

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Alopecia Triangular Temporal. Revisión de las manifestaciones clínicas y dermatoscópicas. A propósito de 6 casos observados.

Dr. Enrique Uraga,* Dra. María Cecilia Briones,** Dra. María Verónica Uraga,** Dra. Claudia Maldonado***

- * Director del Centro Dermatológico Dr. Uraga – Director del Posgrado de Dermatología de la UCSG, Hospital Luis Vernaza.
- ** Médico Dermatólogo del Centro Dermatológico Dr. Uraga.
- *** Médico Residente 1 del Posgrado de Dermatología de la UCSG y del Hospital Luis Vernaza. Guayaquil – Ecuador.

RESUMEN

La alopecia triangular temporal congénita es un cuadro de rara observación y de la cual si bien en los últimos años se han publicado más artículos, los mismos aún son relativamente escasos. Igualmente aun no existe un conocimiento certero en lo que respecta a su etiología, edad de presentación ni de posibilidades terapéuticas. La tricoscopia se ha convertido en los últimos años en un fuerte apoyo tanto para el diagnóstico específico de la alteración como para el diagnóstico diferencial con otras enfermedades parecidas. Se hace una revisión de la bibliografía al respecto y se repasa la clínica y la dermatoscopia de nuestros casos.

Palabras claves: Triangular Alopecia. Dermatoscopy

ABSTRACT

Temporal triangular congenital alopecia is considered a rare condition, despite the fact of the increased number of cases reported in recent years. Its etiology, age of clinical presentation, and appropriate therapeutic modalities are still uncertain. Trichoscopy has become a key diagnostic tool in the diagnosis of this condition and differentiation from similar pathologies. A review of published literature on this entity was performed; clinical and the dermatoscopic characteristics of our cases are presented.

Keywords: Alopecia triangular. Dermatoscopia.

INTRODUCCIÓN

La alopecia triangular temporal congénita (ATTC), fue descrita originalmente por Raymond Sabouraud en 1905 en su libro “*Manuel élémentaire de dermatologie topographique réégionale*” como “*alopécia triangulare congenitale de la temp*” y años después, en 1926 fue nuevamente reportada por Brauer, como parte del síndrome de Brauer que lo describe como displasia dérmica focal facial tipo 1 o nevo aplásico temporal de las sienes o aplasia cutis bitemporal congénita, y que se expresa como depresiones temporales cutáneas que semejan marcas de forceps.⁽¹⁾ Sin embargo, los casos de Brauer no corresponderían a una ATTC dado que en la misma no hay depresiones ni aplasia, pero, la hipotricosis y la localización lesional habrían dado lugar a una confusión que se ha perennizado con el nombre de la alteración hasta el momento actual. Este cuadro no mencionado nuevamente hasta el año de 1932, en que Galewsky reporta un caso de *alopecia triangularis congenitalis*.⁽²⁾ Se la conoce también con los nombres de *alopecia triangular circumscriba de la sien*, *nevo hipotricótico*, *nevus aplásico sistematizado de Brauer* o simplemente nevo de Brauer.

La ATTC está clasificada dentro del grupo de las alopecias congénitas no cicatrizales, no progresivas, circunscritas o localizadas^(3,4) aunque, el tiempo de aparición de la enfermedad puede ser variable.

El cuadro se presenta como una placa alopécica con forma de triángulo isósceles, generalmente unilateral y raras veces bilateral (entre de 7,5% - 20%)⁽⁵⁾ con una base de aproximadamente 2 cm, ubicada en el borde temporal del cuero cabelludo que se dirige hacia atrás por el ángulo temporofrontal.⁽⁶⁾

Dicho de manera más sencilla, se trata de una placa de aspecto triangular con ángulos romos y con la base del triángulo ubicada en la línea de implantación del cabello. Sin embargo, esta conformación puede cambiar y observarse de forma ovalada o redonda.⁽⁷⁾ Es frecuente la presencia por delante de la zona alopécica de una franja delgada de pelo, hecho que comparte con otro proceso alopécico, la *alopecia liminar frontal* (pérdida de cabello por tracción), actualmente de rara observación y que se veía con frecuencia cuando el peinado de tipo cola de caballo muy tirante estaba en pleno apogeo.⁽⁸⁾

En el interior de la placa, se pueden observar cabellos de color y textura variable, en ocasiones normal y en otras muy disminuidos tanto en tamaño como en color.

A pesar de la denominación de *congénita* que conforma su nombre, el cuadro puede no manifestarse clínicamente hasta la adolescencia o la edad adulta. Por lo común se presenta entre los 2 y los 6 a 9 años de edad, sin embargo existen reportes en que el proceso se presenta en la edad adulta y en uno de ellos⁽⁹⁾ se concluye que probablemente estos casos solo sean el resultado de fallas diagnósticas previas, sin embargo, debido a la variabilidad de edad de presentación, no son pocos los autores que la denominan tan solo como alopecia triangular temporal (ATT).⁽⁷⁾

Por otra parte, aunque se supone que esta alteración se presenta desde el nacimiento, los padres no suelen notarla hasta los 3 o 5 años de edad, probablemente debido a que la zona esta cubierta por el vello frontal que se observa en la línea de implantación en los niños.⁽²⁾ Sin embargo autores como Rook y Kubba piensan que es improbable que los padres no noten

un parche sin pelo a lo largo de tres años⁽¹⁰⁾ y por ello consideran que podría tratarse de una alopecia adquirida durante los primeros 6–9 años de vida.

