

DOI:10.4464/MC.2013.41.4.5076

Alopecia o alopecia mental

Alopecia or mental alopecia

En la práctica diaria hallamos pacientes que consultan por una supuesta alopecia. La mayoría de ellos son personas sin signos clínicos de alopecia y algunos de ellos adoptan conductas compulsivas con referencia a su supuesta alopecia. Dicha preocupación muchas veces se extiende a su pareja o a sus progenitores y otras veces la tendencia es a la inversa: desde los progenitores hasta el propio paciente que puede o no sufrir la preocupación. Independientemente de este trastorno que hemos denominado Alopecia o Alopecia mental se hallan variantes focales de la misma, especialmente en la línea de implantación frontal, dos casos de los cuales vamos a relatar como ejemplo de esta patología cada vez más frecuente en las consultas, al menos de tricología.

Dos tipos de pacientes tienden a padecer de esta falsa alopecia: en un extremo tenemos un varón joven, con buen pelo o mínimas "entradas" o "coronilla", propios de su edad, obsesionado en que se va a quedar calvo. Muchas veces ello obedece a una fijación con algún caso de alopecia androgenética en alguno de sus progenitores, habitualmente el padre o uno de los abuelos. Como hemos comentado muchas veces esta idea compulsiva anida también en alguno de los padres, habitualmente la madre, que no ayuda a resolver el problema. Y lógicamente el paciente no se va a "curar" de su normalidad.

En el otro extremo tenemos a una mujer adulta con pelo largo y grueso en general abundante con una observación enfermiza de los cabellos que recambia y con un contaje minucioso de los que encuentra en los cepillos y de lo que ve en el espejo.

Un grado superior de este problema es cuando el sentir de la alopecia reside en uno de los progenitores pero no afecta psíquicamente al paciente, o sea que en este caso es, habitualmente la madre, quien sufre la obsesión de la calvicie precoz en la cabeza de su hijo, sin inmutarse éste. Pero hay otras variantes que vamos a presentar a modo de ejemplo:

Un primer caso se trataba de una mujer de 28 años que desde hace 8 años la visitábamos porque tiene la idea obsesiva de que perdía cabello en la línea de implantación frontal, siendo ésta completamente normal y no habiéndose modificado en todo este tiempo. Se trataba con preparados polivitamínicos y minoxidil 5%. Relataba y analizaba muy minuciosamente cada uno de los "entrantes" y "salientes" de su línea de implantación frontal que reconocía al "dedillo" causándole una gran angustia y agitación cualquier ligero cambio que ella apreciara.

La visita médica siempre terminaba con verdaderos lloros por parte de la paciente, pues claro está ningún tratamiento mejoraba lo que era de por sí mismo normal.

Un segundo caso se trataba también de una mujer de 42 años que controlamos desde hacía tres años por mínimas alopecias cicatriciales (tipo alopecia parvimaclulata) en región frontal, en número de 3-4 elementos de menos de 1 cm de diámetro. Una biopsia practicada fue anodina no reportando ningún indicio de valor. La paciente estaba obsesionada con estas 3-4 pequeñas placas alopecicas que permanecieron estables durante todo el tiempo de su seguimiento. En ese caso su pareja, que le acompañaba en todas las visitas, soportaba muy estoicamente todas las vicisitudes de la entrevista médica especializada, terminando también muchas veces la visita en lloros por parte de la paciente.

En estos dos casos se consideró desde el punto de vista psiquiátrico que se trataba de un trastorno de dismorfofobia. El primer paciente correspondería a un trastorno compulsivo de comprobación y percepción delirante de la realidad o bien tratarse de un trastorno somatomorfo que se caracteriza por molestias inespecíficas que no pueden ser explicadas por la existencia de una enfermedad orgánica; en estos casos los pacientes suelen insistir en la presencia de [HYPERLINK "http://es.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADntoma"](http://es.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADntoma) o "Síntoma" síntomas físicos como [HYPERLINK "http://es.wikipedia.org/wiki/Dolor"](http://es.wikipedia.org/wiki/Dolor) o "Dolor" dolor o [HYPERLINK "http://es.wikipedia.org/wiki/Inflamaci%C3%B3n"](http://es.wikipedia.org/wiki/Inflamaci%C3%B3n) o "Inflamación" inflamación y demandan pruebas diagnósticas a pesar de que los hallazgos siempre son negativos. El segundo paciente se trataría además de un estado histriónico de personalidad que se retroalimentaría por el comportamiento reafirmante de su pareja.

En conclusión podemos denominar Alopecia o alopecia mental al trastorno obsesivo que lleva al paciente a creer que inexorablemente tiende a la calvicie. Ello conlleva a un comportamiento compulsivo en referencia a su cabello que traduce de fondo una dismorfofobia expresado como un trastorno somatomorfo. Dichos casos cada vez son más frecuentes en la consulta tricológica especializada y probablemente porque los cánones de belleza actuales inducen a adoptar actitudes más exigentes con la propia imagen personal especialmente en personas más sensibles a dichas tendencias.

Juan Ferrando, Ramón Grimalt
Servicio de Dermatología. Hospital Clínic.
Universidad de Barcelona. España.