

ALOPECIA TRIANGULAR CONGÉNITA BILATERAL EN UN NEONATO: REPORTE DE CASO

Bilateral congenital triangular alopecia in a neonate: a case report

 Carlos Alberto Leyva Proenza ^(1, 2) *
carlos.leyva@esPOCH.edu.ec

 Jorge Luis Valdez Gonzales ⁽¹⁾
jorge.valdes@esPOCH.edu.ec

 Verónica Alejandra Jaya Baldeón ^(1, 2)
veronica.jaya@esPOCH.edu.ec

 Carlos Eduardo Mantilla Cadena ⁽²⁾
carlos.mantilla@iess.gob.ec

 Alexis G. Cordones Garcés ⁽²⁾ *
alexis.cordones@iess.gob.ec

⁽¹⁾ Carrera de Medicina, Facultad de Salud Pública, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Dirección: Panamericana Sur km 1 ½ entre Av. Canónigo Ramos y Av. 11 de noviembre, Código postal: EC060155, Riobamba-Ecuador.

⁽²⁾ Hospital General Riobamba IESS, Unidad materno-infantil, Dirección: Chile 39-29 y Avenida Unidad Nacional, Riobamba-Ecuador.

Autor de correspondencia:

Correo electrónico: carlos.leyva@esPOCH.edu.ec Teléfono: (593)979238524.

RESUMEN

Introducción. La alopecia triangular congénita es un trastorno dermatológico poco frecuente caracterizado por la presencia de una placa alopecica bien delimitada y unilateral localizada habitualmente en la región frontotemporal. En este informe se describe un caso atípico de una recién nacida con lesiones alopecicas bilaterales y simétricas, siendo uno de los pocos casos descritos en la edad neonatal. Presentación del caso: Paciente de sexo femenino, de etnia indígena, con antecedentes médicos menores y desarrollo prenatal y postnatal normal. Los hallazgos clínicos incluyen dos lesiones alopecicas bien delimitadas, de aproximadamente 2 cm x 2 cm en la región temporoparietal, de forma bilateral, con presencia de vello fino y claro a nivel de las lesiones y miniaturización de los folículos pilosos, mientras que la piel subyacente no mostró atrofia ni decoloración. El diagnóstico se basó en las características clínicas y el estudio tricoscópico de las lesiones. Conclusiones: Se planteó el diagnóstico definitivo de alopecia triangular congénita. El diagnóstico diferencial excluyó otras causas de lesiones circunscritas no cicatriciales en recién nacidos. El pronóstico es favorable, ya que se trata de una afección cutánea benigna y no progresiva. El tratamiento se centró en la educación y el apoyo a los padres, evitando intervenciones invasivas. Este informe destaca la importancia del reconocimiento precoz y el enfoque conservador en el tratamiento de esta anomalía.

Palabras clave: Recién nacido, anomalías congénitas, alopecia, dermatoscopia.

ABSTRACT

Introduction: Congenital triangular alopecia is a rare dermatologic disorder characterized by the presence of a well-demarcated and unilateral alopecic plaque usually located in the frontotemporal region. In this report we describe an atypical case of a newborn with bilateral and symmetrical alopecic lesions, being one of the few cases described in the neonatal age. Case presentation: Female patient, of indigenous ethnicity, with minor medical history and normal prenatal and postnatal development. Clinical findings included two well-demarcated alopecic lesions, approximately 2 cm x 2 cm in the temporoparietal region, bilaterally, with the presence of fine, clear hair at the level of the lesions and miniaturization of the hair follicles, while the underlying skin showed no atrophy or discoloration. The diagnosis was based on clinical features and trichoscopic study of the lesions. Conclusions: A definitive diagnosis of congenital triangular alopecia congenita was stated. The differential diagnosis excluded other causes of circumscribed non-scarring lesions in newborns. The prognosis is favourable, as it is a benign and non-progressive skin condition. Treatment focused on parental education and support, avoiding invasive interventions. The present report highlights the importance of early recognition and a conservative approach in the treatment of this anomaly.

