



Tricotemnomania na alopecia androgenética: relato de caso

Trichotemnomania in androgenetic alopecia: a case report

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.2026180443>

RESUMO

A tricotemnomania é um transtorno obsessivo-compulsivo raro e pouco reconhecido, caracterizado pelo corte repetitivo dos cabelos. Sua apresentação clínica pode se assemelhar a outros distúrbios capilares, frequentemente resultando em diagnósticos equivocados e tratamentos desnecessários. Relatamos o caso de um homem de 25 anos com rarefação capilar. A tricoscopia evidenciou áreas com fios miniaturizados e hastes com diâmetros heterogêneos, compatíveis com alopecia androgenética, adjacentes a áreas irregulares com fios uniformemente curtos e de extremidades rombas, sugestivos de corte mecânico. A anamnese detalhada confirmou a coexistência de tricotemnomania, sustentada pelo relato do paciente de uso recorrente e deliberado de lâmina para cortar os cabelos.

Palavras-chave: Alopecia; Doenças do Cabelo; Transtorno Obsessivo-Compulsivo

ABSTRACT

Trichotemnomania is a rare, underrecognized obsessive-compulsive disorder characterized by repetitive cutting of hair. Its clinical presentation may mimic other hair disorders, often leading to misdiagnosis and unnecessary treatments. We report the case of a 25-year-old man presenting with scalp hair thinning. Trichoscopy revealed areas of miniaturized hairs with heterogeneous shaft diameters, consistent with androgenetic alopecia, adjacent to irregular patches of uniformly short hairs with blunt ends, suggestive of mechanical trimming. Detailed history-taking confirmed the coexistence of trichotemnomania, supported by the patient's report of recurrent and deliberate use of a razor to cut his hair.

Keywords: Alopecia; Hair Diseases; Obsessive-Compulsive Disorder

Relato de Caso

Autores:

Diana Coello Bonilla¹
Giovanna Gelli Carrascoza¹
Gabrielle Cassulo Franciscatti²
Maria Victória Quaresma¹

- ¹ Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Dermatologia, São Paulo (SP), Brasil
² Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil

Correspondência:

Gabrielle Cassulo Franciscatti
E-mail: gabrielle.franciscatti@gmail.com

Funding: None

Conflict of interest: None

Submitted on: 02/25/2025

Final decision: 12/30/2025

How to cite this article:

Bonilha DC, Carrascoza GG, Franciscatti GC, Quaresma MV. Trichotemnomania in androgenetic alopecia: a case report. Surg Cosmet Dermatol. 2026;18(1):e20260443.



INTRODUÇÃO

A tricotemnomania é um comportamento do espectro obsessivo-compulsivo caracterizado pelo corte recorrente dos cabelos com tesoura ou lâmina.¹ O termo deriva do grego thrix (cabelo), temnein (cortar) e mania (loucura). Trata-se de uma condição rara e frequentemente pouco reconhecida, que se manifesta como alopecia autoinduzida decorrente do corte ou raspagem habitual dos fios. Embora não seja totalmente voluntário, esse comportamento geralmente é motivado por um impulso de alívio do estresse, e os pacientes podem relatar em revelá-lo.²

Devido ao seu reconhecimento limitado na prática dermatológica, a tricotemnomania é frequentemente diagnosticada de forma equivocada como alopecia, especialmente alopecia areata ou tricotilomania.³ Pode ocorrer de forma isolada ou associada a outras doenças do cabelo.

Relatamos um caso de tricotemnomania associada à alopecia androgenética (AAG), destacando seus aspectos clínicos, tricoscópicos e histopatológicos, e enfatizando a importância de considerar essa entidade no diagnóstico diferencial das alopecias.

RELATO DE CASO

Homem, 25 anos, com diagnóstico prévio de leucemia linfocítica aguda tratada com transplante de medula óssea há 6 anos, apresentava histórico de queda capilar progressiva havia 2 anos, sem causas identificáveis ou sintomas associados.

Ao exame dermatológico, observaram-se áreas de alopecia não cicatricial com rarefação capilar nas regiões do vértice e frontal, associadas a placas irregulares, bem delimitadas, nas regiões bi-

parietais e occipital. A superfície do couro cabeludo apresentava-se normal, e o teste de tração foi negativo (Figura 1a-c).

A tricoscopia evidenciou fios miniaturizados e hastes com diâmetros heterogêneos, compatíveis com AAG. Adicionalmente, observaram-se fios curtos de comprimento uniforme e com extremidades rombas, sugerindo a coexistência de um processo mecânico de corte. Não foram identificados fios quebrados, pontos pretos ou sinais de inflamação perifolicular (Figura 1d).