En el trabajo de Masashi Yamazaki y colaboradores,⁽¹¹⁾ publicado en el 2010 y basado en una serie de 52 pacientes con ATT, los autores encuentran que en más de la mitad de los casos, (58,8%), la alteración aparece entre los dos y los nueve años de edad, un tercio (36,5%) al nacimiento y, 3,8% en la edad adulta.⁽¹¹⁾

La ubicación más frecuente es la región temporal pero también ha podido ser observada en la zona temporo-parietal y en la región occipital.⁽¹⁰⁾

Aunque la frecuencia del cuadro no ha sido establecida, algunos autores la ubican en el rango de 0,11%⁽⁵⁾ sin embargo Alexander Leung⁽¹²⁾ acota que en su opinión ese porcentaje que fue reportado por García-Hernandez et al⁽¹³⁾ en 1995, quienes revisan 6.200 pacientes de primera consulta que fueron seleccionados al azar en la clínica dermatológica del *Hospital Universitario Virgen Macarena* en España y encuentran que, tan solo siete pacientes (0,11%) tenían ATT, lo cual según Leung, no refleja la realidad de la incidencia del cuadro en la población general y es posible que muchos diagnósticos de ATT sean pasados por alto o simplemente no sean reportados.

En el estudio de los casos descritos por Chum y Devakar, los autores concluyen que el 79% de los casos fueron unilaterales, 18,5% fueron bilaterales, 2,5% la localización fue occipital. En lo que respecta al sexo 51,6% fueron varones y 48,4% fueron mujeres, otros indican igual incidencia en ambos sexos y concluyen que estas cifras son concordantes con datos previos publicados.^(14,15)

ETIOPATOLOGÍA

La patogenia es desconocida pero si bien usualmente su presentación es esporádica, el hecho de que se hayan reportado varios casos familiares⁽¹³⁾ ha dado lugar a nuevos conceptos. El primer reporte familiar de la enfermedad fue el realizado por Bargman en dos pacientes, padre e hijo en 1984⁽¹⁶⁾ y, posteriormente Ruggieri et al. comunican ATT en madre e hija en asociación con retardo mental y epilepsia,⁽¹⁷⁾ por lo que Happle⁽¹⁸⁾ en el año 2003 sugirió una herencia paradominante, que únicamente puede comprobarse cuando la pérdida del alelo se produce en un estado del desarrollo precoz.^(18,20) Igualmente se ha invocado una asociación epidérmica / neuroectodérmica desde que se reportó el caso de madre e hija con retraso mental y epilepsia y, en la hija, la resonancia magnética cerebral demostró la malformación de Dandy-Walker tipo B.^(6,17,21)

CUADRO CLÍNICO

Se trata de una condición benigna y no progresiva, relativamente poco conocida, situación que puede deberse a un insuficiente diagnóstico o a la escasez de publicaciones.

Se observa como una placa de alopecia localizada, generalmente de menos de 4 cm de diámetro, carente de síntomas y con aspecto inalterable, sin crecimiento alguno, y de parecerlo, en realidad correspondería al crecimiento proporcional con el resto del cuero cabelludo. Se la puede observar desde el nacimiento o dentro de los primeros seis años de vida y debido a ello y a los reportes de casos en edad adulta, se tiende actualmente a considerarla como adquirida más que congénita.⁽²⁰⁾

Dado que en muchos casos los padres notan la zona sin pelos después de los 3 años de edad, se ha pensado que este período se debe al escaso número de pelos durante el primer año de vida.

La lesión se manifiesta como una placa de forma triangular pero en ocasiones puede ser ovalada o redonda, los ángulos redondeados (sin atrofia, descamación ni cambios de coloración). En su interior se observa la presencia de pequeños pelos vellosos y finos y ausencia de pelos terminales, los cuales pueden ser observados en un número pequeño en el borde de la placa y confundiendo con el cabello normal o, como pequeños islotes de pelos oscuros. Por ello hay quienes afirman que es más una forma de hipotricosis que una verdadera alopecia por la presencia de pelos vellosos en la zona afectada y muy ocasionalmente, pelos terminales pueden ser retenidos en dicha zona.⁽²²⁾

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa esencialmente en la clínica y en los hallazgos dermatoscópicos. El estudio histopatológico por lo común no es necesario.

