

# Celulitis disecante del cuero cabelludo: primera descripción del signo ecográfico de la pintura rupestre

DOI:10.5281/zenodo.18152983

SANUM 2026, 10(1) 134-137

Cómo citar este artículo

Garzón-Mendoza DA, Valdivia-Muñoz L.

*Celulitis disecante del cuero cabelludo: primera descripción del signo ecográfico de la pintura rupestre.*

SANUM 2026, 10(1) 134-137

DOI: 10.5281/zenodo.18152983

© Los autores. Publicado por SANUM: Revista Científico-Sanitaria bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>




## AUTORES

**David Esteban Garzón Mendoza, MD.** Medicina Interna, Universidad Libre, Cali, Colombia. <https://orcid.org/0009-0005-4593-4645>

**Lauren Valdivia Muñoz, MD.** Dermatología y Trastornos del Pelo y las Uñas, Universidad Libre, Cali, Colombia. <https://orcid.org/0000-0003-3113-5787>

**Autor de correspondencia:**  
David Esteban Garzón

 [davide-garzonm@unilibre.edu.co](mailto:davide-garzonm@unilibre.edu.co)

**Tipo de artículo:**  
Imagen clínica.

**Sección:**  
Dermatología.

**F. recepción:** 27-10-2025

**F. aceptación:** 08-12-2025

**F. publicación:** 29-01-2026

## Presentación del caso

Paciente masculino de 32 años, natural de Cali, Colombia, con cuadro clínico de 12 meses de evolución caracterizado por la aparición progresiva de lesiones nodulares en el cuero cabelludo, inicialmente eritematosas y dolorosas a la palpación. Posteriormente, las lesiones desarrollaron un opérculo con drenaje serosanguinolento, seguido de la formación de áreas alopecicas residuales.

En el episodio más reciente, se observó una placa alopecica de bordes bien definidos, de aproximadamente 15 mm de diámetro, localizada en la región parietal derecha, acompañada de múltiples áreas alopecicas pequeñas en las regiones parietal contralateral y occipital (Figura 1A). Al examen físico se evidenciaron parches alopecicos con induración nodular subyacente, y en la evaluación tricoscópica se observaron folículos eritematosos con disminución de la densidad folicular.

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito del paciente para la publicación de la imagen y la descripción clínica, garantizando en todo momento su anonimato y confidencialidad.

## Diagnóstico

Ante la sospecha de celulitis disecante del cuero cabelludo (CD), se realizó una ecografía dermatológica de alta resolución (tricoecografía). El estudio reveló múltiples folículos con tapones de queratina dilatados e inflamación en la región occipital, así como folículos con dilatación globosa. En la región temporal se identificaron tractos sinuosos intradérmicos sin evidencia de trayectos fistulosos, conformando un patrón irregular descrito por los autores como "signo de pintura rupestre", no reportado previamente en la literatura (Figura 1B).

Los hallazgos ecográficos como las dilataciones foliculares, estructuras hipoecoicas que alcanzaban la hipodermis y trayectos sinuosos inflamatorios, fueron altamente sugestivos de CD, motivo por el cual se difirió la biopsia diagnóstica.

# ***Dissecting cellulitis of the scalp: first description of the ultrasound sign in cave paintings***

DOI:10.5281/zenodo.18152983

SANUM 2026, 10(1) 134-137

How to cite this article

Garzón-Mendoza DA, Valdivia-Muñoz L

*Dissecting cellulitis of the scalp: first description of the ultrasound sign in cave paintings.*

SANUM 2026, 10(1) 134-137

DOI: 10.5281/zenodo.18152983

© The authors. Published by SANUM: Revista Científico-Sanitaria under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License (CC BY-NC-ND 4.0).  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



## **Evolución**

El paciente presentó un curso clínico crónico y recidivante, con impacto estético y sintomático importante. Se instauró tratamiento médico con antibióticos tópicos y sistémicos, y antiinflamatorios, logrando mejoría parcial de la inflamación. Dada la persistencia de las lesiones, se consideró el inicio de isotretinoína oral (0,5–1 mg/kg/día) como tratamiento de primera línea, con el objetivo de inducir remisión sostenida y prevenir la progresión cicatrizal (2).

## **Comentario**

La celulitis disecante del cuero cabelludo (CD), también denominada perifoliculitis capitis abscedens et suffodiens, es una alopecia cicatricial primaria con infiltrado inflamatorio neutrofílico profundo. Forma parte de la tétrada de oclusión folicular, junto con la hidradenitis supurativa, el acné conglobata y el quiste pilonidal (1,2). Predomina en varones jóvenes, especialmente afrodescendientes, aunque se han descrito casos en mujeres y en individuos de origen caucásico (1).

La fisiopatología se basa en una queratinización folicular anómala, que conlleva la obstrucción y ruptura del folículo piloso, generando una reacción inflamatoria neutrofílica y granulomatosa. Este proceso puede verse favorecido por la colonización secundaria por *Staphylococcus aureus* y *Cutibacterium acnes* (2).