Exames laboratoriais, incluindo sorologias para HIV e sífilis, foram negativos. O exame histopatológico da biópsia do couro cabeludo na região occipital revelou arquitetura epidérmica preservada, com presença de folículos terminais e velos, sem evidência de inflamação, fibrose ou cicatrização (Figura 1e-f).

Em avaliações subsequentes, o paciente relatou o uso de produtos sintéticos para disfarçar áreas de alopecia e admitiu o hábito de raspar frequentemente os cabelos com lâmina, além do uso de produtos para coloração capilar. Os achados clínicos, histopatológicos e tricoscópicos sustentaram o diagnóstico de tricotemnomania sobreposta à AAG.

O paciente foi orientado a suspender a raspagem dos cabelos até reavaliação. Após 3 semanas, observou-se aumento da densidade capilar nas áreas previamente acometidas, corroborando o diagnóstico de tricotemnomania (Figura 2). O paciente não retornou para seguimento dermatológico posterior.

DISCUSSÃO

A tricotemnomania é um transtorno raro do espectro obsessivo-compulsivo, caracterizado pelo corte ou raspagem

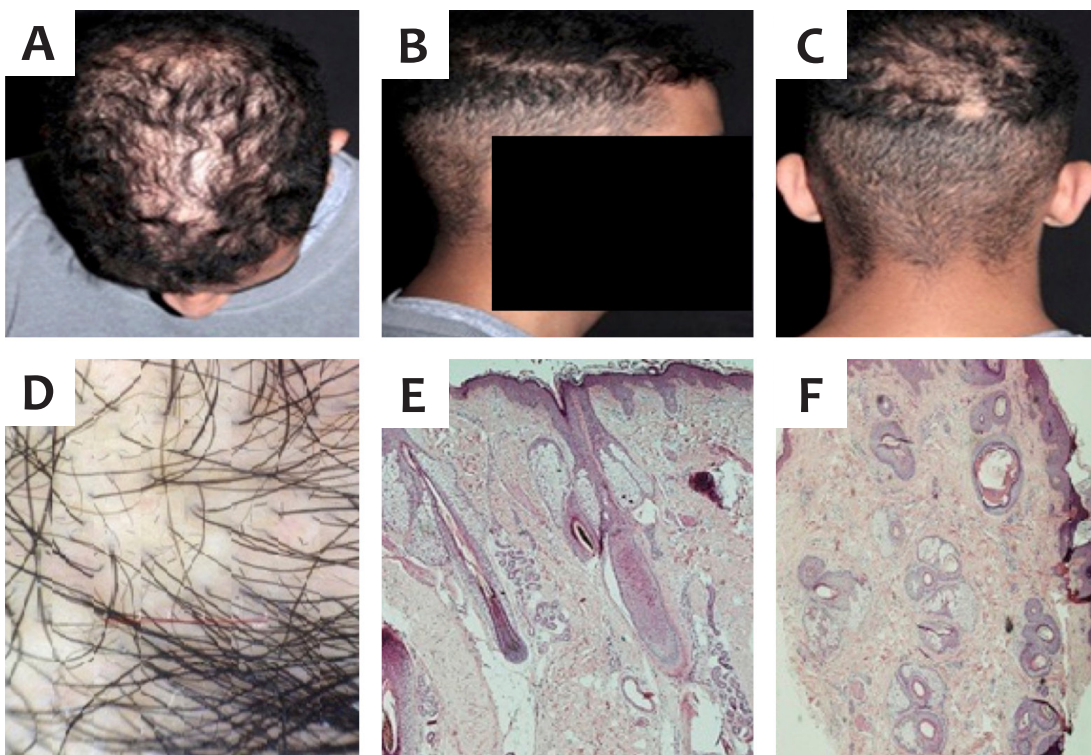


FIGURA 1: Tricotemnomania. Apresentação clínica inicial (a, b, c). Tricoscopia evidenciando fios curtos com extremidades rombas e regulares, além de heterogeneidade no diâmetro das hastes, com alguns fios finos em todas as áreas de alopecia (dermatoscopia manual, $\times 10$) (d). Cortes histológicos longitudinal (e) e transversal (f) do couro cabeludo mostrando epiderme preservada e distribuição normal de folículos velos e terminais, sem sinais de inflamação (hematoxilina e eosina, $\times 20$)