Keywords: Newborn, Congenital Abnormalities, Alopecia, Dermoscopy.

1. Introducción

La alopecia triangular congénita (ATC) es una forma de alopecia no cicatricial que se caracteriza por una zona circunscrita con miniaturización de los folículos pilosos, típicamente localizada en la región frontotemporal del cuero cabelludo. En la mayoría de los casos, las lesiones se presentan predominantemente de forma unilateral, siendo la afectación bilateral mucho menos frecuente.

A pesar de los avances en técnicas diagnósticas dermoscópicas como la tricoscopia, persiste un vacío en la comprensión específica de la etiología y del enfoque terapéutico óptimo para la ATC en neonatos y lactantes. Esto plantea la pregunta de investigación: ¿Cuál es la estrategia óptima de abordaje diagnóstico-terapéutico en casos atípicos de ATC de aparición precoz en la edad neonatal? Investigar y reportar estos casos es importante no solo para enriquecer el conocimiento médico con información sobre una presentación rara de un desorden ya de por sí infrecuente, sino también para la potencial identificación de marcadores diagnósticos o terapéuticos específicos que puedan guiar el manejo clínico de futuros casos.

Este caso describe la presentación, el diagnóstico y el manejo de un caso de ATC bilateral en una en la edad neonatal, resalta la utilidad de la tricoscopia como herramienta diagnóstica no invasiva y la implementación de un enfoque de manejo conservador. Este reporte no solo busca llenar parcialmente el vacío de conocimiento existente, sino también estimular la discusión sobre las mejores prácticas de manejo, contribuyendo así a la mejora de los resultados clínicos en pacientes pediátricos con ATC.

2. Información del paciente

Información demográfica: Recién nacido mujer, primera valoración a las 6 horas de vida. Fecha de nacimiento el 31 de diciembre del 2021, de etnia indígena. La madre y el padre de autoidentificación étnica indígena proceden de Alausí, provincia de Chimborazo, Ecuador.

Síntomas principales: En el examen físico inicial se detectaron dos lesiones alopécicas en el cuero cabelludo de la paciente, bilaterales y presentes desde el nacimiento.

Historial médico: Al tratarse de una paciente neonatal, no se reportan antecedentes patológicos personales. En cuanto a los antecedentes famili-

ares, no hay historial de alopecias circunscritas ni enfermedades hereditarias reportadas. Durante el embarazo, la madre tuvo un seguimiento prenatal adecuado, sin complicaciones significativas, culminando en un parto vaginal a las 39 semanas de gestación. La paciente tuvo una puntuación de Apgar de 8/10 al minuto y de 9/10 a los cinco minutos, un peso al nacer de 2.595 kg, adecuada termorregulación, no necesitó maniobras de reanimación, signos vitales dentro de la normalidad para la edad, buena tolerancia a la alimentación con lactancia materna exclusiva y eliminaciones fisiológicas normales. La familia reside en una zona rural con acceso limitado a servicios médicos especializados; la madre es docente y el padre trabaja en el sector agrícola, siendo ambos miembros activos de su comunidad.

Intervenciones pasadas relevantes con resultados: Durante el embarazo, se administraron suplementos prenatales estándares y se realizó monitoreo ecográfico regular, sin identificar hallazgos anormales. En el periodo postnatal, la paciente recibió evaluaciones rutinarias que no requirieron intervenciones adicionales. Estos cuidados contribuyeron a un desarrollo postnatal sin complicaciones relevantes hasta los 6 meses de vida.

3. Hallazgos clínicos

Examen general: El examen general del neonato no reveló anomalías, indicando un estado de salud óptimo acorde con la edad gestacional de la paciente.

Hallazgos Específicos: Se identificaron dos lesiones alopécicas simétricas y bien delimitadas, cada una de ellas aproximadamente de 2 cm x 2 cm, de forma ovoide, ubicadas bilateralmente en la región temporo-parietal, presentes desde el nacimiento (fotografía 1 y fotografía 2). El pelo en ambas lesiones es más fino y claro en comparación con el resto del cuero cabelludo. La piel subyacente a estas áreas no presenta signos de atrofia, descamación ni cambios de coloración.

