

XIII Reunión

GRUPO DE TRABAJO DE  
IMAGEN EN DERMATOLOGÍA

**GeDEI**  
Grupo de e-Dermatología e Imagen



ACADEMIA ESPAÑOLA  
DE DERMATOLOGÍA  
Y VENEREOLOGÍA

# DERMATOSCOPIA Y CONFOCAL

**Angiohistiocitoma de células multinucleadas: ¿entidad independiente o variante de dermatofibroma? Rosetas y líneas blancas brillantes como nuevos hallazgos dermatoscópicos.**Sara Becerril Andrés<sup>1</sup>, Eduardo de la Rosa Fernández<sup>2</sup>, Jesús del Pozo Losada<sup>3</sup>Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de La Plana<sup>1</sup>, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria<sup>2</sup> y Complejo Hospitalario Universitario A Coruña<sup>3</sup>**INTRODUCCIÓN**

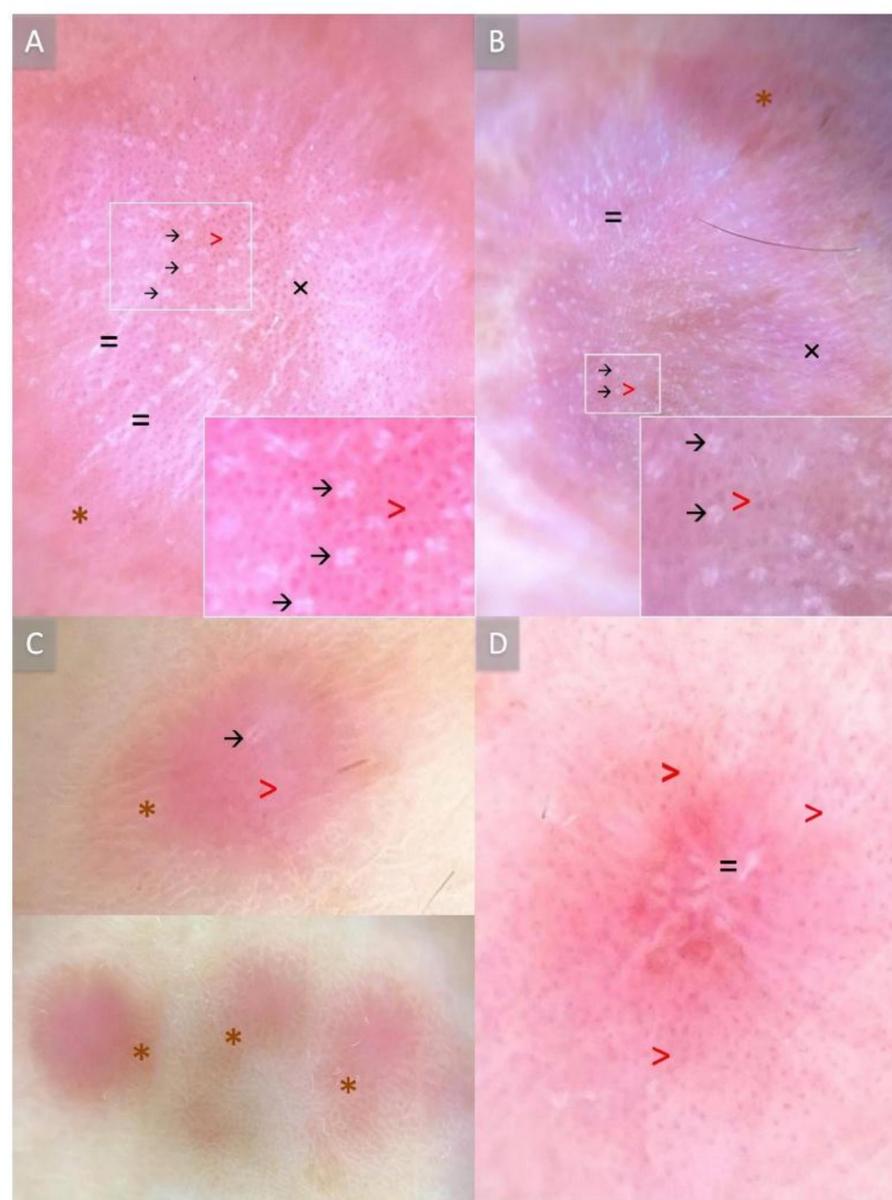
El **angiohistiocitoma de células multinucleadas (ACM)** es una **proliferación fibrovascular benigna** poco frecuente que afecta predominantemente a **mujeres de mediana edad**. Clínicamente, se presenta como **pápulas violáceas** en el dorso de las **manos y extremidades**. Tradicionalmente considerado como un **tumor vascular** cutáneo, recientes observaciones sugieren que podría tratarse de un **proceso fibrohistiocítico** con proliferación vascular secundaria o una variante del **dermatofibroma**.<sup>1</sup>

**OBJETIVOS Y MÉTODOS**

La dermatoscopia del ACM ha sido escasamente estudiada. Valerón-Almazán et al. describieron **tres patrones principales: áreas rojizas difusas, manchas blanquecinas y áreas reticuladas periféricas finas**.<sup>2</sup> Sin embargo, no existen descripciones adicionales en la literatura. Este estudio busca ampliar el conocimiento sobre las **características dermatoscópicas del ACM**. Presentamos **cuatro casos de ACM** confirmados histológicamente con descripción dermatoscópica detallada.



