

SEUDOAINHUM SECUNDARIO A TRICOTILOMANIA. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

LILIANA ARISTIZÁBAL F., M.D., DERMATÓLOGA^{1*}. Y PIEDAD ALMARIO A., M.D., DERMATÓLOGA²

¹ Programa de Dermatología. Universidad Militar Nueva Granada.

² Servicio Dermatología. Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia

Resumen

Presentamos el caso de una paciente de 62 años, con cuadro clínico de tres meses de evolución consistente en aparición de surcos dolorosos en pulpejos de dedos de manos, asociados con áreas de alopecia bitemporal de bordes irregulares, con cabellos de diferente longitud, sin otros hallazgos al examen físico y que al interrogatorio se apreció como una paciente ansiosa, que permanentemente se manipula el cuero cabelludo. La biopsia de piel no mostró lesiones y en cuero cabelludo se observaron cambios de tricomalacia. Por las manifestaciones clínicas en dedos y por las áreas de alopecia secundarias, se diagnosticó como pseudoainhum, secundario a tracción ejercida por el pelo, descartando previamente otras etiologías. El caso, resalta además, la importancia de la piel como marcador de enfermedad emocional.

Palabras clave: tracción, tricotilomania

SEUDOAINHUM SECONDARY TO TRICHOTILLOMANIA. CASE REPORT AND REVIEW

Abstract

We are presenting the case of 62 years old male. The patient presented during the last three months with a painful circumferential crease in the fingertips associated with areas of alopecia by-temporal presenting hair with irregular borders and different length. Without other clinical features showing, the patient appears to be anxious with permanent manipulation of the hairy leather. Skin biopsy did not show any changes, however, the hairy leather showed tricomalacia. Because of the clinical features, the diagnosis was pseudoainhum, secondary to hair traction. Other etiologies were discarded. This case notice the importance of the skin as a marker for emotional distress.

Key words: traction, trichotillomania

Introducción

El pseudoainhum por fuerzas externas asociado a tricotilomanía es una entidad que conduce al especialista a realizar una completa evaluación psiquiátrica del paciente, con el objeto de recomendar una terapia integral que le mejore tanto los síntomas clínicos, como el cuadro psíquico.

Caso clínico

Paciente de 62 años de sexo femenino y procedente de Bogotá, que consulta por la aparición de surcos dolorosos y pruriginosos de tres meses de evolución, que le dividen los pulpejos de los dedos de ambas manos. Concomitantemente, refiere caída de cabello en área bitemporal, sin presentar otra sintomatología.

* Correspondencia: aulet02@gmail.com. Dirección postal: Servicio de Dermatología, Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia. Tr. 3 #49-00, Bogotá, Colombia.
Recibido: Septiembre 25 de 2006. Aceptado: Marzo 5 de 2007

Como antecedente de importancia se destaca diabetes *mellitus* tratada con metformina y dislipidemia tratada con atorvastatina. Al examen físico se encuentra una paciente ansiosa, con surcos en los pulpejos de los dedos de ambas manos, siendo más profundos en los dedos índices; las lesiones son dolorosas, sin secreción y sin inflamación (Figuras 1-3). En áreas bitemporales se evidencian zonas de alopecia con bordes mal definidos y con cabellos de diferente longitud, sin inflamación ni descamación (Figura 4). Se realiza biopsia de cuero cabelludo que muestra un escaso infiltrado linfocitario perivascular y cambios de tricomalacia (Figuras 5 y 6) y biopsia de piel de un pulpejo del dedo, sin que se encuentre alguna alteración (Figura 7). Los Rx de manos comparativas tampoco muestran anomalías.



FIGURAS 1, 2 y 3. Pulpejos en dedos de ambas manos con surcos que los dividen, más profundos en dedos índices, sin secreción ni inflamación.



FIGURA 4. Alopecia bitemporal, con bordes mal definidos, cabellos de diferente longitud y ausencia de inflamación y de descamación.



FIGURAS 5 y 6. Biopsia de cuero cabelludo con tinción de hematoxilina y eosina en la que se observa un escaso infiltrado linfocitario perivascular y cambios de tricomalacia.