4. Timeline

- Nacimiento y evaluación inicial del neonato (31/12/2021)
- Evaluación por dermatología y tricoscopia (15/01/2022)
- Primera consulta de seguimiento y educación a la familia (14 /02/2022)

- Segunda consulta de seguimiento y educación a la familia (18/04/2022)
- Segunda evaluación por especialidad de dermatología, observación de estabilidad en lesiones alopecicas (18/06/2022)

»» 5. Evaluación diagnóstica

La paciente fue valorada a los 15 días de vida por la especialidad de dermatología, donde se realizó estudio tricoscópico de las lesiones, que es un examen no invasivo, que no genera molestias. Las imágenes observadas revelaron características típicas de una alopecia no cicatricial, con presencia de folículos pilosos hipoplásicos de densidad normal y cabello velloso de textura muy fina y corta. El cabello terminal que rodeaba las lesiones mostraba características normales.

En cuanto a los desafíos diagnósticos, independientemente de que los padres estuvieron dispuestos a autorizar cualquier estudio adicional, no fue necesario la indicación de otras pruebas dada la ausencia de indicación clínica que justificara su uso.

Tras una cuidadosa revisión de las evidencias clínicas, se descartó realizar estudio histopatológico de las lesiones y se planteó un diagnóstico definitivo de ATC bilateral. Durante el proceso diagnóstico, se contemplaron y posteriormente descartaron otras posibles causas de alopecia, como la aplasia cutis y la alopecia areata, así como trastornos genéticos raros, basándose en las características clínicas específicas de las lesiones alopecicas y la ausencia de inflamación o cicatrización en la zona afectada.

Dado que la ATC es un desorden benigno y no progresivo, el pronóstico en este caso es favorable. El consenso general en la literatura médica es que no se requiere un tratamiento específico para la ATC, y se espera que las lesiones alopecicas permanezcan estables a lo largo del tiempo. La familia fue informada y se mostró aliviada por el pronóstico positivo, entendiendo que la vigilancia regular y el apoyo psicosocial serían suficientes para garantizar la salud de la paciente en el futuro.

»» 6. Intervención terapéutica

La principal intervención terapéutica adoptada en este caso fue una estrategia de educación y apoyo personalizada para los padres de la paciente. Se llevaron a cabo sesiones educativas detalladas para explicar la naturaleza benigna y estable

de la ATC, tranquilizando a la familia y proporcionando información basada en la mejor evidencia científica disponible. Estas sesiones se realizaron durante las visitas de seguimiento, con una duración aproximada de 30 minutos cada una.

Inicialmente, se consideraron opciones terapéuticas más invasivas como la extirpación quirúrgica o los trasplantes de cabello, y tratamientos farmacológicos con minoxidil o corticoides. Sin embargo, estas intervenciones fueron descartadas tras una evaluación cuidadosa de las necesidades y expectativas de la familia, así como la revisión de la literatura científica, que confirmó la falta de eficacia de dichos tratamientos en esta patología en la edad pediátrica. La decisión de no optar por intervenciones invasivas se basó en la consideración de los posibles riesgos y beneficios, y en el consenso de que el manejo conservador era el más adecuado para el caso.

»» 7. Seguimiento y resultados

Durante el seguimiento, el estado de salud de la paciente fue continuamente satisfactorio. Se mantuvo una comunicación clara y continua con la madre, quien expresó comprensión y aceptación de la naturaleza benigna y la evolución probable de las lesiones, lo que indica una buena adherencia a la estrategia de educación y apoyo. Esta aceptación se evaluó mediante consultas regulares y retroalimentación directa con la familia.

A los 15 días de vida, un especialista en dermatología confirmó la naturaleza no cicatricial de la alopecia mediante tricoscopia. A los 6 meses, se observó que las lesiones alopecicas permanecían estables, corroborando la coherencia con el diagnóstico inicial y descartando la necesidad de pruebas adicionales. La familia expresó su conformidad con las explicaciones proporcionadas y la atención recibida.

