillomania: conceptualization, measurement, and treatment. *Behav. Ther.* 31, 529–545. Galski T. 1983 Hair pulling (trichotillomania). *Psychoanal. Rev.* 70, 331–346.
- Sanderson K.V. and Hall-Smith P. 1970 Tonsure trichotillomania. *Br. J. Dermatol.* 82, 343–350.
- Galski T. 1983 Hair pulling (trichotillomania). *Psychoanal. Rev.* 70, 331–346.
- Kerbeshian J. and Burd L. 1991 Familial trichotillomania. *Am. J. Psychiatry* 148, 684–685.
- Diefenbach, G. J., Reitman, D., & Williamson, D. A. (2000). Trichotillomania: A challenge to research and practice. *Clinical Psychology Review*, 20, 289–309.
- Stein, D. J., Christenson, G. A., & Hollander, E. H. (Eds.). (1999). *Trichotillomania*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Ashton, A. K. (2001). Olanzapine augmentation for trichotillomania. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1929–1930.
- Ravindran, A. V., Lapiere, Y. D., & Anisman, H. (1999). Obsessive-compulsive spectrum disorders: Effective treatment with paroxetine. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 805–808.
- O'Sullivan RL, Rauch SL, Breiter HC, et al: Reduced basal ganglia volumes in trichotillomania measured via morphometric magnetic resonance imaging. *Biol Psychiatry* 42:39-45, 1997.
- Swedo SE, Rapoport JL, Leonard HL: Regional cerebral glucose metabolism of women with trichotillomania. *Arch Gen Psychiatry* 48:828-833, 1991.
- Keuthen NJ, Makris N, Schlerf JE, et al: Evidence for reduced cerebellar volumes in trichotillomania. *Biol Psychiatry* 61(3):374-381, 2006.
- Greenberg HR, Sarner CA: Trichotillomania: symptom and syndrome. *Arch Gen Psychiatry* 12:482-489, 1965.
- Krishnan KR, Davidson JR, Guajardo C: Trichotillomania—a review. *Compr Psychiatry* 26:123-128, 1985.

39. Koblenzer CS: Psychoanalytic perspectives on trichotillomania. In Stein DJ, Christenson GA, Hollander E, editors: *Trichotillomania*, Washington, DC, 1999, American Psychiatric Press.
40. Walsh, K. H., & McDougle, C. J. (2001). Trichotillomania presentation, etiology, diagnosis and therapy. *American Journal of Clinical Dermatology*, 2, 327–333.
41. Reeve EA, Bernstein GA, Christenson GA. Clinical characteristics and psychiatric comorbidity in children with trichotillomania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992;31:132–8.
42. Swedo SE, Leonard HL, Rapoport JL, Lenane MC, Goldberger EL, Cheslow DC. A double-blind comparison of clomipramine and desipramine in the treatment of trichotillomania (hair pulling). *N Engl J Med*. 1989;321:497–501.
43. Ninan PT. Conceptual Issues in Trichotillomania, a Prototypical Impulse Control Disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2000 Feb;2(1):72-5.
44. Tay YK, Levy ML, Metry DW. Trichotillomania in childhood: case series and review. *Pediatrics*. 2004;113:494–8.
45. Schneider D, Janniger CK. Trichotillomania *Cutis*. 1994;53:289–90, 294.
46. Papadopoulos AJ, Janniger CK, Chodynicky MP, Schwartz RA. Trichotillomania. *Int J Dermatol*. 2003;42:330–4.
47. Tay YK, Levy ML, Metry DW. Trichotillomania in childhood: case series and review. *Pediatrics*. 2004;113:494–8.
48. Slowinska M, Rudnicka L, Schwartz RA, Kowalska-Oledzka E, Rakowska A, Sicinska J, et al. Comma hairs: a dermatoscopic marker for tinea capitis: a rapid diagnostic method. *J Am Acad Dermatol*. 2008;59:77–9.
49. Muller SA. Trichotillomania: a histopathologic study in sixty-six patients. *J Am Acad Dermatol*. 1990;23:56–62.
50. Stefanato CM. Histopathology of alopecia: a clinicopathological approach to diagnosis. *Histopathology*. 2010;56:24–38.
51. J.Mxachapelle, G.E.Pierard and F.Fierens. Trichotillomania: a pathogenic interpretation of histologic changes in the pilosebaceous unit. *British Journal of Dermatology* Volume 93, Issue Supplement s11, page 21, July 1975.
52. Bergfeld VV, Mulinari-Brenner F, McCarron K, Embi C: The combined utilization of clinical and histological findings in the diagnosis of trichotillomania. *J Cutan Pathol* 2002; 29: 207–214.
53. Whiting D. Traumatic alopecia. *Int J Dermatol* 1999; 38 (Suppl. 1): 34.
54. Bergfeld VV. Alopecia: histologic changes. *Adv Dermatol* 1989; 4: 301.
55. Whitting DA, Templeton SF, Salomon AR. Disorders of cutaneous appendages. In: Barnhill RL., ed. *Textbook of Dermatopathology*. New York: McGraw-Hill, 1998: 201.
56. Swedo SE, Leonard HL. Trichotillomania: an obsessive compulsive spectrum disorder? *Psychiatric Clin North Am* 1992; 15: 777–790.
57. Tay YK, Levy ML, Metry DW. Trichotillomania in childhood: case series and review. *Pediatrics* 2004; 113: e494–e498.
58. Ninan PT, Rothbaum BO, Marsteller FA, Knight BT, Eccard MB. A placebo-controlled trial of cognitive-behavioral therapy and clomipramine in trichotillomania. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 47–50.
59. Rothbart R, Amos T, Siegfried N, Ipser JC, Fineberg N, Chamberlain SR, Stein DJ. Pharmacotherapy for trichotillomania. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 11. Art. No.: CD007662.

Correspondencia: Dr. Reynaldo A. Pomar Morante
Email: realpam27@gmail.com

Recibido: 24-03-18
Aceptado: 20-04-18