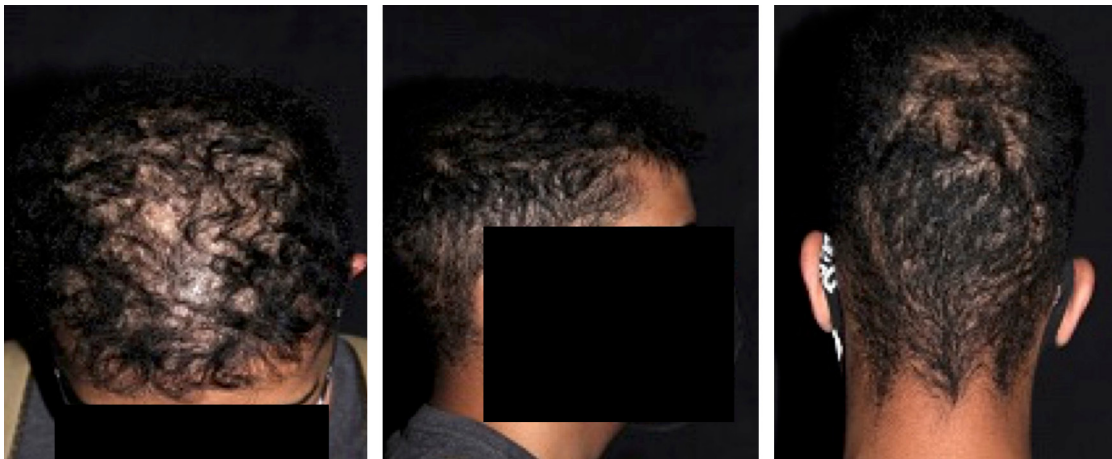


FIGURA 2: Reavaliação após 3 semanas evidenciando apenas sinais de alopecia androgênica

TABELA 1: Diagnósticos diferenciais da tricotemnomania: achados tricoscópicos e histopatológicos

CONDIÇÃO	MECANISMO	ACHADOS TRICOSCÓPICOS	ACHADOS HISTOPATOLÓGICOS
Tricotemnomania	Corte compulsivo dos cabelos	Fios curtos de comprimento uniforme, com extremidades rombas e bem delimitadas; superfície do couro cabeludo normal	Arquitetura folicular preservada; infundíbulos preenchidos por hastes capilares; ausência de inflamação ou cicatrização
Tricotilomania	Arrancamento compulsivo dos cabelos	Fios quebrados com comprimentos variados; tricoptilose; fios em chama; sinal em “V”; micro-hemorragias foliculares	Tricomalácia; folículos pilosos vazios; pigmentos de melanina; inflamação superficial ⁶
Alopecia areata	Autoimune	Pontos amarelos; pontos pretos; fios quebrados; fios velos curtos; fios em ponto de exclamação; fios afilados	Infiltrado linfocitário peribulbar; aumento de folículos em catágena/telógena ⁷
Tinea capitis	Infecção fúngica (<i>Microsporum, Trichophyton</i>)	Fios em vírgula; fios em saca-rolhas; fios em “código Morse”; fios em zigue-zague; pontos pretos; descamação	Elementos fúngicos nos folículos pilosos; inflamação perifolicular; possível formação de granuloma ⁹
Tricoteiromania	Coçar ou friccionar compulsivamente o couro cabeludo	Hastes capilares fraturadas; “fios em vassoura”; pontas duplas	Estruturas foliculares preservadas; pontas duplas; ausência de inflamação ou cicatrização ¹⁰

recorrente dos próprios cabelos, geralmente como mecanismo de enfrentamento de sofrimento psicológico.¹ Embora o couro cabeludo seja o local mais frequentemente acometido, também há relatos de envolvimento de sobrancelhas, cílios, axilas e região pubiana.⁴ Devido ao caráter parcialmente involuntário ou não reconhecido do comportamento, os pacientes frequentemente negam ou desconhecem sua natureza autoinduzida, contribuindo para o subdiagnóstico.

A condição é frequentemente diagnosticada de forma equivocada como tricotilomania, alopecia areata ou tinea capitis.² A Tabela 1 resume os principais diagnósticos diferenciais da tricotemnomania.

O diagnóstico baseia-se na integração de achados clínicos, tricoscópicos e histopatológicos. Clinicamente, a tricotemnomania se manifesta como placas bem delimitadas contendo fios curtos de comprimento uniforme e com extremidades rombas, cor-

tadas uniformemente, enquanto a superfície do couro cabeludo apresenta-se normal, sem eritema, descamação ou dano folicular.¹

A tricoscopia desempenha papel central na investigação da tricotemnomania. Evidencia hastas capilares com extremidades bem definidas e comprimento uniforme, compatíveis com corte mecânico, e não com destruição folicular. Esses achados contrastam com as fraturas irregulares da haste, tricossuave e tri-coptilose observadas na tricotilomania, bem como com os fios em ponto de exclamação, pontos amarelos e pontos pretos típicos da alopecia areata.⁵

