

## Hipertrichosis cubital. Descripción de dos casos

**M. Yuste-Chaves, M.I. Zafra-Cobo, A. Martínez de Salinas y J. Bravo-Piris**

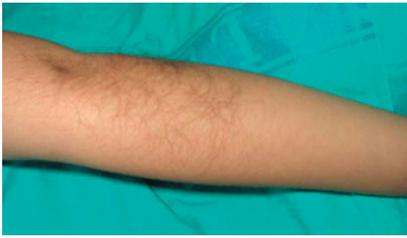
Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Salamanca. España.

*Sr. Director:*

La hipertrichosis cubital, también denominada síndrome del codo piloso, es una variedad infrecuente de hipertrico-

sis congénita localizada, en la que se aprecia un aumento de pelo largo, fino, tipo lanugo, que asienta sobre una piel de morfología y textura normales. Se

distribuye de forma bilateral y simétrica por la superficie extensora del tercio distal de los brazos y por la zona proximal de los antebrazos. Habitualmen-



Áreas de hipertrichosis en brazos y antebrazos con detalle en la imagen de la derecha.



Hipertrichosis bilateral y simétrica con detalle en la imagen de la derecha.

te este proceso surge en la infancia precoz (1-3 años), con el tiempo el pelo se torna más grueso alcanzando su mayor notoriedad a los 5 años y suele regresar en la adolescencia, pero en algunos casos permanece la pilosidad toda la vida<sup>1-3</sup>. Existen formas esporádicas y familiares con un tipo de herencia no bien definido. Puede asociarse a baja estatura en el 50% de los casos, y en este grupo se añaden otras malformaciones, siendo lo más frecuente la asimetría facial<sup>3,4</sup>.

Recientemente, el Servicio de Pediatría nos ha remitido dos casos esporádicos, no emparentados, de dos niñas de 6 y 10 años de edad sin antecedentes familiares ni personales de interés. Ambas arrastran el proceso desde los 2-3 años, apreciándose gran cantidad de vello constituido por un pelo fino, largo y oscuro en un caso (fig. 1) y rubio en el otro (fig. 2). El pelo se distribuye por la zona distal de los brazos y proximal de los antebrazos. No presentan aumento de vello en otras zonas. Su estatura, peso y desarrollo intelectual son normales. En la analítica realizada (hemograma, bioquímica, perfil hepático, tiroideo, cortisol plasmático, testosterona y dehidroepiandrosterona sulfato) no se han observado alteracio-

nes. Se les ha aconsejado depigmentar y/o rasurar la zona, a la espera de que el proceso remita en la adolescencia.

La primera descripción de hipertrichosis cubital la realizó Beighton<sup>5</sup> en 1970 en dos hermanos gemelos pertenecientes a una familia amish. No hay muchos casos descritos y aproximadamente el 50% de ellos se asocian con baja estatura e incluso retraso del crecimiento intrauterino<sup>3,4</sup>. Es en estos niños en los que pueden hallarse otras alteraciones como dismorfia facial, anomalías en las extremidades, retraso en el desarrollo del lenguaje, déficit de atención, retraso mental o dificultades en la motilidad<sup>6,3</sup>. Nuestras dos pacientes con síndrome del codo piloso no presentaron ninguna de estas alteraciones, considerándolo por tanto exclusivamente un problema estético. En este grupo sin malformaciones asociadas los estudios complementarios no aportan nada de interés, al igual que ocurrió en nuestros casos, por lo que se rechazan las exploraciones exhaustivas<sup>1,2</sup>.

La biopsia cutánea sólo se realizó en dos ocasiones<sup>7,8</sup>, con estudio de tricograma en un caso<sup>7</sup>, en que se observó el 90% de los folículos pilosos en fase anagén, 9% en telogén y 1% en catagén, esto explicaría la mayor longitud

del vello al igual que ocurre en el cuero cabelludo.

Algunos autores<sup>6</sup> apuntan al mosaicismo para explicar este síndrome, basándose en la distribución del exceso de vello confinado a zonas muy localizadas, similar al de las lesiones cutáneas con mosaicismo; para otros se trata de una condición nevoide de los folículos pilosos<sup>7,9</sup>.

Por tanto la hipertrichosis cubital podría formar parte de un síndrome complejo con expresividad variable. Probablemente sea más frecuente de lo que se objetiva en la consulta de Dermatología, pero en los casos sin malformaciones asociadas sólo es motivo de asistencia por la repercusión estética y psicológica que conlleva a partir de determinada edad. Cuando se asocia a otras alteraciones suelen ser éstas el hallazgo primario. En nuestra opinión, si se objetiva a corta edad es aconsejable un seguimiento en Pediatría, para vigilar el desarrollo estatural y las posibles malformaciones asociadas; por el contrario, en edades más tardías, como las que corresponden a nuestras pacientes, conviene tranquilizar a los padres sobre la evolución del proceso.

## Bibliografía

1. Escalonilla P, Aguilar A, Gallego M, Pique E, Farina MC, Requena L. A new case of hairy elbows syndrome (hypertrichosis cubiti). *Pediatr Dermatol.* 1996;13:303-5.
2. Cambiaghi S, Pistritto G, Tadini G, Gelmetti C. Hairy elbows. *Int J Dermatol.* 1998;37:317-8.
3. Visser R, Beemer FA, Veenhoven RH, De Nef JJ. Hypertrichosis cubiti: two new cases and a review of the literature. *Genet Couns.* 2002;13:397-403.
4. MacDermot KD, Patton MA, Williams MJ, Winter RM. Hypertrichosis cubiti (hairy elbows) and a short stature: a recognisable association. *J Med Genet.* 1989;26:382-5.
5. Beighton P. Familial hypertrichosis cubiti: hairy elbows syndrome. *J Med Genet.* 1970;7:158-60.
6. Polizzi A, Pavone P, Ciancio E, La Rosa C, Sorge G, Ruggieri M. Hypertricho-

- sis cubiti (hairy elbows syndrome): a clue to a malformation syndrome. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2005;18:1019-25.
7. Andreev VC, Stransky L. Hairy elbows. *Arch Dermatol.* 1979;115:761.
8. Allue L, Valcarce J, García M, Peyri J. Hipertrichosis cubital en niña de 5 años. Un diagnóstico de atención primaria. *Actas Dermosifilogr.* 1990;81:879-81.
9. Miller ML, Yeager JK. Hairy elbows. *Arch Dermatol.* 1995;131:858-9.