



# Tricotilomanía en una adolescente durante la pandemia del COVID-19

## Reporte de un caso

### *Trichotillomania in an adolescent during the COVID-19 pandemic* Case report

María Antonieta Huete-Cordova<sup>1,3,a</sup>, Dwight Denis Herrera-Del Águila<sup>2,3,b</sup>, Juan C. Ocampo-Zegarra<sup>1,3,a</sup>

#### Resumen

La tricotilomanía es un trastorno que tiende a la cronicidad y consiste en jalarse y arrancarse el cabello como acto compulsivo, lo cual genera diversas zonas de alopecia. En casos extremos post ingesta crónica de cabello puede generarse severos trastornos del sistema gastrointestinal como lo son los tricobezoares. Estos son hallados en 1% de los pacientes que se comen sus cabellos. Presentamos el caso de una paciente mujer de 11 años que ingresa al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen por una obstrucción intestinal por tricobezoar, es atendida por el servicio de cirugía. Una vez realizado el procedimiento quirúrgico es evaluada por el servicio de psiquiatría de niños y adolescentes.

**Palabras clave:** Obstrucción intestinal, Tricotilomanía, tricobezoar.

#### Abstract

Trichotillomania is a disorder that tends to be chronic and consists of pulling and pulling hair as a compulsive act, which generates various areas of alopecia. In extreme cases after chronic ingestion of hair, severe and serious gastrointestinal disorders such as trichobezoars can be generated, which represents 1% of patients who eat their hair. We present the case of an 11-year-old female patient who was admitted to our hospital for a trichobezoar intestinal obstruction that was initially managed by surgery, from which she was referred to the child psychiatry area, once the surgical problem had been solved, for the corresponding management.

**Keywords:** Bowel obstruction, Trichotillomania, trichobezoars.

#### Introducción

El acto de arrancarse el cabello se ha descrito desde tiempos antiguos e incluso alentado por los antiguos egipcios, griegos y jainistas en la India<sup>(1)</sup>. La tricotilomanía fue descrita en el año de 1889 por el médico psiquiatra Hallopeau<sup>(2)</sup>. Tuvieron que pasar casi 100 años para que en el año de 1987 se acepte dicho término como diagnóstico dentro de la psiquiatría<sup>(3)</sup>.

Dicho trastorno tiende a la cronicidad y consiste en jalarse y arrancarse el cabello como acto compulsivo. Las zonas del cuerpo más afectadas suelen ser: el cuero cabelludo, las cejas, pestañas y vello púbico<sup>(4,5)</sup>. Los actos compulsivos se definen como un impulso recurrente e irrefrenable que se repite para llevar a cabo una acción<sup>(6)</sup>. Un acto compulsivo tiene las siguientes características: falla al resistir al impulso, tentación para realizar acciones que conlleven riesgos para

<sup>1</sup>Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima, Perú. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2569-6257>. <sup>2</sup>Sevicio de Psiquiatría, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima, Perú. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6456-8717>. <sup>3</sup>Departamento de Psiquiatría, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima Perú. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3317-9938>. <sup>4a</sup>Psiquiatra de niños y adolescentes; <sup>b</sup>Médico residente de Psiquiatría.

otros o para el sujeto mismo, incremento de la excitación o tensión previo a la realización del acto seguida de la gratificación o placer luego de realizarlo. Cuatro impulsos suelen ser los que se destacan por su mayor frecuencia: juego patológico, tricotilomanía, cleptomanía y compras compulsivas<sup>(7)</sup>.

La edad de presentación promedio en niños es entre los 10 y 13 años. En la población pediátrica la frecuencia no está relacionada al sexo, sin embargo, en la edad adulta las mujeres suelen ser las más afectadas<sup>(7)</sup>. Afecta entre 1% a 3% de la población general<sup>(8)</sup>. De este porcentaje aproximadamente el 30% se come los cabellos extraídos, lo cual se denomina tricofagia. De los pacientes que presentan tricofagia el 1% presentará una complicación quirúrgica denominada tricobezoar. El 90% de casos de tricobezoares se reportan en mujeres, de los cuales el 80% de los casos son menores de 30 años<sup>(9)</sup>.

