



Surgical & Cosmetic Dermatology

www.surgicalcosmetic.org.br/

Alopecia triangular temporal bilateral simulando alopecia androgenética de padrão masculino em mulher adulta: relato de caso e revisão da literatura

Bilateral temporal triangle alopecia mimicking male pattern alopecia in an adult female: a case report and review of the literature

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.2025170380>

RESUMO

INTRODUÇÃO: A alopecia triangular temporal é uma alopecia permanente não cicatricial e não inflamatória de etiologia desconhecida, frequentemente confundida com outros tipos de alopecia.

APRESENTAÇÃO DO CASO: Mulher, 27 anos, apresenta placas triangulares de alopecia nas regiões temporais, de distribuição semelhante à alopecia androgenética masculina. A dermatoscopia revelou aberturas foliculares normais. A histopatologia mostrou apenas folículos velos, glândulas sebáceas intactas e ausência de infiltrado inflamatório.

DISCUSSÃO: A dermatoscopia é uma ferramenta útil para o diagnóstico e a histopatologia pode ser realizada em casos selecionados. Não há tratamento definitivo para alopecia triangular temporal. Opções incluem minoxidil tópico, transplante capilar ou exérese.

Palavras-chave: Alopecia; Distribuição Temporal; Doenças do Cabelo.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Temporal triangular alopecia (TTA) is a nonscarring, noninflammatory, permanent form of alopecia with an unknown etiology, often misdiagnosed as other types of alopecia.

CASE REPORT: A 27-year-old woman presented with triangular patches of alopecia in the temporal regions, resembling male pattern alopecia. Dermoscopy revealed normal follicular openings. Histopathological analysis showed only vellus follicles, with no telogen or terminal follicles, intact sebaceous glands, and no inflammatory infiltrate.

DISCUSSION: Dermoscopy is a valuable diagnostic tool, and histopathology may be performed in selected cases. There is no definitive treatment for TTA. Management options include topical minoxidil, hair transplantation, or surgical excision.

Keywords: Alopecia; Temporal Distribution; Hair Diseases.

Relato de Caso

Autores:

Marcelo Balbinot Lucca^{1,2}

Laura Oliveira Ferreira¹

Ana Letícia Boff³

Rodrigo Vettorato^{1,3}

- 1 Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Departamento de dermatologia, Porto Alegre (RS), Brasil
- 2 Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre (RS), Brasil
- 3 Clínica privada, Porto Alegre (RS), Brasil

Correspondências:

Marcelo Balbinot Lucca

E-mail: marceloblucucca@gmail.com

Fonte de financiamento: Nenhuma.

Conflito de interesses: Nenhum.

Data de Submissão: 20/06/2024

Decisão final: 21/06/2024

Como citar este artigo:

Lucca MB, Ferreira LO, Boff AL, Vettorato R. Alopecia triangular temporal bilateral simulando alopecia androgenética de padrão masculino em mulher adulta: relato de caso e revisão da literatura. Surg Cosmet Dermatol. 2025;17:e20250380.



INTRODUÇÃO

A alopecia triangular temporal (ATT) é uma forma assintomática, localizada, não cicatricial e não inflamatória de alopecia permanente de etiologia desconhecida. Embora seja considerada incomum, também é frequentemente subdiagnosticada.¹

A ATT geralmente surge na infância e se apresenta como uma área de alopecia triangular, arredondada ou em forma de lança, geralmente singular, na região frontotemporal, permanecendo estável ao longo da vida. A dermatoscopia e a histopatologia são ferramentas valiosas para distinguir a ATT de outros tipos de alopecia, incluindo alopecia areata, tricotilomania, alopecia por tração e aplasia cutânea congênita.^{2,3}

Neste relato, apresentamos um caso raro de ATT bilateral semelhante à alopecia de padrão masculino, diagnosticada em uma paciente adulto, e discutimos as principais considerações para sua identificação.

RELATO DE CASO

Uma mulher caucasiana de 27 anos de idade apresentou-se em nosso consultório de dermatologia com um histórico de queda de cabelo na região temporal bilateral que começou aos 7 anos de idade. Não houve mudanças notáveis ou progressão dessa condição ao longo do tempo, e não foi relatado envolvimento de outras áreas do couro cabeludo.