En el año 2011, Inui *et al.* proponen criterios diagnósticos para la ATT en la siguiente forma⁽²³⁻²⁴⁾:

1. Alopecia de forma triangular o lanceolada de la región frontotemporal del cuero cabelludo
2. Orificio folicular normal con pelos vellosos rodeados por pelos terminales (usando dermatoscopia)
3. Ausencia de pelos fracturados, pelos en signo de exclamación, puntos negros, puntos amarillos e igualmente que no se observe pérdida de los orificios foliculares (usando dermatoscopia)

4. Falta de crecimiento del cabello 6 meses después de la confirmación de la presencia de pelos vellosos, tanto clínica como dermatoscópicamente.

El uso adecuado de estos criterios hace que el estudio histopatológico sea innecesario en la mayor parte de los casos.

TRICOSCOPIA

Esta técnica se ha constituido en este cuadro, al igual que en muchas otras patologías dermatológicas, en un importante método diagnóstico que permite evitar procedimientos invasivos.⁽²⁵⁻²⁶⁻²⁷⁻²⁸⁾

Las características tricoscópicas más importantes (tomado de Karadag *et al.*)⁽²⁵⁾ se dividen en:

Características Foliculares

- Pelos vellosos cortos
 - 100% de los casos
- Diversidad en la longitud de los pelos vellosos
 - 100 % de los casos
- Pelos blanquecinos
 - 100% de los casos
- Puntos blancos
 - 22.2% de los casos

Características Interfoliculares

- Patrón pigmentario en panel
 - 22.2% de los casos
- Red de líneas arborizantes
 - 22.2% de los casos

Características Foliculares e Interfoliculares

- Descamación epidérmica
 - 33.3% de los casos

Por su parte, Hashem et al.⁽²⁹⁾ añaden a los anteriores un hecho dermatoscópico más, que consiste en la presencia de eritema difuso en 5 pacientes (33,3%) de los 15 que estudiaron con ATT.

En otro estudio multicéntrico⁽³⁰⁾ de las características clínicas y tricoscópicas en 31 pacientes en España, se realizó tricoscopía en 19 pacientes y encuentran que los hechos más frecuentes fueron:

- Pelos blancos
 - 94,7% de los casos
- Diversidad de diámetro
 - 94,8% de los casos
- Pelos vellosos rodeados por pelos terminales
 - 84,2% de los casos

Todo lo cual muestra concordancia con los trabajos anteriormente citados.^(25,26,27,28)

Finalmente, se ha reportado que la tricoscopía permite observar claramente la presencia de un mechón central de pelo que uno de los autores⁽³¹⁾ reporta como “*pelo paradójico*” dentro de la placa de ATT, siendo este hecho señalado igualmente en varios trabajos.^(32,33) A pesar de que la presencia de este penacho central de pelo no ha sido siempre destacado como un hecho característico en la ATT, y incluso antes del advenimiento global de la dermatoscopía, ya Tosti⁽³⁴⁾ en un reporte de 14 casos remarcaba clínicamente la presencia de 6 casos con un mechón de pelos terminales.

HISTOPATOLOGÍA

En la dermatopatología se puede observar aplasia de los folículos pilosos con ausencia de cabellos terminales y presencia de cabello tipo vello. Se observan

los folículos en un número normal pero se encuentran miniaturizados por lo que resulta en la presencia de escaso pelo tipo vello con ausencia de pelos terminales. No se observa manifestaciones de procesos inflamatorios o cicatrizales.⁽³⁵⁾ Silva et al. reportan una disminución de la densidad folicular en un caso de ATT.⁽³⁶⁾ Las comunicaciones histopatológicas son escasas y este hecho puede deberse a tres factores determinantes; en primer lugar, el cuadro clínico por se puede ser diagnóstico, en segundo lugar la tricoscopía puede ser un apoyo suficiente como para complementar la impresión clínica y tercero en muchos casos, el paciente o sus familiares se niegan a realizar una biopsia ante un cuadro al que se han habituado por el tiempo de evolución como ocurre en el caso publicado de Vivek et al.⁽³⁷⁾ cuando exponen el caso número 127 de la enfermedad hasta ese momento, refiriéndose al hecho de que hasta Enero del 2015 se habían reportado 126 casos⁽³⁸⁾ manifestando la imposibilidad de realizar la biopsia por negativa de la familia.

Asociaciones

La ATT ha sido asociada a múltiples procesos como en el caso de Unger⁽³⁹⁾ que reúne una ATT bilateral con una facomatosis pigmentovascularis tipo IV, que es una de las asociaciones más frecuentemente citadas.^(39,40,41,42)

Otras asociaciones aceptadas^(42,24,14) son:

- Leuconiquia
- Dislocación congénita de la cadera
- Retardo mental
- Epilepsia
- Fístula traqueoesofágica
- Nevo del iris
- Enfermedades cardíacas congénitas
- Anormalidades del hueso y de los dientes

- Aplasia cutis congénita
- Manchas café con leche
- Malformación de Dandy Walker
- Disestesia dentro del área de pérdida de pelo
- Hipospadias
- Lentiginosis múltiple
- Bronquiolitis recurrente
- Espina bífida
- Nevo de pelo lanuginoso
- Huesos de Wormian