Existen dos tipos de tricotilomanía. La llamada focalizada se realiza cuando el sujeto suspende sus actividades para llevar a cabo la acción de arrancarse los cabellos, el sujeto en cuestión describe una sensación de tensión previa a jalarse los cabellos la cual mejora con el arrancamiento de estos. El tipo “automático o sedentario” se desarrolla mientras el sujeto ve televisión, descansa o no se da cuenta de la acción que está realizando hasta que encuentra los cabellos en la mano. Si la tricotilomanía se desarrolla antes de los 10 años esta suele ser de tipo sedentario, lo más común es que no cronifique y por ende tiene mejor pronóstico. Si la aparición de este trastorno ocurre durante la adolescencia este tiende a cronificar<sup>(9)</sup>. Suele acompañarse de otros trastornos psiquiátricos como trastornos de ansiedad, depresión, trastornos del estado del ánimo, conductas adictivas, trastornos alimentarios<sup>(10)</sup>.

También puede estar relacionado con otros trastornos del comportamiento como el de comerse las uñas, pincharse el acné, morderse los labios y masticarse las mejillas. Están descritas manifestaciones intestinales como: sangrado, problemas de absorción, perforación, obstrucción por tricobezoares y pancreatitis agudas<sup>(11,12)</sup>.

### Descripción del caso

Se trata de una paciente mujer de 11 años natural de Lima, cursando actualmente el 5to grado de educación primaria. Es hija única por parte de madre, pero tiene dos hermanos por parte del padre. No tiene antecedentes médicos ni psiquiátricos ni psiquiátricos de importancia.

La paciente venía presentando desde hace año y medio episodios de ansiedad asociados a tricotilomanía que posteriormente evoluciona a tricotilofagia. Debido a varios estresores durante los meses sucesivos: conflicto entre figuras paternas, pandemia por COVID-19 así como fallecimiento de familiares por contagio de esta última, devino en una exacerbación de la sintomatología antes descrita, asociándose hiporexia, cólico abdominal intermitente, ánimo hipotímico y ansioso, insomnio de conciliación, anhedonia.

Un mes antes de la hospitalización en el Hospital Almenara es llevada al servicio de emergencia del mismo nosocomio por un cuadro de dolor abdominal intenso, en el examen físico impresiona masa de consistencia dura en epigastrio no dolorosa a la palpación superficial y profunda. La tomografía abdominal es informada como imagen sospechosa de bezoar haciéndose la interconsulta a cirugía pediátrica. Cirugía pediátrica informa imagen sugestiva de bezoar de 13x 13cm. Al evaluar a la paciente indica que no es necesario un abordaje quirúrgico debido a que no hay evidencia de abdomen agudo por lo que solicitan evaluación por gastroenterología para resolución endoscópica. Finalmente, por falta de personal por pandemia COVID-19 no se puede realizar endoscopia dándose de alta a la paciente con tratamiento analgésico y control por consultorio. Posteriormente regresa 1 mes después, presentando nuevamente dolor abdominal que irradia a región dorsal, hiporexia, vómitos. Al examen físico se encuentra abdomen distendido, ruidos hidroaéreos aumentados en meso e hipogastrio, se palpa masa de aproximadamente 8x 6cm en región de epigastrio e hipocondrio izquierdo. La analítica sanguínea:

Hemograma: Leucocitos: 11 580, Hb: 6.1, plaquetas: 434 000, P. coagulación: Fibrinógeno: 4.53, TTPA: 29.14, INR: 0.91, TP: 10.37, Cr: 0.5, Urea: 22, Glucosa: 103. Perfil hepático: Fa: 86, TGP:10, TGO: 20, BT: 0.26, Alb: 2.9.

Figura 1 Rx de abdomen: Con niveles hidroaéreos. Radiografía de tórax: Normal. Motivo por el cual se diagnostica obstrucción intestinal a descartar tricobezoar, anemia severa, hipoalbuminemia moderada y ansiedad. La paciente fue catalogada con riesgo quirúrgico de emergencia III.