Investigações anteriores¹ sugeriram um possível diagnóstico de tricotilomania, apesar de ela negar qualquer comportamento de arrancar cabelos. Ela não relatou coceira, dor ou outros sintomas associados. A paciente gozava de boa saúde e fazia uso contínuo de anticoncepcionais orais, sem qualquer outra medicação.

No exame dermatológico, foram observadas duas placas de alopecia de formato triangular nas regiões temporais, cada uma com aproximadamente 8 cm de diâmetro (Figura 1). Essas placas eram preenchidas por pelos velos no centro e circundadas

por pelos terminais na periferia, assemelhando-se à alopecia de padrão masculino tipo II de Hamilton-Norwood. Não se observou eritema ou descamação.

A dermatoscopia (Heine, Delta One®) revelou aberturas foliculares normais com pelos velos circundados por pelos terminais normais (Figura 2). Não havia sinais de pontos amarelos ou pretos, pelos distróficos, alterações vasculares ou diminuição das aberturas foliculares. O teste de tração apresentou resultados negativos.

Uma biópsia de pele foi realizada em uma das placas e os achados histológicos mostraram apenas folículos velos sem telógenos ou mesmo folículos terminais na área de alopecia, glândulas sebáceas intactas, ausência de infiltrado inflamatório e apenas um folículo terminal presente na periferia (Figura 3). Esses achados histopatológicos, considerados juntamente com as informações clínicas, foram consistentes com o diagnóstico de ATT.

A paciente expressou alívio por finalmente receber um diagnóstico definitivo após anos de incerteza. Discutimos seu prognóstico e as poucas opções terapêuticas disponíveis com eficácia comprovada. Como estratégia para melhorar a densidade e a espessura do cabelo, prescrevemos minoxidil oral em uma dose inicial de 0,5 mg por dia. A paciente ficou satisfeita com o esclarecimento do diagnóstico e concordou com o esquema de tratamento.

DISCUSSÃO E REVISÃO DA LITERATURA

A ATT foi inicialmente descrita por Sabouraud em 1905 como “alopecia triangular congênita”, um termo agora considerado obsoleto, uma vez que muitos casos surgem entre os 2 e 9 anos de idade, enquanto alguns podem se apresentar ou ser diagnosticados na idade adulta.^{1,4} No caso descrito, apesar do diagnóstico tardio, o afinamento havia sido observado aos 7 anos



FIGURA 1: Placas de alopecia de formato triangular são observadas nas regiões temporais da paciente, preenchidas com pelos velos no centro e pelos terminais na periferia; a linha do cabelo frontotemporal se assemelha à alopecia de padrão masculino tipo II de Hamilton-Norwood



FIGURE 2: A dermatoscopia (Heine, Delta One®) da placa de alopecia revela aberturas foliculares normais com pelos circundados por pelos terminais normais

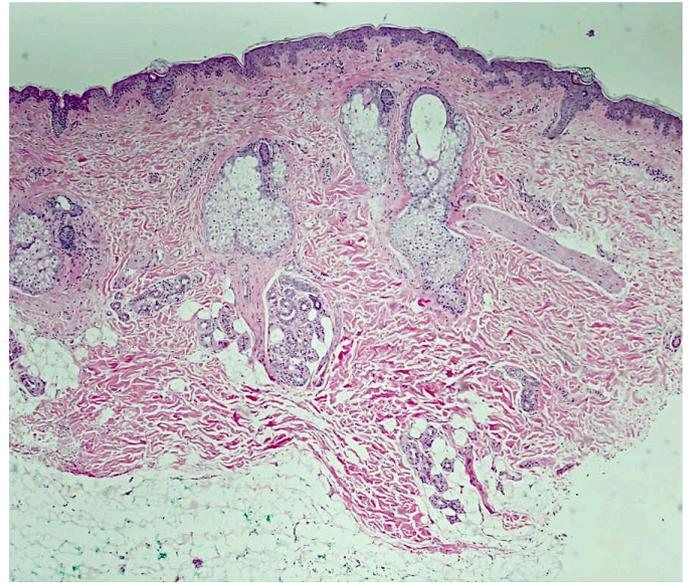


FIGURE 3: Unidades foliculares contendo apenas folículos velos, com ausência de infiltrado inflamatório ou fibrose perifolicular; coloração H&E, aumento de 4 vezes

de idade e permaneceu inalterado desde então, o que foi crucial para confirmar o diagnóstico.