Por otra parte también se han reportado asociaciones sindrómicas^(14,43) tales como:

- Síndrome de Down⁽⁴³⁾
- Síndrome de Klippel-Trénaunay⁽⁴⁴⁾
- Síndrome de Leopard⁽⁴⁵⁾
- Síndrome de Pai⁽⁴⁶⁾
- Síndrome de Turner

NUESTROS CASOS

Caso 1

Paciente de 19 años quien consultó por la posibilidad de una solución a su placa alopecica fronto-temporal izquierda con base ubicada en la zona de implantación del cabello, se observa zona delgada de pelo por delante de la zona alopecica. En la placa se puede observar la presencia de escaso pelo de tipo veloso Foto 1. Refiere que apareció alrededor de los 4 años de edad. No se acompaña de sintomatología alguna y no ha habido crecimiento de la lesión que no sea la concordante con el crecimiento anatómico. No existe dermatoscopia pues consultó antes de la era dermatoscópica, pero la edad de aparición y su imagen clínica nos llevan al diagnóstico de ATT.

Caso 2

Caso observado algunos años atrás, de paciente del sexo femenino de 12 años de edad, quien consulta por presentar placa alopecica de aspecto triangular con la base dirigida hacia la línea de implantación del cabello. ubicada en la zona temporal izquierda, con un año de evolución (Foto 2). Se observan pelos hipotricóticos en el centro de la lesión y pelos terminales delgados en el borde de la placa. No se acompaña de sintomatología alguna ni se observa crecimiento lesional. Ante la ausencia de otras manifestaciones se hace el diagnóstico de ATT adquirida dado que sobrepasa la edad usual de aparición (6 años de edad).



Foto 1. Placa alopecica triangular. Pelos velosos en el centro y pelos intermedios y terminales en la periferia. Se evidencia una franja delgada de pelo en la zona de implantación del cabello.



Foto 2. Se observa lesión temporal, triangular con presencia de pelos velosos en la zona central y pelos intermedios y terminales en la zona periférica.

Caso 3

Paciente varón de 15 años de edad quien consulta por una queratosis pilar de brazos y a quien en el examen físico se le observa una lesión hipotricótica de forma triangular con la base de la misma mirando hacia el borde de implantación del cabello y ubicada en la zona temporal derecha. Sus padres refieren que no nació con ella y que la recuerdan a partir de los 2 o 3 años de edad. En el exámen dermatoscópico se observa persistencia de escasos pelos terminales y pelos de tamaño y coloración disminuidos en la zona alopecica. Basados en el tiempo de aparición de la lesión, su forma triangular, la falta de progresión en

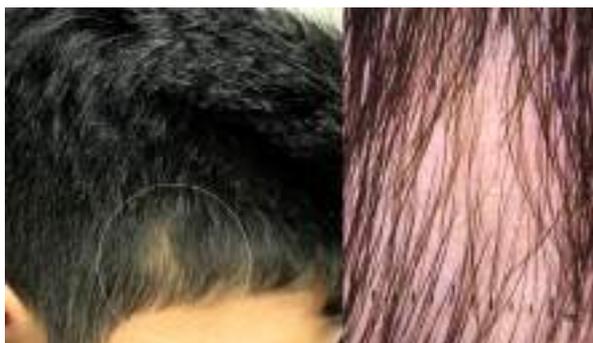


Foto 3. Paciente con lesión hipotricótica temporal derecha. En la tricoscopia se observa zona central con escasos cabellos de tamaño y grosor disminuidos y pelos terminales en la periferia lesional.

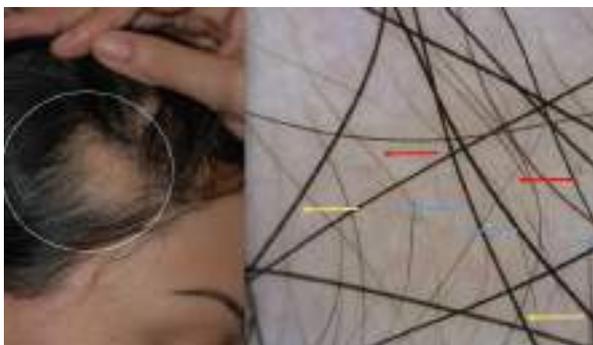


Foto 4. Lesión triangular de zona temporal izquierda En la dermatoscopia se observa la presencia de pelo vellosos (flecha azul) y pelos intermedios (flecha roja). Los pelos terminales provienen de la periferia flecha amarilla). Banda delgada de pelo en la zona inferior. La piel y anexos normales.

tamaño y la imagen dermatoscópica, a pesar de que en la misma se observa más cabello del que normalmente se encuentra en este cuadro, hacemos el diagnóstico de ATT (Foto 3).