»» 8. Discusión

Este caso se destaca por su detallada documentación clínica y seguimiento a largo plazo, proporcionando una perspectiva integral de la ATC en una paciente de edad neonatal. La precisión en el diagnóstico, gracias al uso de metodologías no invasivas, demuestra la capacidad de obtener diagnósticos certeros sin recurrir a procedimientos invasivos. La omisión del estudio histopatológico se justifica por la claridad de los hallazgos clínicos y tricoscópicos.

Una limitación significativa de este estudio es la ausencia en la literatura existente de ensayos controlados aleatorizados, revisiones sistemáticas y metaanálisis específicos sobre el manejo de la ATC, lo que evidencia una brecha en el conocimiento y subraya la necesidad de estudios de alta calidad que ofrezcan evidencia robusta sobre las opciones terapéuticas más efectivas. Además, la falta de guías de práctica clínica específicas para el manejo de la ATC resalta la necesidad de investigación que pueda apoyar la creación de protocolos estandarizados de diagnóstico y tratamiento.

La primera descripción clínica de la ATC fue realizada en 1905 por el dermatólogo francés R. Sabouraud (1). Esta enfermedad también se conoce como alopecia temporal triangular, nevus de Brauer o nevus hipotricósico(2). A pesar de la temprana descripción de la ATC desde principios del siglo XX, hasta 1976, según Kuban y Rock (3), se habían documentado solo 13 casos en la literatura médica, incluyendo los tres casos descritos por ellos mismos. Posteriormente, en 2013, Taş et al. (4) reportaron que hasta esa fecha se habían publicado aproximadamente 54 casos, y hasta enero de 2015, según Yin et al. (5) se habían documentado un total de 126 casos. Esto sugiere que la incidencia y prevalencia real de la ATC podrían estar subestimadas, ya que muchos casos no son diagnosticados debido a su naturaleza benigna (6).

En general la ATC se caracteriza por ser una forma de alopecia circunscrita, no cicatricial, no inflamatoria, benigna y no progresiva (6,7). La mayoría de los casos presenta lesiones en la región frontotemporal (8,9). La distribución de las lesiones es unilateral en aproximadamente el 80% de los casos, mientras que la forma bilateral es menos frecuente (10,11). La forma de las lesiones suele ser triangular, oval, o en forma de lanza (12). Existiendo variaciones en la ubicación y forma de estas lesiones, las cuales pueden presentarse en otras áreas del cuero cabelludo, y en ocasiones presentan configuraciones distintas a las clásicas ya descritas, pueden ser lesiones localizadas en la región media frontal, occipital, las cejas, entre otras (13,14). Las lesiones están constituidas por piel de características normales, con presencia de folículos pilosos miniaturizados, pero de densidad normal, donde el pelo maduro o terminal es sustituido por cabello velloso muy fino (15).

La ATC puede estar presente al nacer o adquirirse durante la primera década de la vida (16), aunque hay casos reportados con debut en la vida adulta (17). Algunos autores consideran que no es una enfermedad congénita, sino que se adqui-

ere debido a un proceso de miniaturización de los folículos pilosos de etiología desconocida (18).

La ATC se ha asociado con Síndrome de Down, facomatosis pigmentovascular tipo II, malformación de Dandy-Walker, leuconiquia, retraso mental, epilepsia y enfermedades cardíacas congénitas (18–22). Estas asociaciones sugieren una posible base genética o etiológica más amplia para la ATC (6).

El conocimiento específico sobre los mecanismos genéticos y etiológicos de la ATC es limitado y no existen estudios genéticos que identifiquen mutaciones asociadas directamente con la ATC, pero algunos casos familiares y asociaciones con facomatosis pigmentovascular sugieren una posible herencia paradominante(22).

