

# Alopecia triangular congénita o alopecia triangular temporal

---

Jacinto Martínez Blanco  
Verónica García González

Septiembre 2013

## Puntos clave

---

- Poco frecuente e **infradiagnosticada**.
- Carácter **benigno, asintomático y no progresivo** de la lesión.
- Diagnóstico: **clínico**. Debe diferenciarse de **otras alopecias circunscritas no inflamatorias ni cicatriciales**.
- Tratamiento: **cirugía o trasplante de pelo** cuando los motivos estéticos o psicológicos así lo aconsejen.

## Caso clínico (I)

---

- Niño de dos años, sin antecedentes personales y familiares de interés.
- Motivo de consulta: placa de alopecia “desde siempre”.
- Exploración:
  - ✓ En la región frontoparietal derecha placa de alopecia de forma triangular con ángulos romos.
  - ✓ Piel de aspecto, color y consistencia normales.
  - ✓ Ausencia de pelo maduro salvo en los bordes de la lesión, apreciándose vello en su interior.
  - ✓ Asintomática y sin cambios desde que la apreciaron.

## Caso clínico (II)

---



## Caso clínico (III)

---

- Diagnóstico: alopecia triangular congénita.
- Tratamiento:
  - ✓ Se explica a la familia la naturaleza benigna y no progresiva del cuadro, no precisando tratamiento en el momento actual.
  - ✓ Se valorará si más adelante lo requiere.

## Introducción (I)

---

- También llamada **alopecia temporal triangular o nevus de Brauer** fue descrita por primera vez por Sabouraud en 1905.
- Se trata de una condición **benigna, no progresiva** y poco conocida, probablemente por infradiagnóstico y escasez de publicaciones que por su frecuencia, ya que en algunas publicaciones se sitúa en torno al **0,11%** de las consultas.

## Introducción (II)

---

- Más común en la raza blanca, sin predilección de sexo, y se ha sugerido una herencia paradominante, que explica que sea de aparición esporádica.
- Consiste en una placa de alopecia **asintomática, circunscrita, permanente, no inflamatoria ni cicatricial** que, de crecer, lo haría en forma proporcional al resto del cuerpo.

## Clínica (I)

---

- La forma de la lesión es triangular con los ángulos romos o también ovalada o redonda.
- En la lesión:
  - ✓ Se aprecia una piel normal con una ausencia de pelos terminales y la existencia de pelos finos vellosos que se pueden apreciar mejor con lupa.
  - ✓ En los bordes de la lesión puede haber pelos terminales raleados que se mezclan con el pelo del cuero cabelludo normal.



## Clínica (II)

---

- Presente al nacimiento o puede desarrollarse hasta **los nueve primeros años de vida** o, menos frecuentemente, en la adolescencia o en el adulto; actualmente, se tiende a considerar **adquirida** más que congénita.
- Se presenta más habitualmente de forma **unilateral** (80%) que bilateral (20%) y de localización preferente **frontoparietotemporal** aunque existen casos descritos en otras localizaciones como la occipital.

## Patogenia-histopatología

---

- La patogenia es desconocida, no se conoce el estímulo que produce la regresión folicular irreversible.
- La histopatología muestra unos folículos pilosebáceos hipoplásicos sin alteraciones inflamatorias ni cicatriciales; siendo el número de folículos pilosos normal pero todos de carácter veloso.

## Diagnóstico

---

- El diagnóstico se basa en su **naturaleza estable**, su **clínica** característica, su **localización**, **el aspecto normal de la piel afecta** no siendo necesario, habitualmente, su estudio histopatológico.

## Asociaciones (I)

---

- Síndrome de Down.
- Leuconiquia.
- Facomatosis pigmentovascular.
- Nevo de cabello lanoso.
- Hiperpigmentación sectorial del iris.
- Retraso mental.
- Epilepsia.

## Asociaciones (II)

---

- Malformación de Dandy-Walker.
- Síndrome de Leopard.
- Aplasia cutis congénita.
- Síndrome GLH (craneosinostosis, displasia cerebelosa, displasia trigeminal y retraso mental).
- Otros síndromes polimalformativos (cardiopatía congénita y anomalías renales y genitales).
- Posiblemente sean **asociaciones casuales** aunque algunos autores consideran que **las alteraciones neurológicas del desarrollo y la facomatosis pigmento vascular no son simples asociaciones casuales.**

## Diagnóstico diferencial (I)

---

- El diagnóstico diferencial debe de realizarse con otras causas de alopecia circunscrita, especialmente con la **alopecia areata** que se caracteriza por lo siguiente:
  - ✓ No es estática.
  - ✓ Regresa espontáneamente o con tratamiento.
  - ✓ Pelos en signo de exclamación.
  - ✓ Piloetracción positiva.

## Diagnóstico diferencial (II)

- Y menos frecuentemente debemos realizarlo con:
  - ✓ **Alopecia sutural**: sigue las líneas de sutura de los huesos craneales, suele aparecer en el síndrome de Hallermann-Streiff.
  - ✓ **Alopecia vertical**: localizada en el vértex, de aspecto irregular, con ausencia de anejos cutáneos.
  - ✓ **Displasia focal térmica facial**: cicatricial, hereditaria, localización preferente en la cara.
  - ✓ **Aplasia cutis**: ausencia total de pelo, piel deprimida y blanda al tacto, localización preferente en el vértex.
  - ✓ **Nevo sebáceo**: piel alterada en su consistencia y coloración, en forma de tumoración marrón-amarillenta.
  - ✓ **Tricotilomanía**: pelos de distintas longitudes y grosores.
  - ✓ **Pseudopelada de Brocq**: lesiones hipopigmentadas ligeramente deprimidas.

## Tratamiento

---

- **Explicar** la naturaleza del proceso y **tranquilizar** al niño y a su familia. Si se precisara por motivos estéticos y/o psicológicos, las opciones a considerar serían:
  - ✓ Cirugía, con la extirpación completa de la placa alopécica.
  - ✓ Trasplante de pelo con unidades foliculares.
- El tratamiento con **minoxidil o corticoides, tanto tópicos como intralesionales, no ha resultado eficaz**, no se considera una alternativa terapéutica.