El diagnóstico se establece mediante la correlación clínico-tricoscópica y puede confirmarse por histopatología en casos dudosos. Sin embargo, la ecografía dermatológica de alta resolución ha adquirido gran relevancia, ya que permite visualizar estructuras profundas no accesibles mediante tricoscopia, reduciendo la necesidad de biopsia (3,4).

Los hallazgos ecográficos típicos incluyen dilataciones foliculares, colecciones hipoeoicas, pseudoquistes y trayectos sinuosos con grados variables de vascularización, similares a los observados en hidradenitis supurativa (4). En este caso se describe además un nuevo patrón ecográfico,

denominado “signo de pintura rupestre”, caracterizado por trayectos sinuosos intradérmicos irregulares sin comunicación con la superficie, lo cual podría corresponder a una fase inicial no fistulizada de la enfermedad. Este hallazgo aporta valor diagnóstico precoz y evita procedimientos invasivos.

La CD presenta un curso crónico y recidivante, con repercusión estética y psicológica considerable. El reconocimiento temprano y la integración de herramientas diagnósticas no invasivas, como la ecografía cutánea, contribuyen a optimizar su manejo clínico.

### IMAGEN CLÍNICA:

**Figura 1A (Fuente propia)**



**Figura 1B (Fuente propia)**



**Figura 1. A.** Lesión nodular de aproximadamente 15 mm de diámetro en la región temporal derecha, acompañada de múltiples áreas alopecícas en la región occipital.

**Figura 1. B.** Ecografía cutánea de alta resolución en escala de grises (corte transversal, región temporal derecha) que muestra trayectos sinusales intradérmicos irregulares y estructuras hipoecoicas que alcanzan la hipodermis, configurando el “signo de pintura rupestre”. A la derecha, pintura rupestre prehistórica utilizada como analogía visual del patrón ecográfico observado.

El signo fue descrito conjuntamente por los autores y con aportaciones clínicas del Dr. Humberto Alejandro Nati Castillo (no autor).

previamente, ni total ni parcialmente, ni se encuentra sometido a evaluación en ninguna otra revista o medio científico.

### Declaración de transparencia

Los autores declaran que el presente manuscrito es un trabajo original, elaborado de forma honesta y transparente. El contenido no ha sido publicado

### Publicación

Este artículo no ha sido presentado en forma de comunicación oral o escrita en ningún congreso o jornada científica.

## Financiación

Los autores declaran que no recibieron apoyo financiero para la realización de la investigación ni para la publicación del presente artículo.

## Derechos y permisos

Se han gestionado las reimpresiones y permisos correspondientes con la revista SANUM científico-sanitaria.

## Conflictos de interés

Los autores manifiestan que la investigación se llevó a cabo sin vínculos comerciales o financieros que pudieran interpretarse como un posible conflicto de intereses.

## Contribuciones de los autores

D.E.G. y L.V.M. contribuyeron de manera equitativa en la concepción del caso clínico, la recolección y análisis de la información, así como en la redacción, revisión crítica del manuscrito y aprobación final de la versión a ser publicada. Ambos autores asumen plena responsabilidad por el contenido y las conclusiones del trabajo.

## Declaración sobre Inteligencia Artificial generativa

Los autores declaran que no se utilizó ninguna herramienta de inteligencia artificial generativa durante la concepción, redacción, análisis o edición de este manuscrito. Todo el contenido, incluyendo el desarrollo conceptual, la estructura editorial y la redacción final, fue elaborado exclusivamente por los autores humanos. Esta declaración se realiza en cumplimiento con las directrices establecidas por Nature, Elsevier, Springer, ICMJE y COPE.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Masson R, Wu P, Cohen JM, Egeberg A, Naik HB, Lockwood S, et al. Treatments for dissecting cellulitis of the scalp: A systematic review and treatment algorithm. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2023;13(11):2487-526. doi:10.1007/s13555-023-01018-7.
2. Cataldo-Cerda K, Wortsman X. Dissecting cellulitis of the scalp early diagnosed by color Doppler ultrasound. *Int J Trichology*. 2017;9(4):147-8. doi:10.4103/ijt.ijt\_2\_17.
3. Ortiz-Lazo E, Truchuelo T, Jaén P, et al. Imaging Modalities in Trichology: Ultrasound, Reflectance Confocal Microscopy, and Optical Coherence Tomography. *Actas Dermosifiliogr*. 2025;116(7):T755-T763. doi:10.1016/j.ad.2025.05.009.
4. Rodríguez-Cuadrado FJ, Martínez-Mera C, Roustan-Gullón G, Alfageme-Roldán F. Trichosonography: ultrasound of alopecias and hair disorders. *J Ultrasound*. 2025;28(1):137-150. doi:10.1007/s40477-024-00966-w.