El diagnóstico diferencial de la alopecia triangular congénita (ATC) en neonatos, donde se presenta como una forma circunscrita no cicatricial de alopecia desde el nacimiento y se mantiene estable a lo largo del tiempo, es relativamente sencillo siempre y cuando se sustente con un examen tricoscópico. Es de suma importancia descartar otras patologías tales como la aplasia cutis congénita que es un tipo de alopecia cicatricial con atrofia cutánea y ausencia de folículos pilosos (23). A diferencia de la ATC, la aplasia cutis congénita muestra áreas de piel atrófica y cicatricial desde el nacimiento. La alopecia areata, aunque no imposible en la edad neonatal, suele aparecer con mayor frecuencia a los 30-59 años, es una enfermedad autoinmune con características tricoscópicas únicas (24,25). El síndrome de Gómez López Hernández se caracteriza por la presencia de zonas alopécicas bilaterales y diversas anomalías congénitas. Sin embargo, las lesiones alopécicas no son circunscritas como en la ATC, y el síndrome incluye otras características clínicas distintivas, como anomalías cerebelosas y faciales (26). La alopecia neonatal fisiológica ocurre generalmente en la región occipital cuando los cabellos de los recién nacidos entran en la fase telógena cerca del parto y se caen entre 8 y 12 semanas después, pero posteriormente el cabello suele ser normal y no persisten las lesiones alopécicas como en el caso de la ATC (27,28).

La tricoscopia se puede utilizar para ayudar en el diagnóstico diferencial de la ATC, ya que muestra una piel normal sin signos de inflamación o atrofia, aberturas foliculares normales con vello fino en el centro y cabello terminal en la periferia de la lesión (29–31). Otras afecciones, como la alopecia areata, pueden mostrar características

como puntos amarillos, vello en forma de signo de exclamación, inflamación, descamación, vello roto o piel atrófica (32). Las características histopatológicas pueden mostrar una densidad normal de los folículos pilosos con presencia de vello muy fino rodeado de cabello terminal de características normales (33,34).

En cuanto al tratamiento de la ATC debemos señalar que la revisión de la literatura revela una notable ausencia de guías de prácticas clínicas, revisiones sistemáticas o metaanálisis que sintetizan la evidencia existente, lo que implica un vacío significativo en la literatura médica y señala la necesidad de más investigaciones sobre el tema. El tratamiento de la ATC puede variar dependiendo de la severidad y las preocupaciones estéticas del paciente. Los corticoides tópicos, sistémicos y los administrados intralesionales suelen ser ineficaces y existe el riesgo de atrofia cutánea (6,17,35). El minoxidil tópico ha mostrado mejoras en algunas lesiones de ATC, pero a menudo se observa una recaída poco después de la interrupción del tratamiento, algunos autores plantean que la respuesta al minoxidil es anecdótica y no existe evidencia de que la terapéutica sea efectiva (17,18,34,35). Las inyecciones con Plasma rico en plaquetas al parecer solo inducen una mejoría parcial y temporal de las lesiones alopecias (34). En cuanto a las técnicas quirúrgicas, la escisión quirúrgica o el trasplante de cabello pueden ser considerados en casos donde hay una preocupación estética significativa (5,8,12,31).

El abordaje de la ATC en neonatos y lactantes debe ser conservador, enfocada en la observación y seguimiento del paciente. Este enfoque se sustenta en la naturaleza benigna y no progresiva de la ATC, que usualmente es asintomática y no impacta negativamente en la salud general del niño en estas edades (18). Se ha demostrado que la ATC no tiende a progresar ni causar síntomas adversos, por lo que se aconseja evitar tratamientos invasivos o farmacológicos, como trasplantes de cabello o el uso de minoxidil, debido a los posibles riesgos y la falta de eficacia en estos pacientes (6). Es vital proporcionar a los padres o cuidadores información adecuada sobre el carácter benigno de la ATC, asegurándoles que no es un indicador de problemas de salud importante y que no requiere tratamiento en esta etapa de la vida (5,9,20). Además, se recomienda un monitoreo constante de cualquier cambio en las lesiones alopecias y realizar consultas de seguimiento para evaluar la evolución de la ATC y atender cualquier preocupación de los padres (36).