Caso 4

Paciente del sexo femenino de 29 años de edad quien consulta por presentar lesión alopecica de región temporal derecha que ella recuerda de toda la vida. Tiene un diagnóstico previo de Nevo sebáceo y le habían aconsejado extirpación del mismo. La tricoscopia demostró ausencia de las características tricoscópicas del nevo sebáceo tales como glóbulos amarillentos o café, placas verrucosas elevadas, nódulos o pequeños tumores, aspecto lobular blanco-amarillento⁽⁴⁷⁾ (Foto 4). Se evidenció presencia de una piel normal, ausencia de pelos terminales, presencia de cabello tipo vello en la placa y, por otra parte, la ausencia de hechos dermatoscópicos propios de otras patologías permitió establecer el diagnóstico de ATT.

Caso 5

Se presenta el caso de un niño de 10 meses de edad quien presenta zona alopecica de forma triangular ubicada en la región temporal izquierda. los padres refieren haberla notado a los pocos meses de nacido. No se acompaña de sintomatología alguna.

En la tricoscopia podemos observar una hipotricosis marcada, en el centro se observan pelos vellosos y en la periferia cabellos intermedios. (Foto 5). Con la historia clínica y la tricoscopia establecemos el diagnóstico de ATT.



Foto 5. Lesión triangular alopécica (círculo y triángulos blancos). Pelos vellosos (círculo azul) y pelos intermedios y terminales (flechas rojas).



Foto 7. A la izquierda, tricoscopia de ATT con sus pelos vellosos clásicos. A la derecha AA, con pelos en signo de exclamación (flecha azul), pelos distróficos (flecha roja), pelos blancos (flecha blanca).



Foto 6. Placa alopécica en la que se observan pelos vellosos (flecha roja), cabellos terminales periféricos (flecha azul), red de vasos arborizantes (círculo blanco).



Foto 8. Paciente con tiña capitis de la zona temporal. La tricoscopia demuestra la presencia de puntos negros, pelos en coma, propios de la tiña capitis y ausentes en la ATT.

Caso 6

Paciente del sexo femenino de 30 años de edad quien consulta por presentar placa alopécica en área temporal izquierda (Foto 6). No puede fijar la fecha exacta de su aparición, pero la recuerda desde su niñez temprana. No sintomatología acompañante y la lesión sin crecimiento.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La simple lógica y la frecuencia de presentación de la alopecia areata hace que este cuadro sea el principal, pero no el único que debe ser tomado en cuenta en el diagnóstico diferencial de la ATT y existen reportes que demuestran que se los confunde fácilmente,^(48,49,50) sin embargo la evolución clínica y la tricoscopia per-

miten hacer el diagnóstico ya que no existen pelos en signo de exclamación, puntos amarillos y otras características dermatoscópicas propias de la alopecia areata y además la falta de respuesta adecuada a la terapia hace sospechar la falla diagnóstica (Foto 7).

La ATT debe ser igualmente diferenciada de la tiña capitis⁽⁵¹⁾ que en niños podría dar lugar a confusión, pero la edad de presentación, la falta de evolución de la lesión y la ausencia de los signos dermatoscópicos propios de las tiñas, como son los puntos negros, los pelos en sacacorchos, los pelos en coma, (Foto 8) etc, y por supuesto la positividad de los signos tricoscópicos propios de la ATT permiten llegar al diagnóstico. A todo lo cual, se suma el examen micológico positivo en el caso de las tiñas.



Foto 9. Paciente con alopecia liminar frontal. Vista lateral y frontal. Se observa la zona alopécica y la banda de pelo periférica que la caracteriza. La presencia de la banda frontal descarta la posibilidad de ATT.



Foto 11. Aplasia cutis congénita. Ausencia de de pelos y de orificios foliculares. Se puede observar una red vascular que corresponde a la atrofia de la piel en el área.



Foto 10. Tricotilomanía. Se observa la presencia de pelos fracturados de diferente tamaño (círculo azul), pelos deshilachados (círculo rojo), puntos negros (círculo verde).

Otros cuadros que deben ser tomados en cuenta son: la alopecia por tracción, entre ellas, la alopecia liminar frotal antes mencionada (Foto 9), que por su borde liminar de pelo podría ser confundida con la ATT.

Igualmente deben ser diferenciadas, la Tricotilomanía, que podría ser confundida con ATT de localización occipital (Foto 11), en este caso la presencia de pelos fracturados de diferente tamaño, pelos deshilachados, puntos negros, más la historia clínica concordante, confirman el diagnóstico de tricotilomanía y descartan ATT. El nevo sebáceo en estadio olvidado al nevo sebáceo en estadio temprano, la aplasia cutis que también tiene ya su patrón dermatoscópico^(52,53) (Foto 11) y el nevo aplásico o “minus nevus” el cual está caracterizado por una ausencia

completa de folículos pilosos, incluyendo folículos de pelos vellosos. No debemos olvidar la diferenciación con la alopecia cicatrizal, en la que no se observa la presencia de pelos ni de folículos.⁽⁵⁴⁾