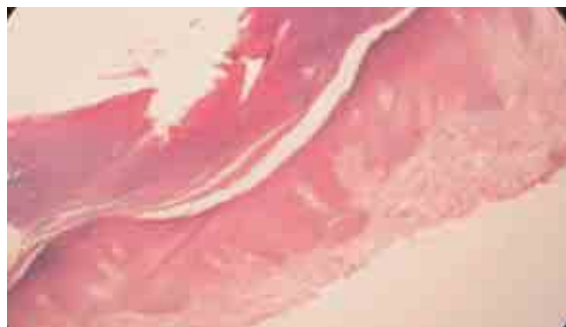


FIGURA 7. Biopsia del pulpejo del dedo con tinción de hematoxilina y eosina que muestra una piel sin alteraciones.

Se hace el diagnóstico de pseudoainhum secundario a constricción por fuerzas externas como el pelo, debido a la manipulación permanente y repetitiva del cabello de las áreas temporales, lo cual produjo áreas de alopecia. Valorada por psiquiatría, luego del examen de la esfera mental, se considera en la paciente un trastorno obsesivo-compulsivo, comprendido por la acción repetitiva y estereotipada de arrancar sus cabellos, con los cuales se producía surcos en los pulpejos de los dedos, comportamiento difícil de suprimir y que interfiere con sus actividades diarias. Se manejó con psicoterapia y con inhibidores selectivos de serotonina, controlándose su cuadro clínico.

Discusión

Ainhum (del nagos “serruchar”), es una enfermedad idiopática llamada también dactilosis espontánea e ilustra lo que ocurre por la aplicación de bandas constrictivas alrededor de los dedos, la cual lleva a la amputación espontánea. Predomina en poblaciones de raza negra de zonas tropicales, existiendo varias hipótesis sobre su etiología, dentro de ellas las causas traumáticas, infecciosas, vasculares, neurológicas y genéticas. La constricción digital se clasifica en ainhum, en bandas congénitas, en bandas constrictivas secundarias a otras enfermedades e infecciones crónicas y en bandas secundarias a trauma por fuerzas externas (1). El curso de la enfermedad es impredecible, puede durar meses o años y su historia natural incluye degeneración digital, osteoporosis y erosión esquelética con progresión a la amputación espontánea. Estos cambios patológicos son el resultado de traumatismo crónico, infección, hiperqueratosis, estrangulamiento neurovascular digital con disminución de la irrigación sanguínea y alteración de la sensibilidad, además de la atrofia consecuentes de la fibrosis. Las complicaciones más comunes son la infección y la osteomielitis (1,2).

Otra rara condición, de etiología desconocida y propuesta como de origen congénito o adquirido se denomina pseudoainhum, presentándose con bandas constrictoras en anillo, más comúnmente en pequeños dedos, semejando ainhum y descrita por primera vez en 1867 por da Silva Lima (3,4,5). Comienza como un pliegue en anillo, o como una banda constrictora que por su progreso gradual, aumentan el edema distal. El dolor puede ser intenso e incluso no presentarse y aunque los dedos pequeños son los más afectados, también se pueden comprometer varios de ellos (6). Clínicamente se presenta como ranura o como surco que de acuerdo a su profundidad, conlle-

va al desarrollo de edema distal y que en casos muy graves, puede desencadenar en amputación.

Pseudoainhum se asocia en primer lugar a trastornos hereditarios como las queratodermias, donde se incluyen la paquioniquia congénita, el Síndrome de Vohwinkel, el Mal de Meleda y el Síndrome Papillon Lefèvre y en segundo lugar, a dermatosis adquiridas como la psoriasis y la lepra. También puede asociarse a enfermedades sistémicas como esclerosis sistémica, esclerodermia lineal, enfermedad de Raynaud, siringomelia, cáncer de mama, cirrosis biliar primara y tumores de la medula espinal (7,8,9,10,11). Se pueden encontrar manifestaciones radiológicas en ainhum y en pseudoainhum de etiología congénita como osteólisis, característica en falanges media y distal del dedo comprometido, con efecto compresivo, e incluso fracturas y amputación (12).

Se han reportado casos de pseudoainhum facticio por constricción mecánica debida a fuerzas externas como pelo e hilo, algunas veces asociado a trastornos psiquiátricos y aunque poco común, se presenta con más frecuencia en adultos, pudiendo ocasionar manifestaciones clínicas agudas y crónicas al igual que deformidades (13). Diestelmeier y Rodean describieron el caso de un paciente quien por continua manipulación del cabello desarrolló una banda constrictora alrededor de un dedo, que posteriormente condujo a la amputación proximal del mismo (14).

