

- [5] Skosnik PD, Sparz-Glenn L, Park S. Cannabis use is associated with schizotypy and attentional dysinhibition. *Schizophrenia Res* 2001;25:743-65.

Jawaid A. Khan
Beryl Langley
*Hospital Edith Cavell, Breton Gate,
Peterborough PE3 6GZ, Reino Unido*

Escitalopram en la tricotilomanía

Señor:

La tricotilomanía es un trastorno psiquiátrico olvidado con expresión dermatológica [1]. A pesar de nueva información intrigante sobre la tricotilomanía, se carece de la información básica sobre su prevalencia, evolución natural y tratamiento [2]. La tricotilomanía es un trastorno de los impulsos en el que los pacientes se tiran crónicamente del pelo del cuero cabelludo o de otros lugares, o ambas cosas [3]. Tirarse del cabello y arrancárselo es más común en las regiones frontoparietales y temporales de la cabeza, aunque ocasionalmente pueden estar implicadas las pestañas, las cejas, el vello púbico y el vello en otros sitios del cuerpo. Informamos sobre un niño que presentaba pérdida gradual del pelo en el cuero cabelludo y había también compulsión a arrancárselo a otros miembros de la familia. Respondió a un nuevo ISRS, el escitalopram.

S., un niño de 10 años que estudia 5º curso de la enseñanza reglada, fue traído por su padre a la clínica dermatológica por pérdida de pelo en la cabeza durante los 10 últimos meses. El niño era normal unos 10 meses atrás, cuando desarrolló un área de alopecia en el cuero cabelludo. Se prescribieron al niño medicamentos antimicóticos junto con una loción para el cuero cabelludo durante 2 meses sin ninguna mejoría. El hábito de arrancarse el cabello había aumentado y también comenzó a arrancárselo a su madre y hermana siempre que tenía la oportunidad, especialmente cuando estaban dormidas. El examen del pelo del cuero cabelludo del niño era normal. Se derivó al niño para evaluación psicológica. Se interrumpieron todas las medicaciones. En una evaluación psicológica detallada en tres sesiones, se encontró que no se permitía al niño salir fuera a jugar con los amigos y estaba confinado únicamente a la casa. Esto se debía al miedo de los padres a que el niño pudiera malcriarse o sufrir un accidente. No se permitía al niño ninguna actividad de ocio en casa y le pedían continuamente que estudiara o durmiera. El niño tenía también el hábito de morderse las uñas. Era el más pequeño de tres hermanos. No había antecedentes propios o familiares de ninguna enfermedad física o psiquiátrica crónica. El padre tenía una tienda de muebles en la propia casa. El niño tenía un buen expediente académico. Después de desarrollar este problema, el niño llevaba gorra todo el tiempo, incluso durante el verano. Después de desarrollar la enfermedad, comenzó a recibir atención de los miembros de su familia.

Se iniciaron 5 mg diarios de escitalopram con el niño, que se aumentaron a 10 mg diarios después de una semana, y se

dió también sugestión, distracción y explicación de la naturaleza de los síntomas. Se aconsejó también al padre sobre la naturaleza de la enfermedad, su comienzo y perpetuación. Hubo una disminución gradual en la frecuencia del arrancamiento del cabello y de morderse las uñas, seguido por remisión completa. En el seguimiento hasta los 2 meses, no había desarrollado el hábito y comenzaba a disfrutar de actividades en el exterior con sus amigos.

La tricotilomanía en niños se asocia comúnmente con otros rasgos neuróticos como morderse las uñas (como se asociaba en el presente caso), chuparse el dedo, ansiedad o estrés por los exámenes, discapacidad de aprendizaje y negligencia de los padres [4], y puede haber ingestión de pelo que lleve a tricobezoar. En el presente caso, había factores causantes de estrés, en forma de negligencia y aburrimiento. Se ha advertido un aumento de la incidencia de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) comórbido con la tricotilomanía y las investigaciones neurológicas han corrido paralelas con estudios etiológicos del TOC y han demostrado tanto similitudes como diferencias entre el TOC y la tricotilomanía [5]. Algunos investigadores han etiquetado incluso la tricotilomanía como un trastorno del espectro del TOC. Aunque se ha encontrado que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, especialmente la fluoxetina, la paroxetina, la fluvoxamina y el citalopram son útiles en la tricotilomanía [6-10], no hay informes sobre el papel del escitalopram (que es un ISRS sumamente selectivo y S-enantiómero puro del derivado falano bicíclico racémico citalopram) en la tricotilomanía. Es preciso reconocer a tiempo y tratar apropiadamente el trastorno para evitar cualquier complicación futura.

Bibliografía

- [1] Bhatia MS, Singhal PK, Rastohi V, Dhar NK, Nigam VR, Taneja SB. Clinical profile of trichotillomania. *J Indian Med Assoc* 1991;89:137-8.
- [2] Block C, West SA, Baharoglu R. Paroxetine treatment of trichotillomania in an adolescent. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1998;8:69-71.
- [3] Bhatia MS. Trichotillomania: an obsessive compulsive spectrum disorder. *Indian J Dermatol* 1995;40:134-5.
- [4] Christense GA, Crow SJ. The characterization and treatment of trichotillomania. *J Clin Psychiatry* 1996;57(Suppl 8):42-7.
- [5] Hautman G, Hercogova J, Lotti T. Trichotillomania. *J Am Acad Dermatol* 2002;46:807-21.
- [6] Jaspers JP. The diagnosis and psychopharmacological treatment of trichotillomania: a review. *Pharmacopsychiatry* 1996;29:115-20.
- [7] Stanley MA, Breckenridge JK, Swann AC, Freeman EB, Reich L. Fluvoxamine treatment of trichotillomania. *J Clin Psychopharmacol* 1997;17:278-83.
- [8] Stein DJ, Bouwer C, Maud CM. Use of the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram in treatment of trichotillomania. *Eur Arch Clin Neurosci* 1997;247:234-6.

M. S. Bhatia
UCMS, D-1 Naraina Vihar, Delhi 110028, India.

Savita Sapra
AIIMS, Nueva Delhi 110029, India