Examen mental: Conciencia: Paciente despierta, alerta y vigil; orientada en persona, lugar, y tiempo. Parcial insight. Atención: Fija la mirada en entrevistador. Tolera tiempo de entrevista. Percepción: Niega pseudopercepciones, no se evidencia conducta alucinatoria. No distorsión de imagen



**Figura 1.** Radiografía de abdomen: Asa intestinal distendida proyectada en hipocondrio y flanco derechos. Niveles hidroaéreos en hemiabdomen derecho. Ausencia de gas en ampolla rectal. No signos de neumoperitoneo.

corporal. Pensamiento: Curso: Coherente, Ritmo: bradipsíquico por momentos, Contenido: Enfocado en relación familiar y hospitalización actual. Niega ideación tanática al momento. Lenguaje coherente, hipofonético, con tendencia al llanto. Inteligencia: Capacidad de análisis, síntesis y abstracción adecuada para su edad, explica los refranes, estableciendo semejanzas y diferencias. Cálculo: sin alteraciones. Impresiona CI adecuado para su edad y etapa de desarrollo. Memoria: Memoria corto y largo plazo conservado. Afectividad: Hipotímico. Manifiesta sentimientos de tristeza, culpa, minusvalía e infravaloración. Instinto: Energía vital: disminuida. Sueño: insomnio de conciliación, hipersomnía diurna. Apetito: disminuido. Sed conservada. Líbido: indiferencia, niega deseo sexual. Predominio del tánatos sobre el éros. Conación: Hipobúlica, Mal control de impulsos.

La paciente cursó con un post operatorio sin complicaciones, durante la hospitalización recibió tratamiento farmacológico con antibióticos y al quinto día se le inició fluoxetina 20 mg vo: 1/4 tab diaria, al alta siguió con tratamiento por psiquiatría farmacológico y psicoterapéutico abordándose los síntomas de ansiedad y dinámica familiar, identificando actitudes trianguladoras de parte de ambos padres, realizándose intervención psicoterapéutica familiar con mucha dificultad por lo que padre no la traía al hospital por medidas de seguridad por la COVID-19, no aceptando la intervención en forma virtual.

## Discusión

El término Tricotilomanía se utilizó por primera vez en 1889 de Hallopeau. Es más frecuente en adolescentes y mujeres en un 88% a 94%<sup>(13)</sup>. Los tricobezoares representan el 12% de los bezoares, solo el 1% de los pacientes con tricofagia desarrollan tricobezoar. El síndrome de Rapunzel es una forma inusual y rara de tricobezoar gástrico que se extiende al intestino delgado con mayor incidencia a la edad de 15 a 20 años y en el 90% de los casos se presentan en el sexo femenino con un trastorno psiquiátrico<sup>(14)</sup>.

En este artículo presentamos una paciente adolescente de 11 años natural de Lima, presentando desde hace año y medio episodios de ansiedad asociados tricotilomanía que posteriormente evoluciona a tricotilofagia. Presentando varios estresores durante la pandemia de la COVID-19. Motivo que la traen a emergencia en varias oportunidades con clínica de cólico abdominal intermitente, hiporexia, ánimo hipotímico y ansioso, insomnio de conciliación, anhedonia y al examen físico se encuentra abdomen distendido, ruidos hidroaéreos aumentados en meso e hipogastrio, se palpa masa de aproximadamente 8x 6 cm en región de epigastrio e hipocondrio izquierdo. Donde se le realizó múltiples exámenes, siendo evaluada por cirugía de emergencia, quien indica una laparotomía exploradora, Gastrostomía, Extracción de cuerpo extraño por tricobezoar gástrico complicado con obstrucción intestinal. Encontrándose tricobezoar de 30x 12 cm aprox. que ocupa toda la cavidad gástrica. Cola de 30 cm que llega a intestino delgado (Figura 2).