A etiologia da ATT permanece desconhecida. Embora surja esporadicamente, os casos familiares sugerem herança autossômica dominante.^{1,4} Também está associada ao mosaicismismo e tem sido associada a várias condições, como síndrome de Down, nevo da íris, facomatose pigmentovascular, cardiopatias congênitas, anormalidades ósseas e dentárias, retardo mental e aplasia cutânea congênita.^{1,5,6}

Embora seja considerada rara, com taxa de incidência de 0,11%⁴ e menos de 200 casos relatados, acredita-se que a ATT seja subdiagnosticada e frequentemente confundida com outras formas de alopecia, principalmente a alopecia areata. Ela é mais prevalente em caucasianos e afeta ambos os sexos, embora com uma proporção maior em homens. Em mais de 95% dos casos, é observada na região frontotemporal, sendo a ocorrência bilateral, como no caso relatado, menos comum, com apenas 18,5% dos casos.²

A dermatoscopia desempenha um papel importante na distinção entre a ATT e outros tipos de alopecia. Inui et al. propuseram os seguintes critérios diagnósticos:³ 1) placa de alopecia triangular ou em forma de lança envolvendo a região frontotemporal; 2) dermatoscopia revelando aberturas foliculares normais com pelos velos circundados por pelos terminais normais; 3) ausência de pontos amarelos e pretos, pelos distróficos e aberturas foliculares diminuídas na dermatoscopia; e 4) crescimento mínimo de pelos após confirmação clínica e dermatoscópica dos pelos velos.

Os principais diagnósticos diferenciais incluem alopecia areata, tricotilomania, aplasia cutânea congênita, nevo sebáceo, eflúvio telógeno e tinha do couro cabeludo.^{1,2} A alopecia areata geralmente se apresenta repentinamente com áreas de alopecia autolimitadas, muitas vezes múltiplas. Os sinais dermatoscópicos incluem os sinais de manchas amarelas e pretas, cabelos quebrados, cabelos em ponto de exclamação e cabelos curtos e velos. A dermatoscopia da ATT, por outro lado, revela comprimentos variados de pelos velos, enquanto a alopecia areata exibe apenas pelos velos curtos (< 10 mm).⁷ A tricotilomania é mais comum em adolescentes e raramente ocorre em bebês. Afeta predominantemente as regiões parietais e frontais, com a dermatoscopia mostrando o sinal do ponto preto, cabelos quebrados, pontas de cabelo que lembram uma “vassoura” ou “escova”, troncos de cabelo divididos e enrolados e, às vezes, manchas de sangramento e pigmentação. Durante o período de repouso, podem ser observadas aberturas de folículos sem pelos.⁸

A aplasia cutânea congênita apresenta-se clinicamente como uma superfície translúcida atrófica rósea ou vermelha, com a dermatoscopia revelando uma área translúcida desprovida de quaisquer aberturas de apêndices cutâneos.² O nevo sebáceo é caracterizado clinicamente por uma placa aveludada amarelo-alaranjada, com a dermatoscopia mostrando estruturas em bloco globulares amarelo-avermelhadas distribuídas independentemente e relativamente consistentes, sem relação com folículos pilosos.⁹ O eflúvio telógeno manifesta-se como perda de cabelo aguda ou crônica, com a dermatoscopia mostrando espessura normal da haste capilar com sinais de crescimento de cabelo

mais curto, principalmente nas áreas frontal e bitemporal.¹⁰ A tina do couro cabeludo apresenta cabelos quebrados, escamas finas, padrões de cabelo em espiral ou em forma de vírgula e cabelos distróficos. Normalmente, obtém-se um exame micológico positivo.²

