

204 **INTRODUCCIÓN**

La tricotilomanía se define como la necesidad irresistible de arrancarse el pelo. Descrita por Hallopeau <sup>(1)</sup>, dermatólogo francés, en 1889. La literatura sobre tricotilomanía aparece principalmente en publicaciones de dermatología hasta los años 50, y desde entonces aumenta su aparición en revistas psiquiátricas, debido a las implicaciones clínicas, etiológicas y de tratamiento.

La CIE-10 <sup>(2)</sup> clasifica la tricotilomanía en el apartado de los Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos, y la define como la pérdida apreciable de cabello, debida al fracaso reiterado para resistir los impulsos de arrancarse el pelo, suele ir precedido por un aumento de la tensión y se sigue de una sensación de alivio o gratificación. Otros autores han relacionado la tricotilomanía con el trastorno obsesivo compulsivo <sup>(3)</sup>, debido al aumento en la frecuencia de éste en familiares de primer grado de pacientes con tricotilomanía <sup>(4)</sup>, y a que neurofarmacológicamente comparten respuesta a los fármacos que actúan sobre los receptores de la serotonina <sup>(5)</sup>.

La tricotilomanía puede aparecer como un síntoma aislado <sup>(6)</sup> o como psicopatología asociada a diversos cuadros psiquiátricos como Retraso mental, Depresión, Trastorno borderline, Esquizofrenia, Autismo, Abuso de tóxicos o Trastorno de pánico <sup>(7)</sup>.

Presentamos el caso de una niña de 12 años de edad, en tratamiento desde los 8 años por tricotilomanía con sintomatología obsesiva como psicopatología asociada. El tratamiento ha sido multidimensional, empleando psicofármacos (neurolépticos, antidepresivos y ansiolíticos) y diversos abordajes psicoterapéuticos (cognitivo-conductual y familiar), con escasa respuesta a todos ellos.

El motivo de seleccionar dicho caso es debido a que la tricotilomanía es una de las patologías más frecuentes dentro del trastorno del control de los impulsos y que también tiene su reflejo en la infancia.

Son necesarios estudios longitudinales prospectivos para valorar la psicopatología que puedan presentar en la vida adulta estos pacientes, sobre todo los de mala evolución como es el caso presentado.

**CASO CLÍNICO**

Niña de 12 años, en tratamiento desde los 8 años de edad.

Fue remitida por su pediatra para valoración por "...tendencia a tirarse del pelo, se ha provocado una alopecia circunscrita...".

En la primera entrevista se evidenció una disminución importante de pelo en el área frontal del cuero cabelludo. Decía no saber el por qué de la consulta, pues no creía que el tirarse del pelo fuera ningún problema. Lo hacía durante el recreo, cuando jugaba con el resto de compañeros. Lo que más le preocupaba era lo pendiente que estaban los padres de este problema, en especial la madre. Actualmente lo hace en momentos que cree no ser vista, casi siempre en el cuarto de baño, aunque se han encontrado mechones de pelo en la almohada y en el salón. Explica no poder evitarlo "...el brazo se va solo...", relacionándolo con situaciones de mayor tensión. Progresivamente se va ampliando a situaciones de aburrimiento, enfado y al final indiscriminadamente.

Los padres la definen como una niña tímida, pasiva y lenta, teniéndole que insistir para que realice cualquier actividad. En ocasiones dicen que es mentirosa. Reconocen darle un trato más permisivo que al resto de las hijas. No tolera la crítica ni el castigo.

**Antecedentes**

El embarazo y parto fueron normales. En el desarrollo psicomotor, señalar un retraso en la bipedestación libre hasta los 20 meses, probablemente por pies planos, y enuresis nocturna esporádica hasta los 9 años. Come y duerme bien, mostrándose escrupulosa y "maniática" con los alimentos. Buena adaptación escolar, aunque su rendimiento ha disminuido en los dos últimos cursos.

El padre tiene 42 años, es analista de electrónica; impresiona de ser una persona muy exigente, autoritaria y perfeccionista; según refiere su esposa, presiona en exceso a las hijas en temas escolares, utilizando el castigo con frecuencia. La madre tiene 43 años, es codificadora de datos pero actualmente está en paro; presenta tics y se rasca y pellizca de forma compulsiva hasta hacerse lesiones en el cuello; es la que expresa mayor preocupación, que la paciente vive como persecución, dificultando la relación con ésta. Ambas hermanas, de 15 y 14 años, presentan onicofagia y tienen buena relación con la paciente, en especial la mayor de ellas.

**Exploración**

Se muestra tímida, insegura, descalificándose constantemente y necesitando la aprobación del terapeuta en

las actividades solicitadas. Minimiza el problema. Se queja con frecuencia de la exigencia por parte de los padres y reconoce que en alguna ocasión se tira del pelo para "fastidiarles" después de haberla regañado por algo. Escrupulosa con los alimentos que han sido tocados de una forma que ella no considere adecuada. Ansiedad anticipatoria ante situaciones nuevas o de cambio, especialmente aquellas en las que se siente objeto de examen. No aparece sintomatología depresiva o psicótica. La evolución ha sido hacia la concienciación del problema y su involucración en el tratamiento.