Según el caso clínico cumple los criterios clínicos para tricotilomanía, según el DSM 5: 1. Arrancarse el pelo de



**Figura 2.** Tricobezoar de 30x 12 cm que ocupa toda la cavidad gástrica. Cola de 30 cm que llega a intestino delgado.

forma recurrente, lo que da lugar a su pérdida. 2. Intentos repetidos de disminuir o dejar de arrancar el pelo. 3. Arrancarse el pelo causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. 4. El hecho de arrancarse el pelo o la pérdida del mismo no se puede atribuir a otra afección no psiquiátrica. 5. El hecho de arrancarse el pelo no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental como el trastorno dismórfico corporal<sup>(15)</sup>.

Durante su hospitalización en cirugía pediátrica, en el post operatorio paciente fue evaluada en múltiples ocasiones por el servicio de psiquiatría infantil, pudiendo recopilar información correspondiente a su historia clínica y evaluación mental. Paciente en su post operatorio (PO) día 5 se inició con fluoxetina 20 mg vo: ¼ tab diaria, asimismo se realiza las intervenciones psicoterapéuticas individuales y familiares por los problemas hallados como la supervisión inadecuado de los padres y los conflictos entre los padres, buscando una red de apoyo y compromiso de parte de ellos para la mejoría de la paciente. En la literatura revisada se ha propuesto como

terapéutica el uso de inhibidores de la recaptación de serotonina como sertralina y fluoxetina por ser una conducta compulsiva, también se considera la terapia conductual como medida terapéutica para este tipo de trastorno<sup>(16)</sup>.

### Conclusión

El tricobezoar es una complicación gastrointestinal grave, siendo la edad media de aparición en la adolescencia entre los 12 y 13 años, teniendo una clínica variada con anemia, dolor abdominal, hematemesis, náuseas, vómitos, obstrucción intestinal e incluso perforación. Asimismo, la tricotilomanía y los tricobezoares generalmente se asocian a trastornos psiquiátricos subyacentes. El síndrome de Rapunzel es una rara variedad de tricobezoar gastrointestinal, por lo que es importante tenerlo como diagnóstico diferencial en jóvenes con clínica de dolor abdominal, vómitos y pérdida de peso. De ahí la importancia de una evaluación multidisciplinaria y el seguimiento de este grupo de pacientes, por lo que el diagnóstico es crónico y fluctuante si no recibe tratamiento.

### Referencias bibliográficas

1. **Kim WB.** On trichotillomania and its hairy history. *JAMA Dermatol.* 2014;150(11):1179. doi: 10.1001/jamadermatol.2014.2284. PMID: 25389789.
2. **Waas RL, Yesudian PD.** Plucking, Picking, and Pulling: The Hair-Raising History of Trichotillomania. *Int J Trichology.* 2018 ;10(6):289-290. doi: 10.4103/ijt.ijt\_69\_18. PMID: 30783339; PMCID: PMC6369640.
3. **Kell BL, Kress VE.** Trichotillomania: Behavioral assessment and treatment interventions. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy,* 2006;2(1):65-72. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100767>
4. **Piquero-Casals J, La Rotta-Higuera E, Piquero-Casals V, Hernández-Pérez R, Piquero-Martín J.** Tricotilomanía: Presentación de tres casos y revisión de pruebas diagnósticas. *Invest. clín [Internet].* 2007 Sep [citado 2021 Feb 08];48(3): 359-366. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0535-51332007000300010&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332007000300010&lng=es).
5. **Christenson GA, Crow SJ.** The characterization and treatment of trichotillomania. *The Journal of Clinical Psychiatry.* 1996;57(8):42-47;48-49.
6. **Fige M, Pattij T, Willuhn I, Luigjes J, van den Brink W, Goudriaan A, Potenza MN, Robbins TW, Denys D.** Compulsivity in obsessive-compulsive disorder and addictions. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2016;26(5):856-868. doi: 10.1016/j.euroneuro.2015.12.003. Epub 2015 Dec 11. PMID: 26774279.
7. **Grant JE, Chamberlain SR.** Trichotillomania. *Am J Psychiatry.* 2016 Sep 1;173(9):868-874. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.15111432. PMID: 27581696; PMCID: PMC5328413.
8. **Anwar S, Jafferany M.** Trichotillomania: a psychopathological perspective and the psychiatric comorbidity of hair pulling. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat.* 2019;28(1):33-36. PMID: 30901067.
9. **Jaramillo-Borges.** Tricotilomanía, tricofagia y el Síndrome de Rapunzel. *Acta méd. costarric [Internet].* 2007 Jan [cited 2021 Feb 07];49(1):4-5. Available from: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022007000100001&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022007000100001&lng=en).
10. **Torales J, Ruiz Díaz N, Ventriglio A, Castaldelli-Maia JM, Barrios I, García O, Navarro R, González-Urbietta I, O'Higgins M, Jafferany M.** Hair-pulling disorder (Trichotillomania): Etiopathogenesis, diagnosis and treatment in a nutshell. *Dermatol Ther.* 2020 Oct 5: e13466. doi: 10.1111/dth.14366. Epub ahead of print. PMID: 33015928.
11. **Hautmann G, Hercogova J, Lotti T.** Trichotillomania. *J Am Acad Dermatol.* 2002;46(6):807-821; quiz 822-6. doi: 10.1067/mjd.2002.122749. PMID: 12063477.
12. **Ohnesorge S, Skari H, Zochowski K, Pekrun EM, Schistad O, Næss PA.** Trichobezoar. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2020; 140(17). Norwegian, English. doi: 10.4045/tidsskr.20.0472. PMID: 33231405
13. **Barroso L, Sternberg F, Souza M, Nunes G.** Trichotillomania: a good response to treatment with N-