La tricotilomanía hace parte de un trastorno psiquiátrico obsesivo-compulsivo clasificado como un desorden específico de control de impulsos, en el que la acción de arrancarse el cabello como respuesta a las emociones o a la ansiedad se constituye en una situación gratificante. Esta condición puede ser ocasional o crónica, es más frecuente en niños del sexo femenino y su presentación en pacientes adultos y en ancianos es de pobre pronóstico. Aunque el pelo del cuero cabelludo es el más frecuentemente comprometido, también puede incluir pestañas, cejas, vello púbico y vello axilar, con un patrón característico de alopecia *tonsurans*, de disposición lineal o circular, con bordes irregulares y con cabellos fracturados y de diferentes tamaños (15,16). Usualmente tiene periodos de exacerbación y de remisión, pero en la mayoría de los casos es crónico (17).

Entre los cambios histológicos más representativos se encuentran una disminución del número de folículos y en el 96% de los casos hay menos de ocho folículos pilosos por sección vertical. El constante arranca-

miento induce a una etapa de descanso del folículo por lo que se encuentra alterada la relación anágeno/telógeno que la diferencia de otras alopecias (18). Un incremento en el número de cabello velloso y de tractos fibrosos de predominio perifolicular se puede presentar por un acortamiento en el ciclo. En la biopsia es frecuente encontrar glóbulos rojos, depósitos de hemosiderina, restos de pigmento y de melanofagos secundarios al trauma, con hemorragia de predominio peribulbar. Se observa también inflamación superficial, perivascular o perifolicular, con predominio de células linfoplasmáticas (18,19).

La tricotilomanía es una patología poco reconocida en la que la sospecha diagnóstica y una biopsia sugestiva pueden permitir la comunicación entre el paciente y su dermatólogo. Es por ello que aprender a descubrir y a tratar los trastornos psicológicos y psiquiátricos en los enfermos dermatológicos se debe convertir en una práctica diaria. Muchos pacientes con desórdenes cutáneos padecen trastornos psicológicos o sicosociales asociados, estando reconocidos los factores emocionales como causa de exacerbación del cuadro, o como parte de las afecciones dermatológicas no reales, en las que las manifestaciones de la piel son autoinducidas (17). Estos cambios emocionales, sean primarios ó secundarios, reconocidos por varios autores y confirmados en nuestra experiencia personal, obligan a incluir en el interrogatorio aspectos psiquiátricos y de tal forma que se pueda administrar un tratamiento que mejore no sólo la dermatosis, sino también la calidad de vida del paciente. Remitir sin su consentimiento un paciente a psiquiatría, lleva por lo general a la pérdida del mismo, pues los individuos con alteraciones psiquiátricas y manifestaciones dermatológicas que asisten a la consulta no tienen conciencia de su problema primario y buscan simplemente que se resuelva su lesión (18,19).

Con respecto a la patogenia, los cuadros sicodermatológicos se relacionan con trastornos de ansiedad, con estados fóbicos y con trastornos obsesivos compulsivos; todas estas dermatosis en el contexto biológico, psicológico y social. Se asegura que estas condiciones no son el resultado de un solo evento traumático importante, sino que se pueden desencadenar por acumulación de pequeños estímulos cotidianos (20,21). Dentro de los trastornos obsesivos compulsivos con expresión dermatológica se encuentra la dermatosis artefacto ó facticia (definida como lesiones dermatológicas que el paciente causa en su piel negando su participación en ello) (22) y la tricotilomanía, que es el caso clínico que nos ocupa.

La morfología y la configuración de las lesiones, las cuales fueron de origen traumático y con una apariencia poco usual en las manos, junto con un completo interrogatorio, condujeron a una evaluación dermatológica y psíquica de la paciente permitiendo su diagnóstico. Un conjunto de manifestaciones cutáneas, asociado a altos niveles de ansiedad y a otros trastornos en el control de los impulsos, incluyendo el espectro obsesivo-compulsivo, ayuda a realizar una adecuada orientación terapéutica en este tipo de pacientes.

El interés académico de este caso reviste no solo en la escasez de revisiones acerca de la asociación entre pseudoainhum y tricotilomanía, sino también en que se resalta la importancia del incluir un examen psiquiátrico y clínico en los pacientes dermatológicos, pues no existen dos enfermos con características psicológicas iguales, requiriendo cada cual de un tratamiento individualizado y porque tratar adecuadamente este tipo de pacientes permite, además de la mejoría de su cuadro clínico, una mejoría de su estado psíquico y de su calidad de vida.