Terapéutica

Si bien generalmente no existe la necesidad de implementar tratamiento y se considera que no existe tratamiento totalmente efectivo para el cuadro,⁽⁵⁵⁾ no por ello se deja de implementar terapias con el fin de repoblar el área sin pelo. La aplicación de minoxidil⁽⁵⁶⁾ ha sido sugerida al igual que la excisión quirúrgica de la parte afectada y el injerto de pelo mediante trasplante de unidades foliculares en la placa de alopecia con buenos resultados estéticos.^(57,58)

Con el tratamiento con minoxidil al 2% y al 5% se han obtenido respuestas satisfactorias. Se propone un tratamiento de 6 meses a un año antes de evaluar la posibilidad de cirugía, la cual incluye reducción de la parte afectada del cuero cabelludo o el trasplante de cabello.⁽⁵⁹⁾

Tabla 1: Comparación entre ATT y AA. (tomado de Andrade Castelo T.⁽²⁴⁾)

	ATT	AA
INICIO	Congénito- Niñez o edad adulta	Niñez o edad adulta
LOCALIZACIÓN	Temporal-temporoparietal o occipital	Sin sitio de predilección.
DERMATOSCOPIA	Orificio folicular normal con pelos vellosos finos rodeados por vellos terminales en la periferia sin atrofia o inflamación	Puntos amarillo, puntos negros, pelos en signo de exclamación, pelos cadavéricos y pelos distróficos.
HISTOPATOLOGÍA	No inflamación. Número total de folículos pilosos conservados y conformados en su mayor parte por pelo veloso, algunos intermedios y pérdida de terminales	Inflamación linfocítica peribulbar Un cambio para folículos en catágeno y telógeno y miniaturización.

DISCUSIÓN

La ATT es un cuadro con una frecuencia relativa, hasta Marzo del 2016 se habían reportado 127 casos⁽³⁷⁾ pero es posible que esta cifra sea inferior a la real por los motivos antes citados.

En cuanto a si es o no congénita, es probable que existan las dos formas, en nuestros casos encontramos 5 de aparición temprana y otro posiblemente adquirido.

La ubicación en nuestros casos se repartió como sigue; fronto temporal izquierda (1 caso), temporal derecha (2 casos) y temporal izquierda (3 casos). Tres pacientes fueron varones y tres mujeres.

Los hechos tricoscópicos más observados fueron: pelos vellosos centrales, pelos intermedios y pelos terminales periféricos, presencia de una banda delgada de cabellos en la zona del borde implantación y en uno de los casos presencia de una red de vasos

arborizantes, el cuero cabelludo fué normal en todos los casos. No se encontraron asociaciones.

Los múltiples diagnósticos diferenciales posibles, tal vez contribuyan a errores de diagnóstico que disminuyen la incidencia del cuadro. La tricoscopia se ha convertido en un arma excelente de diagnóstico no invasivo especialmente en pacientes pediátricos con lesiones alopecicas,⁽⁶⁰⁾ permitiendo el reconocimiento rápido de las características de la ATT. La necesidad de descartar posibles asociaciones no debe ser olvidada a pesar de su rareza y, las posibilidades de manejo terapéutico actuales, parecen prometedoras bajo la esperanza del minoxidil, transplantes, etc.

BIBLIOGRAFIA

1. Tas B., Pilanci O., Basaran K. Congenital temporal triangular alopecia: A typical Brauer nevus. Acta Dermatovenerol APA 2013;22:93-94
2. Trakimas C., Sperling L.C., Smith K.J., Skelton H.G., Buker J.L., Clinical and histologic findings in