»» 9. Perspectiva del paciente

En este informe, debido a la edad de la paciente, la madre actuó como su representante. Inicialmente, mostró preocupación por las lesiones en el cuero cabelludo de su hija. Tras recibir el diagnóstico y comprender la benignidad y el pronóstico favorable, expresó satisfacción con la atención médica y ha seguido las recomendaciones. La familia se ha comprometido a mantener un seguimiento adecuado y a abordar cualquier cambio o inquietud futura.

»» 10. Conclusiones

Este informe de caso se ha centrado en responder a la interrogante específica sobre la estrategia óptima de abordaje diagnóstico y terapéutico en casos atípicos de ATC de aparición precoz en la edad neonatal. Las conclusiones destacan la adherencia a prácticas médicas actualizadas basadas en la mejor evidencia científica para el manejo de la ATC, por las siguientes razones:

Primero, las peculiaridades fenotípicas del caso, incluyendo la bilateralidad y la manifestación neonatal temprana, resaltan la necesidad de un diagnóstico preciso. La implementación de la tricoscopia, una herramienta diagnóstica no invasiva, fue fundamental para la caracterización de las lesiones de ATC, reforzando su valor en la evaluación dermatológica.

Segundo, la decisión de evitar tratamientos invasivos o farmacológicos se apoya en la literatura médica contemporánea, que desaconseja métodos terapéuticos de eficacia no comprobada en trastornos benignos y estables como la ATC. Esta decisión se basa en la prudencia clínica y la consideración de los posibles riesgos y beneficios, especialmente en el contexto pediátrico.

Finalmente, el enfoque conservador, que enfatiza la vigilancia y educación parental, se justifica por la naturaleza estable de la ATC y su impacto limitado en la salud general del paciente. La efectividad de esta estrategia se evidencia no solo en la evolución clínica favorable del paciente, sino también en la aceptación informada de la familia respecto al pronóstico y manejo de la afección.

Este caso demuestra la importancia de un enfoque interdisciplinario y no invasivo en el diagnóstico y manejo de la ATC en recién nacidos. Destaca la eficacia de la tricoscopia como herramienta diagnóstica y subraya la importancia de la educación y

el apoyo continuo a la familia y refuerza la necesidad de equilibrar la intervención médica con la comprensión de las preocupaciones estéticas y psicosociales de la familia, destacando que el manejo conservador suele ser adecuado en trastornos dermatológicos benignos como la ATC.

11. Consentimiento informado

Se solicitó a la madre de la paciente el asentimiento como representante de la paciente, para difundir las observaciones clínicas relacionadas con este caso. Este permiso se obtuvo tras proporcionarle información adecuada sobre la intención de la publicación y asegurar la privacidad de la información personal de su hija.

12. Agradecimientos

Agradecemos a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, especialmente a la carrera de Medicina, por la oportunidad de realizar esta investigación. También extendemos nuestra gratitud a la Dra. Mónica Monserrat Vinuesa Chafra y a los médicos residentes del servicio de neonatología del Hospital General Riobamba IESS: Susan Marcela Andrade Riera y Adrián Paul Llerena Asadobay, cuya colaboración fue fundamental. Este trabajo es fruto de un esfuerzo colectivo cuyos participantes aspiran a contribuir al conocimiento médico y a mejorar la atención a los pacientes.

13. Declaración de conflicto de interés

Los autores del presente estudio declaran no poseer ningún conflicto de interés que pueda afectar la objetividad de la investigación realizada.

14. Limitaciones de responsabilidad

Se reconoce la posibilidad de que la información presentada contenga errores o imprecisiones. Las opiniones expresadas en este manuscrito son de exclusiva responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente la postura de las instituciones a las que están afiliados. No se asume responsabilidad por el uso o interpretación de esta información fuera del contexto del estudio.

15. Fuentes de apoyo

El proyecto no contó con financiamiento externo,

pero se agradece el apoyo de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo y el Hospital General Riobamba IESS por la infraestructura y soporte logístico brindados.