acetylcysteine. Anais brasileiros de dermatologia, 2017;92(4): 537-539. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20175435>.

**14. Soria Alcivar, M. et al.** Síndrome de Rapunzel gigante con complicación atípica: Reporte de un caso. Rev. Gastroenterol. Perú [online]. 2019;39(1):74-77. ISSN 1022-5129.

**15. American Psychiatric Association.** Diagnostic and statistical

manual of mental disorders (4a. ed), 2013;149.

**16. Henkel ED, Jaquez SD, Diaz LZ.** Pediatric trichotillomania: Review of management. Pediatr Dermatol. 2019;36(6):803-807. doi: 10.1111/pde.13954. Epub 2019 Oct 6. PMID: 31588617.

**Contribución de autoría:** María Antonieta Huete-Cordova, Dwight Denis Herrera-Del Águila, Juan C. Ocampo-Zegarra han participado en la concepción del artículo, la recolección de datos, su redacción y aprobación de la versión final.

**Conflicto de interés:** Los autores no tienen conflicto de interés con la publicación de este trabajo.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

**Citar como:** Huete-Cordova M, Herrera-Del Águila D, Ocampo-Zegarra J. Tricotilomanía en una adolescente durante la pandemia del COVID-19. Reporte de un caso. Diagnóstico (Lima). 2022;61(4):396-400.

**DOI:** <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v61i4.404>

**Correspondencia:** María Antonieta Huete Cordova. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Av. Grau 800. Lima 1. Lima, Perú.

**Correo electrónico:** mariamhuetecordova@gmail.com

**Teléfono:** 324-2983 / 324-2980

# DIAGNÓSTICO

Revista Médica de la Fundación Instituto Hipólito Unanue

Toda la información médica que ofrece la



FUNDACIÓN  
INSTITUTO HIPÓLITO UNANUE

está en Internet

- Versión en línea de la revista
  - Buscador Temático dentro de la revista
  - Noticias Médicas
  - Informaciones sobre la Fundación
- 
- Premio Medalla de Oro Hipólito Unanue
  - Premio Hipólito Unanue a los Mejores Trabajos de Investigación en las Ciencias de la Salud
  - Premio Hipólito Unanue a la Mejor Edición Científica sobre Ciencias de la Salud
  - Apoyo Económico a la Investigación Científica
  - Becas de Honor
  - Actividades Científicas en Provincias - Cursos Multidisciplinarios

[www.fihu.org.pe](http://www.fihu.org.pe)