- temporal triangular alopecia. *J Am Acad Dermatol* 1994;31:205-209.
3. Xu L., Liu K.X., Senna M.M. A Practical Approach to the Diagnosis and Management of Hair Loss in Children and Adolescents. *Frontiers in Medicine* | www.frontiersin.org. July 2017 | Volume 4 | Article 112.
 4. Bennáassar A., Ferrando J., Grimalt R. Congenital atrichia and hypotrichosis. *World J Pediatr* 2011;7(2):111-117.
 5. Tas B., Pilanci O. Bilateral Temporal Triangular Alopecia. *Glob Dermatol* 2014;1(2):45-46
 6. Camacho F.M., Grimalt R. Alopecias. Concepto y clasificación. Alopecias congénitas. En Montagna. *Tricología*. tercera edición. 2013. Grupo Aula Médica. Francisco Camacho, Antonella Tosti Volumen 1. Cap. 8:515-537
 7. Monteagudo Sánchez B, Ginarte M., León E., Monteagudo J.L., Toribio J. Alopecia triangular congénita *An Pediatr (Barc)* 2005;63(2):175-84
 8. Uraga E., Carvajal L., Suquilanda D., Naula M., Gallegos D., Casquete R. Alopecia liminar frontal. Dos casos reportados y revisión de la literatura. *Revista Médica del Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia* 1989;3(1):30-34
 9. Trakimas C.A., Sperling L.C. Temporal triangular alopecia acquired in adulthood. *J Am Acad Dermatol* 1999;40:842-844
 10. Monteagudo B., León E., Vázquez R., Carballal M. Alopecia triangular congénita en la región occipital. *Piel*. 2006;21(7):364-5.
 11. Yamazaki M., Irisawa R., Tsuboiu R. Temporal triangular alopecia and a review of 52 past cases. *Journal of Dermatology* 2010; 37: 360-362
 12. Leung A.K.C., Barankin B. Incidence of congenital triangular alopecia. *An Bras Dermatol*. 2016;91(4):556.
 13. García-Hernández M.J., Rodríguez A.m, Camacho F. Congenital Triangular Alopecia (Brauer Nevus). *Pediatric Dermatology* 1995;12(4):301-303.
 14. Chum V., Devakar Y. Congenital Triangular Alopecia. *Int J Trichology*. 2015;7(2):48-5
 15. Wade M., Sinclair R. Disorders of Hair in Infants and Children Other Than Alopecia. *Clinics in Dermatology* 2002;20:16-28
 16. Bargman H. Congenital temporal triangular alopecia. *CAN MED ASSOC J*, VOL. 131, NOVEMBER 15, 1984
 17. Ruggieri M., Rizzo R., Pavone P., Baieli S., Sorge G., Happle R., mTemporal Triangular Alopecia in Association With Mental Retardation and Epilepsy in a Mother and Daughter . *Arch Dermatol.* 2000;136:426-427.
 18. Happle R. Congenital Triangular alopecia may be categorized as a paradominant trait. *Eur J Dermatol* 2003;13: 346-347.
 19. Armstrong D.K.B., Burrows D. Congenital Triangular Alopecia *Pediatric Dermatology* 1996: 13 (5) 394-396.
 20. Martínez J., García V. Alopecia triangular congénita o alopecia triangular temporal. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2013;6(3)203-5.
 21. León-Muiños E., González-Vilas D., Rodríguez-Pazos L., Monteagudo B. Alopecia triangular temporal . *An Pediatr (Barc)*. 2015;83(4):287-288.
 22. *Hair Disorders in Neonatal Dermatology*. Second Edition. Saunders Elsevier. Eichenfield L.F., Frieden I.J., Esterly N.B. 2008: Chapter 28; pag 517-535.
 23. Inui S., Nakajima T., Itami S. Temporal triangular alopecia: Trichoscopic diagnosis. *Journal of Dermatology* 39(6):572-57.
 24. Andrade Castelo T., Gama Y., Oliveira da Silva F., Kakisaki P., Yuriko N. Triangular Temporal Alopecia - Two Case Reports, Dermoscopy and Review. *J Dermat Cosmetol* 2018, 2(2): 00034
 25. Karadag O., Gulec A.T. Temporal triangular alopecia: significance of tyrichoscopy in differential diagnosis. *JEADV* 2015, 29, 1621-1625
 26. Gomes de Campos J.M, Puga C.M., Reyes S.A., Klein A.P., Bandeira P., Martins G. Use of dermoscopy in the diagnosis of temporal triangular alopecia. *An Bras Dermatol*. 2015;90(1):123-5
 27. Santiuago F., Guiote V. Tricoscopia- Uma ferramenta útil no diagnóstico da alopecia triangular temporal. *Revista SPDV* . 2014;72(3): 357-360.
 28. Shanshanwal J.S., Adwani G., Dhurat R. Case of Unilateral Temporal Triangular Alopecia. *Indian Dermatol Online J*. 2017 Mar-Apr; 8(2): 161.