Agradecimientos

Al Dr. Juan Guillermo Chalela Mantilla, Médico Dermatólogo, Centro Médico de los Andes, Hospital Militar Central.

Referencias

1. Burgdorf Walter. Ainhum y pseudoainhum. En *Dermatología en medicina general Fitzpatrick*. Quinta edición. Panamericana. 2001. p. 269-1270.
2. Park, Byung Soon, Cho, Kwang, Youn, Jai, cols. Pseudoainhum Associated With Linear Scleroderma. *Arch Dermatol*. 1996;132: 1520-1521.
3. Mashhood, A; Humayun, A, Saleem, M; Arshi, I. 2004. Papillon-Lefèvre syndrome associated with pseudoainhum. *J Am Acad Dermatol*. 51(2):134-136.
4. Wollina, Uwe; Graefe, Tim, cols. Pseudoainhum of all fingers associated with Reynolds' syndrome and breast cancer: Report of a case and review of the literature. *J Amer Dermatol*. 2001;44: 381-384.
5. Garcia, Hubbell. Factitious pseudoainhum of the nipple. *Cutis*. 1979;23:80-81
6. Morand, J; Lightburn, E. (2002). Ainhum and pseudoainhum: clinical aspects and etiopathogenic hypotheses. *Med Trop*. 62 (2); 166-70.
7. Almond, SL; Curley, RK; Feldberg, L. 2003. Pseudoainhum in chronic psoriasis. *Br J Dermatol*. 149(5): 1064-6.
8. Pickus, EJ; Lionelli, G; McKinley, E; Lawrence, T; Witt, P. 2001. Digital constriction bands in pseudoainhum: morphological, radiographic and histological analysis. *Annals of plastic surgery*. 47(2):194-198.
9. Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJ. *Textbook of dermatology*. 6th ed., vols. 2 and 3. London: Blackwell Science, 1998.

10. Rauher H, Birrer RB, Aronstein M, et al. 1981. Ainhum dactylolysis spontanea. *N Y State J Med.* 81: 1779-1781.
11. Luk KD, Wu PC, Chow SP. 1986. Keratoma hereditaria mutilans: a report of a case with successful surgical treatment. *J Hand Surg [Am]*; 11: 269-272.
12. Camisa C, Rossana C. 1984. Variant of keratoderma hereditaria mutilans (Vohwinkel's syndrome): treatment with orally administered isotretinoin. *Arch Dermatol*; 120: 1323-1328.
13. Park, B; Cho, K H; Youn, J; Chung, J. Pseudoainhum associated with linear scleroderma. *Arch Dermatol.* 1996;132 (12):1520-21.
14. Diestelmeier ,MR; Rodean,OG. Pseudoainhum associated with plica neuropathica. *Cutis.* 1981;28 (6); 629-30.
15. Wollina, U; Graefe, T; Oelzner, P; Hein, G; Schreiber, G. Pseudoainhum of all fingers associated with Reynolds syndrome and breast cancer: Report of case and review of the literature. *J Acad Ame Dermatol.* 2001;44(2); 381-84.
16. Hautmann,G; Hercogova,J; Lotti,T. .Trichotillomania. *J Am Acad Dermatol.* 2002;.46(6): 807-26.
17. Krishan, RR; Davidson, JR; Guarjuardo, C. Trichotillomania: a review. *Compr Psychiatry.* 1985;26:123-8.
18. Bergfeld, W; 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: 207-14.
19. Walsh, K; McDougle, C. Trichotillomania: Presentation, etiology, diagnosis and therapy. *Am J Clinic of Dermatol.* 2001;2 (5):327-333.
20. Shah,K; Fried, R. Factitial dermatoses in children. *Current Opinion in Pediatrics.* 2006;18 (4): 403-409.
21. Grimalt, F; Cotterill, JA . *Dermatología y Psiquiatria, Historias clinicas comentadas.* España. Grupo Aula Medica, S.A. Madrid, España: 2002
22. Leonard HL; Swedo SE; Lenane MC. A 2 to 7 year follow-up study of 54 obsessive compulsive children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50: 429-439.
23. Christenson GA. Personality and clinical characteristics in patients with trichotillomania. *J Clin Psychiatry.* 1992;53:407.