16. Referencias Bibliográficas

1. Sabouraud R. Manuel élémentaire de dermatologie topographique régionale. En Paris: Masson Editeur; 1905. p. 197.
2. Jain SP, Bansode DS, Deshmukh A. Temporal Triangular Alopecia: A Rare Entity. Clin Dermatology Rev. 2023;7(1):87-8.
3. KUBBA R, ROOK A. Congenital triangular alopecia. Br J Dermatol. 1 de diciembre de 1976;95(6):657-9.
4. Taş B, Pilanci Ö, Başaran K. Congenital temporal triangular alopecia: A typical Brauer nevus. Vol. 22, Acta Dermatovenerologica Alpina, Pannonica et Adriatica. 2013. p. 93-4.
5. Yin Li V, Yesudian P. Congenital triangular alopecia. Int J Trichology. 1 de abril de 2015;7(2):48.
6. Goldust M, Rahmatpour Rokni G, Sadr S, Mirabi A, Rezaee E, Goren A, et al. Anterior, frontal congenital triangular alopecia, redundancy in therapy without improvement. Dermatol Ther. 1 de noviembre de 2018;31(6):e12698.
7. YAMAZAKI M, IRISAWA R, TSUBOI R. Temporal triangular alopecia and a review of 52 past cases. J Dermatol. 25 de abril de 2010;37(4):360-2.
8. Seol JE, Jin WJ, Yun JY, Kim H. An unusual case of congenital triangular alopecia on frontal area successfully treated by surgery. Int J Trichology. 1 de enero de 2020;12(1):32-4.
9. Kaliyadan F, Varghese S. Congenital triangular alopecia. J Ski Sex Transm Dis. 5 de enero de 2022;7(2):1.
10. Trakimas C, Sperling LC, Skelton HG, Smith KJ, Buker JL. Clinical and histologic findings in temporal triangular alopecia. J Am Acad Dermatol. 1 de agosto de 1994;31(2):205-9.
11. Armstrong DKB, Burrows D. Congenital Triangular Alopecia. Pediatr Dermatol. 28 de septiembre de 1996;13(5):394-6.