29. Hashem N., Sadek A., Magdy R., Negm S.,m Saied N., ElBahrawi M., Mounir N. Dermoscopic Findings of Temporal Triangular Alopecia. *Egyptian Dermatology Online Journal*. 2015;11(1): 7,
30. Fernández P.M, Vaño-Galván S., Martorell A., A rias S., Grimalt R., Camacho F. Clinical and trichoscopic characteristics of temporal triangular alopecia: A multicenter study. *J Am Acad Dermatol*. 2016;75 (3):637–639.
31. Assouly P., Happle R. A Hairy Paradox: Congenital Triangular Alopecia with a Central Hair Tuft. *Dermatology* 2010;221:107–109
32. Olsen EA: Disorders of epidermal appendages and related disorders; en Freedberg I.M.,Eisen A.Z., Wolff K., Austen K.F., Goldsmith L.A., Katz S.I. (eds): *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, ed 6. New York, McGraw-Hill, 2003, pp 633–718.
33. Bonifazi E. Congenital Triangular Alopecia with a Central Tuft of normal hair. *Eur. J. Pediat. Dermatol*. 2010;20:273.
34. Tosti A: Congenital triangular alopecia: report of fourteen cases. *J Am Acad Dermatol* 1987; 16: 991–993.
35. Leung A., Barankin B. Congenital Triangular Alopecia – Report of a Case and Review of the Literature. *Aperito J Dermatol* 2015, 2: 2
36. Silva C.Y., Lenzy Y.M., Goldberg L.J. Temporal triangular alopecia with decreased follicular density. *J Cutan Pathol* 2010; 37: 597–599.
37. Kumar V., Bhadoria T.S., Dubey N. Congenital Triangular Alopecia: The 127 Case. *Int J Trichology*. 2016 Jan–Mar; 8(1): 50–51.
38. Yin Li VC, Yesudian PD. Congenital triangular alopecia. *Int J Trichology*. 2015;7:48–53.
39. Unger R., Alsufyani M.A. Bilateral Temporal Triangular Alopecia Associated with Phakomatosis Pigmentovascularis Type IV Successfully Treated with Follicular Unit Transplantation. *Case Reports in Dermatological Medicine* Volume 2011, Article ID 129541, 3 pages
40. Kikuchi I., Okazaki M. Congenital Temporal Alopecia in Phakomatosis Pigmentovascularis. *The Journal of Dermatology* 1982;9:485–487
41. Hee Joong Kim, Ki Beom Park, Jun Mo Yang, Soo Hong Park and Eil Soo Lee. Congenital Triangular Alopecia in Phakomatosis Pigmentovascularis: Report of 3 Cases. *Acta Derm Venereol* 2000;80:215–216.
42. Cassia L., Alves S., Rodrigues A., Ianhez M. Case for diagnosis. *An Bras Dermatol*. 2014;89(2):353–5.
43. Bordel-Gómez M.T. Congenital triangular alopecia associated with Down's syndrome. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008 Dec;22(12):1506–7.
44. Turk B.G., Turkmen M., Tuna A., Karaarslan I.K., Ozdemir F. Phakomatosis pigmentovascularis type IIb associated with Klippel-Trénaunay syndrome and congenital triangular alopecia. *J Am Acad Dermatol*. 2011;65:e46–9.
45. Park S.W., Choi Y.D., Wang H.Y. Congenital triangular alopecia in association with congenital heart diseases, bone and teeth abnormalities, multiple lentiginos and café-au-lait patches. *Int J Dermatol*. 2004;43:366–7.
46. Lederer D., Wilson B., Lefesvre P., Poorten V.V., Kirkham N., Mitra D. et al. Atypical findings in three patients with Pai syndrome and literatura review. *Am J Med Genet A*. 2012;158A:2899–904.
47. Kelati A., Baybay H., Gallouj S., Mernissi A. Dermoscopic Analysis of Nevus Sebaceus of Jadassohn: A Study of 13 Cases. *Skin Appendage Disord* 2017;3:83–91
48. Gupta L.K., Khare A.K., Garg A., Mittal A. Congenital triangular alopecia: A close mimickere of alopecia areata. *Int J Trichol* 2011
49. Kudligi C., Vittal P., Shendre M., Tandon N. Giant Congenital Triangular Alopecia Mimicking Alopecia Areata *Int J Trichology*. 2012 Jan–Mar; 4(1): 51–52.
50. Kelati A., Baybay H., Mernissi F.Z. Temporal Triangular Alopecia in Children: The Same Clinical Feature for Two Distinct Entities. *Skin Appendage Disord* 2017;3:64–66
51. Erickson Q., Yanase D., Perry V. Temporal triangular alopecia: Report of an African-American Child with TTA Misdiagnoses as Refractory Tinea Capitis. *Pediatric Dermatology* 2002;19(2):129–131.
52. Damiani L., Musa F., Vale M., Miteva M. Dermoscopic Findings of Scalp Aplasia Cutis Congenita. *Skin Appendage Disord* 2016;2:177–179

53. Costa A.A., Silva E., Bruno R. Aplasia Cutis Congenita: Trichoscopy Findings. *Int J Trichology*. 2016 Oct-Dec; 8(4): 184-185.
54. Lacarrubba F., Micali G. Congenital triangular alopecia. *BMJ Case Rep* 2014. doi:10.1136/bcr-2013-202918
55. Verma P. Triangular Temporal Alopecia Revisited. *Indian J Dermatol* 2016;61(1):125
56. Bang C.Y., Byun J.W., Kang M.J., Yang B. Song H.J., Shin J., Choi G. Successful Treatment of Temporal Triangular Alopecia with Topical Minoxidil. *Ann Dermatol* Vol. 25 No. 3, 2013
57. Chung J., Sim J., Gye J.G., Namkoong S., Hong S.P., Kim M., Park B.C. Successful Hair Transplantation for Treatment of Acquired Temporal Triangular Alopecia. *DERMATOLOGIC SURGERY*. 2012; 38 (8): 1404-1406.
58. Jimenez Acosta F., Ponce I. Trasplante de pelo en la alopecia temporal triangular *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100:907-22
59. Sellheyer K., Bergfeld W.F. Non Neoplastic Disorders of Hair; Chap. 8 in: *Dermatopathology A Volumen in the Series Foundations in Diagnostic Pathology*, Elsevier ed. 2010: pag 277-299.
60. Uraga E., Reyes A., Briones M.C., Loayza E., Uraga M.V., Arévalo J. Manifestaciones dermatoscópicas de procesos alopécicos en pacientes pediátricos. *Dermatol Pediatr Lat* 2007: 5 (3) 165-176.