### Terapéutica

Se realizaron registros para identificar las situaciones en las que se tiraba del pelo, mencionando los exámenes y las situaciones nuevas como momentos más problemáticos, así como después de haber discutido con los padres. Por este motivo se trabajan pautas de actuación con éstos para disminuir la exigencia con la paciente. Dada la falta de mejoría se añadió tratamiento farmacológico con diacepán 2,5 mg/día, con el que se obtiene buena evolución, y consiguiendo una repoblación total del cuero cabelludo durante dos meses. Posteriormente presenta una recaída, probablemente en relación a un aumento en la tensión familiar debido al despido del trabajo del padre. Debido a la buena relación que mantiene con la hermana mayor, que comenzó a acompañarla a consulta, se decide que participe en el apoyo de la paciente; pero por su poca disponibilidad sólo se logra durante dos meses, tras los cuales recae. En este momento abandonan el tratamiento de forma unilateral durante casi dos años.

### Evolución

En la nueva valoración presenta varias calvas en distintas fases, con prurito como sintomatología asociada. Se deriva a dermatología y le pautan tratamiento con Ebastel 7 cc/día y posteriormente con una solución de espironolactona al 2%, alcohol 60 cc, agua 30 cc y propilenglicol 10 cc. En este segundo periodo de tratamiento, se han realizado diversos abordajes; dentro de

los fármacos empleados están el tiapride hasta 2 ml/día, clomipramina hasta 30 mg/día, cloracepato dipotásico 2,5 mg/día, periciacina hasta 15 gotas/día, combinado en algún momento con 20 mg/día de fluoxetina, y actualmente está en tratamiento con 75 mg/día de clorpromacina. Todos estos fármacos tan sólo han producido breves y leves mejorías a lo largo de los últimos dos años.

El abordaje psicoterapéutico empleado ha incluido técnicas cognitivo-conductuales, cuyo primer objetivo fue que la paciente mantuviera cierta conciencia de enfermedad. Se intentó que rellenase registros pero no lo hizo de forma regular. Se le ha entrenado en técnicas de actividades incompatibles y de relajación. La mayor parte del tiempo ha llevado una gorra y en ocasiones guantes, con el fin de dificultar que se arrancase el pelo. El padre le ha cortado el pelo en varias recaídas, situación que la paciente ha vivido como un castigo.

El abordaje familiar se vio dificultado por las características del funcionamiento parental, basado únicamente en el castigo y la amenaza. Actualmente, la actitud de los padres es más tolerante y reforzadora.

En los últimos seis meses se está realizando un seguimiento más estrecho, sobre todo telefónicamente, con refuerzo positivo, que añadido al tratamiento farmacológico con clorpromacina, está produciendo una ligera mejoría.

### DISCUSIÓN

La tricotilomanía es una de las patologías más frecuentes dentro de los trastornos del control de los impulsos y que también tiene su reflejo en la infancia. El diagnóstico ha de ser lo más precoz posible, para poder establecer un plan terapéutico multidisciplinar que incluya a dermatólogos, pediatras y psiquiatras. Uno de los motivos de presentar este caso es la mala evolución y resistencia a los diversos tratamientos empleados, por lo que consideramos que son necesarios más estudios longitudinales prospectivos para valorar la posible psicopatología que puedan presentar estos pacientes en la vida adulta.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Hallopeau M. Alopecie par grattage (trichomanie ou trichotillomanie). *Ann Dermatol Venereol* 1889;10:440-1.
2. Organización Mundial de la Salud. *Trastornos Mentales y del Comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (CIE-10)*. Madrid: Meditor; 1992.

- 206
3. Hamdan-Allen G. Trichotillomania in childhood. *Acta Psychiatr Scand* 1991;83:241-3.
  4. Swedo SE, Leonard HL, Rapoport JL, Lenane MC, Golberger EL, Cheslow DL. A double-blind comparison of clomipramine and desipramine in treatment of trichotillomania. *N Engl J Med* 1989;321:497-501.
  5. Hollander E, Fay M, Cohen B, Campeas R, Gorman J, Webowitz MR. Serotonergic and adrenergic sensitivity in OCD: behavioral findings. *Am J Psychiatry* 1988;145: 1015-7.
  6. Mardomingo MJ, Espinosa A, Gil S, Parra E. Clínica y tratamiento de la tricotilomanía. A propósito de un caso clínico. *Acta Pediatr Esp* 1994;52(11):697-700.
  7. Shahin H, Hussain. Trichotillomania. Two case reports from a similar cultural background. *Psychopatol* 1992;25:289-93.

*A. Pelaz, I. Octavio, M. L. López, P. Sánchez  
C.S.M. Torrejón de Ardoz.  
Torrejón de Ardoz (Madrid)*