Do ponto de vista histopatológico, a biópsia do couro cabeludo na tricotemnomania demonstra arquitetura folicular preservada, com todos os infundíbulo preenchidos por hastas capilares e ausência de inflamação, fibrose ou cicatrização.¹ Esse padrão difere do observado na tricotilomania, que pode apresentar folículos vazios, involução folicular (catágena) e alterações traumáticas,⁶ e na alopecia areata, que tipicamente exibe infiltrado linfocitário peribulbar.⁷

No presente caso, a tricotemnomania coexistia com AAG. Na AAG, ocorre miniaturização folicular mediada por andrógenos em folículos geneticamente suscetíveis, levando à transformação progressiva de folículos terminais (produtores de fios espessos e pigmentados) em folículos velos (produtores de fios

finos e curtos). Isso resulta em heterogeneidade das hastas capilares em diferentes estágios de evolução da doença.⁸ A tricotemnomania não altera esse processo, mas sobrepõe fios uniformemente cortados a esse padrão, podendo dificultar o diagnóstico.

O manejo da tricotemnomania requer abordagem multidisciplinar envolvendo dermatologistas, psiquiatras e psicólogos, uma vez que o comportamento frequentemente está associado a estresse, ansiedade ou transtornos obsessivo-compulsivos. Educação do paciente, manejo do estresse e terapia comportamental são fundamentais para prevenir recorrências.

CONCLUSÃO

Devido ao seu frequente subdiagnóstico, a tricotemnomania deve ser considerada pelos dermatologistas no diagnóstico diferencial de pacientes com rarefação capilar em placas, aberturas foliculares preservadas e fios uniformemente cortados, especialmente quando os achados tricoscópicos e histopatológicos não são compatíveis com alopecia areata ou tricotilomania. Ressalta-se que a tricotemnomania pode coexistir com outras doenças capilares, tornando o quadro clínico mais complexo. O reconhecimento precoce é essencial para evitar intervenções desnecessárias e garantir suporte psicológico e seguimento oportunos. ●

REFERÊNCIAS:


- Happle R. Trichotemnomania: obsessive-compulsive habit of cutting or shaving the hair. *J Am Acad Dermatol.* 2005;52(1):157-9.
- Mutluer T, Ateş B, Nasiroğlu S, Eray Ş. Three adolescent cases of a very rare disorder: Trichotemnomania. *Psychiatry Clin Psychopharmacol.* 2019;29(3):212-5.
- Gallouj S, Rabhi S, Baybay H, Soughi M, Meziane M, Rammouz I, et al. Trichotemnomanie associée à une trichotillomanie: intérêt diagnostique de la dermoscopie. *Ann Dermatol Venereol.* 2011;138(3):140-1.
- Thadchanamoorthy V, Thirukumar M, Dayasiri K, Thamilvannan N, Jeyakumar J. Trichotemnomania in an adolescent girl: a case report of an Asian child and literature review. *Case Rep Dermatol Med.* 2020;2020:6615250.
- Rudnicka L, Rakowska A, Kerzeja M, Olszewska M. Hair shafts in trichoscopy: clues for diagnosis of hair and scalp diseases. *Dermatol Clin.* 2013;31(4):695-708.
- 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(4):207-14.
- Al-Dhubaibi MS, Alsenaid A, Alhetheli G, Abd Elneam AI. Trichoscopy pattern in alopecia areata: a systematic review and meta-analysis. *Skin Res Technol.* 2023;29(6):e13378.
- Liu Y, Tosti A, Wang ECE, et al. Androgenetic alopecia. *Nat Rev Dis Primers.* 2025;11(1):73.
- Waškiel-Burnat A, Rakowska A, Sikora M, Ciechanowicz P, Olszewska M, Rudnicka L. Trichoscopy of tinea capitis: a systematic review. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2020;10(1):43-52.
- Freyschmidt-Paul P, Hoffmann R, Happle R. Trichotillomania. *Eur J Dermatol.* 2001;11(4):369-71.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Diana Coello Bonilla  ORCID 0009-0005-6503-082X
Elaboração e redação do manuscrito, Revisão crítica da literatura.

Giovanna Gelli Carrascoza  ORCID 0009-0002-6431-6090
Elaboração e redação do manuscrito, Revisão crítica da literatura.

Gabrielle Cassulo Franciscatti  ORCID 0009-0007-7216-0045
Revisão crítica da literatura, Revisão crítica do manuscrito.

Maria Victória Quaresma  ORCID 0000-0003-2891-1650
Concepção e planejamento do estudo, Participação efetiva na orientação da pesquisa, Revisão crítica da literatura.