12. Guan Z, Shi W, Ren M, Bi T, Su H. Clinical and dermatoscopic features of temporal triangular alopecia in infants. *Ski Res Technol.* 1 de marzo de 2023;29(3):1-6.
13. Starace M, Carpanese MA, Abbenante D, Bruni F, Piraccini BM, Alessandrini A. Atypical Presentation of Congenital Triangular Alopecia: A Case Series in Italy. *Dermatol Pract Concept.* 26 de octubre de 2020;10(4):e2020122.
14. Shimada K, Hayashi R, Yokoyama R, Ansai O, Shinkuma S, Shimomura Y, et al. Atypical localization of congenital triangular alopecia associated with down's syndrome. *Indian J Dermatol.* 1 de enero de 2022;67(1):94.
15. Fernández-Crehuet P, Vaño-Galván S, Martorell-Calatayud A, Arias-Santiago S, Grimalt R, Camacho-Martínez FM. Clinical and trichoscopic characteristics of temporal triangular alopecia: A multicenter study. *J Am Acad Dermatol.* 1 de septiembre de 2016;75(3):634-7.
16. Clarysse KLJ, Sinclair R. Regrowth of hair in congenital triangular alopecia induced by sublingual minoxidil. *Australas J Dermatol.* 13 de febrero de 2023;64(1):153-4.
17. Rodríguez-Villa Lario A, Ferrando J, Moreno-Arrones ÓM, Gómez-Zubiaur A. Atypical Congenital Triangular Alopecia (Brauer Nevus): Case Report and Review of Literature in Occipital and Mid-Frontal Localizations. *Ski Appendage Disord.* 1 de agosto de 2021;7(5):387-92.
18. Patel DR, Tandel JJ, Nair PA. Congenital triangular alopecia - A case report. *Int J Trichology.* 1 de marzo de 2020;12(2):89-92.
19. Lederer D, Wilson B, Lefesvre P, Poorten V Vander, Kirkham N, Mitra D, et al. Atypical findings in three patients with Pai syndrome and literature review. *Am J Med Genet Part A.* 2012;158 A(11):2899-904.
20. Jiménez AIN, Sánchez YB. Temporary congenital triangular alopecia in pediatric age. About a case. *Bionatura.* 2020;5(2):1135-7.
21. Gupta A, Khurana A, Malhotra P, Sardana K. Congenital triangular alopecia associated with phakomatosis pigmentovascularis type ii along with Klippel Trenaunay syndrome. *Indian Dermatol Online J.* 2020;11(1):91.
22. Happle R. Congenital triangular alopecia may be categorized as a paradominant trait. *Eur J Dermatol.* 2003;13(4):346-7.
23. Gassenmaier M, Bösmüller H, Metzler G. Aplasia cutis congenita of the scalp: Histopathologic features and clinicopathologic correlation in a case series. *J Cutan Pathol.* 1 de mayo de 2020;47(5):439-45.
24. Kudligi C, Bhagwat P, Eshwarrao M, Tandon N. Giant congenital triangular alopecia mimicking alopecia areata. *Int J Trichology.* enero de 2012;4(1):51.
25. Gupta L, Khare A, Garg A, Mittal A. Congenital triangular alopecia: A close mimicker of alopecia areata. *Int J Trichology.* enero de 2011;3(1):40.
26. Schell-Apacik CC, Cohen M, Vojta S, Ertl-Wagner B, Klopocki E, Heinrich U, et al. Gomez-Lopez-Hernandez syndrome (cerebelo-trigeminal-dermal dysplasia): description of an additional case and review of the literature. *Eur J Pediatr.* 5 de enero de 2008;167(1):123-6.
27. Quazi S, Choudhary S, Singh A, Madke B, Khan K, Singh S. A cross-sectional study on the prevalence and determinants of various neonatal dermatoses. *J Fam Med Prim Care.* 2023;12(11).
28. Neri I, Piccolo V, Cocchi G, Starace M, Patrizi A, Dika E, et al. Hair in newborns and infants: clinical and dermoscopic evaluation of 45 cases. *Br J Dermatol.* 1 de octubre de 2013;169(4):896-900.
29. Lacarrubba F, Micali G, Tosti A. Scalp Dermoscopy or Trichoscopy. En: *Current problems in dermatology. Switzerland;* 2015. p. 21-32.
30. Karadağ Köse Ö, Güleç AT. Temporal triangular alopecia: significance of trichoscopy in differential diagnosis. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 1 de agosto de 2015;29(8):1621-5.
31. Atış G, Güldiken G, Şam Sarı A. Variable Clinical Features of Temporal Triangular Alopecia. *J Turkish Acad Dermatology.* 28 de marzo de 2023;17(1):31-4.
32. Iorizzo M, Pazzaglia M, Starace M, Militello G, Tosti A. Videodermoscopy: A Useful Tool for Diagnosing Congenital Triangular

- Alopecia. *Pediatr Dermatol.* noviembre de 2008;25(6):652-4.
33. Yadav D, Khandpur S, Subhadarshani S, Sahni K. Congenital symmetrical circumscribed patterned non-scarring alopecia of eyebrows: a variant of congenital triangular alopecia or an anatomical variation? *BMJ Case Rep.* 24 de mayo de 2019;12(5):e227472.
34. Lueangarun S, Pacharapakornpong S, Tempark T. Transient treatment response of platelet-rich plasma injection for temporal triangular alopecia: A case report with dermoscopic examination follow-up. *Int J Trichology.* 1 de mayo de 2020;12(3):126.
35. Pathania YS. Rapid response of topical minoxidil in congenital triangular alopecia. *Dermatol Ther.* 16 de mayo de 2020;33(3):30-1.
36. Sarifakioglu E, Yilmaz AE, Gorpelioglu C, Orun E. Prevalence of scalp disorders and hair loss in children. *Cutis.* 2013;90(5):225-9.