Deve-se realizar uma avaliação histopatológica, pois essa condição é frequentemente diagnosticada erroneamente como alopecia areata, e o início ocorre durante a infância ou no início da idade adulta. Na histopatologia, a apresentação clássica é a presença de apenas folículos velos na área da alopecia, sem telógeno (que é proeminente na alopecia areata) ou folículos terminais com tricomalácia (como pode ser visto na tricotilomania) e sem “estelas” foliculares. Além disso, folículos terminais normais podem ser vistos na periferia da lesão. Não há evidências de processos inflamatórios ou cicatriciais³ e o número total de folículos

é preservado.^{3,4} Os casos congênitos provavelmente passam pelo processo de miniaturização folicular no útero (ou nunca ocorre a formação de cabelos terminais) e, portanto, nunca induzem a formação de “estelas”, além do grande número de velos.¹¹

Atualmente, não existe tratamento eficaz para a ATT e, na maioria dos casos, a intervenção terapêutica é desnecessária.^{2,4,12,13} É fundamental esclarecer a natureza benigna da condição. O transplante de cabelo e a remoção cirúrgica da lesão são as principais opções nos casos em que há sofrimento estético e emocional significativo.^{6,12,13} Bang *et al.* descreveram o primeiro caso bem-sucedido tratado com minoxidil tópico¹², embora sejam necessárias mais evidências para confirmar sua eficácia. Em nosso relato de caso, o início do minoxidil foi escolhido como estratégia para aumentar o volume geral do cabelo e diminuir a aparência das manchas. ●

REFERÊNCIAS:

1. Campos JG, Klein AP, Puga C, Akel PBM, Romero SAR, Pinto GM. Use of dermoscopy in the diagnosis of temporal triangular alopecia. *An Bras Dermatol.* 2015;90(1):123-5.
2. Guan Z, ShiW, Ren M, Bi T, Su H. Clinical and dermatoscopic features of temporal triangular alopecia in infants. *Skin Res Technol.* 2023;29:e13294.
3. Inui S, Nakajima T, Itami S. Temporal triangular alopecia: trichoscopic diagnosis. *J Dermatol.* 2012;39:572-4.
4. Yamazaki M, Irisawa R, Tsuboi R. Temporal triangular alopecia and a review of 52 past cases. *J Dermatol.* 2010;37:360-2.
5. Lederer D, Wilson B, Lefevre P, Poorten VV, Kirkham N, Mitra D, et al. Atypical findings in three patients with Pai syndrome and literature review. *Am J Med Genet A.* 2012;158A:2899-904.
6. Unger R, Alsufyani MA. Bilateral temporal triangular alopecia associated with phakomatosis pigmentovascularis type iv successfully treated with follicular unit transplantation. *Case Rep Dermatol Med.* 2011;2011:129541.
7. Jha AK, Udayan UK, Roy PK, Amar AKJ, Chaudhary RKP. Dermoscopy of alopecia areata-a retrospective analysis. *Dermatol Pract Concept.* 2017 Apr 30;7(2):53-57.
8. Xingqi Z. Application of dermoscopy in alopecia. *J Clin Dermatol.* 2014;43(8): 505-8.
9. Martín JM, Montesinos E, Cordero P, Gonzalez V, Ramon D. Trichoscopy features of trichotillomania. *Pediatr Dermatol.* 2019;36(2):265-267.
10. Grover C, Khurana A. Telogen effluvium. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2013;79:591-603.
11. Sperling L. *An atlas of hair pathology with clinical correlations*, 2 ed, Editora Informa Healthcare, London, 2012.
12. Bang CY, Byun JW, Kang MJ, Yang BH, Song HJ, Shin J, et al. Successful treatment of temporal triangular alopecia with topical minoxidil. *Ann Dermatol.* 2013;25:387-8.
13. Chung J, Sim JH, Gye J, Namkoong S, Hong SP, Kim MH, et al. Successful hair transplantation for treatment of acquired temporal triangular alopecia. *Dermatol Surg.* 2012;38:1404-6.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Marcelo Balbinot Lucca  ORCID 0000-0001-8395-6742

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; Revisão crítica do manuscrito.

Laura Oliveira Ferreira  ORCID 0000-0002-6939-7099

Aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Ana Letícia Boff  ORCID 0000-0002-5207-0567

Aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Rodrigo Vettorato  ORCID 0000-0002-5186-8796

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.