**Figura 1. Presentación clínica.** Pápulas planas subcentimétricas violáceas agrupadas en el dorso de las manos.



**Figura 2. Estructuras dermatoscópicas.** Periferia marrón homogénea (\*), punteado vascular (>), rosetas (→), líneas blancas brillantes (=) y reticulado blanquecino (x).

**RESULTADOS**

Se estudiaron 4 casos de ACM, 3 en mujeres, de 60 a 65 años. Clínicamente se presentaron como **pápulas violáceas en el dorso de las manos (Fig.1)**. La dermatoscopia mostró **áreas rosadas, blanquecinas y marrones, periferia marrón homogénea (\*), punteado vascular (>) y reticulado blanquecino (x)**, estructuras ya descritas en dermatofibromas.<sup>3</sup> Además, se identificaron **rosetas (→) y líneas blancas brillantes (=)** bajo luz polarizada, hallazgos no descritos previamente en los ACM (Fig.2).

**DISCUSIÓN**

Presentamos **nuevos hallazgos dermatoscópicos** en el ACM, resaltando la importancia de esta herramienta en la caracterización de la entidad. Aunque estas estructuras dermatoscópicas no son específicas de ninguna patología, su presencia puede ayudar en el diagnóstico diferencial con otras afecciones similares al ACM, como el **sarcoma de Kaposi, liquen plano, sarcoidosis, granuloma anular o verrugas virales**. Las **similitudes dermatoscópicas con el dermatofibroma** respaldan la hipótesis de que el ACM podría representar una entidad de **origen histiocítico**.<sup>1-3</sup>

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Frew JW. Multinucleate cell angiohistiocytoma: clinicopathological correlation of 142 cases with insights into etiology and pathogenesis. *Am J Dermatopathol*. 2015;37(3):222-228.
2. Valerón-Almazán P, Dehesa L, Santana N, Vilar J, Carretero G. Hallazgos dermatoscópicos del angiohistiocitoma de células multinucleadas: ¿una variante de dermatofibroma?. *Actas Dermosifiliogr*. 2011;102(1):69-71.
3. Zaballos P, Puig S, Llambich A, Malveyh J. Dermoscopy of dermatofibromas: a prospective morphological study of 412 cases. *Arch Dermatol*. 2008;144(1):75-83.

## Mejora en el Diagnóstico del Dermatofibroma Papular: el valor añadido de la dermatoscopia de contacto con presión y luz no polarizada

Fabià Torres-Betato, Felipe Peirano, Oriol Yélamos

Servicio de Dermatología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

### Caso clínico

Varón de 52 años que consultó por una pápula rosada asintomática de 1,2 cm en la pierna izquierda, sin signo del hoyuelo (Figura 1).

Antecedente de melanoma en el tórax (Breslow 0,4 mm) extirpado hace 4 años.

La **dermatoscopia polarizada sin contacto** mostró vasos polimorfos y estrías blancas brillantes sobre un fondo eritematoso (Figura 2).

El diagnóstico diferencial inicial incluyó carcinoma basocelular, dermatofibroma, tumor de Spitz atípico y melanoma.

Se realizó **dermatoscopia polarizada con contacto y leve presión**, observándose un parche blanco central con estrías blancas brillantes y una delicada red periférica (Figura 3).

La **dermatoscopia no polarizada con contacto** mostró también el parche blanco central y permitió una mejor visualización de la red periférica (Figura 4).

La evaluación clínica posterior reveló que la lesión se mantenía estable desde hacía años, y el paciente presentaba lesiones similares en las piernas.

Se estableció el diagnóstico de dermatofibroma papular y se decidió seguimiento.

Hasta la fecha, la lesión no ha mostrado cambios.



Figura 1. Pápula rosada en muslo izquierdo (flecha)



Figura 2. Dermatoscopia polarizada sin contacto.



Figura 3. Dermatoscopia polarizada con contacto y presión.



Figura 4. Dermatoscopia no polarizada con contacto.

### Mensaje

El **dermatofibroma papular** es un tumor cutáneo benigno, más frecuentemente localizado en las piernas, que puede suponer un reto diagnóstico, especialmente al diferenciarlo de melanoma o lesiones tipo Spitz. El diagnóstico de este subtipo de dermatofibroma puede ser complejo, ya que habitualmente no presenta el signo del hoyuelo y puede mostrar estructuras dermatoscópicas que también se observan en lesiones malignas, como el enrojecimiento vascular superficial, estrías blancas brillantes o vasos polimorfos.

Marghoob et al. destacaron la importancia de utilizar tanto dermatoscopia polarizada como no polarizada en este tipo de lesiones, ya que el patrón clásico del dermatofibroma (parche blanco central y red periférica delicada) puede evaluarse mejor mediante dermatoscopia no polarizada.

Nuestro caso también resalta la importancia de **variar la presión aplicada en la dermatoscopia con contacto**, tanto en **modo polarizado como no polarizado**. Dado que la presión colapsa los vasos sanguíneos, una mayor presión permite visualizar mejor el colágeno dérmico (parche blanco) y las crestas interpilares (red periférica).

En conclusión, ante pápulas rosadas en las piernas de diagnóstico difícil, el uso combinado de dermatoscopia con contacto aplicando distintos grados de presión, junto con el modo polarizado sin contacto habitual, puede mejorar la precisión diagnóstica del dermatofibroma papular.

### Clave

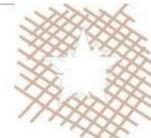
Polarizada SIN contacto	
	Vasos polimorfos Estrías blanco brillantes Fondo eritematoso
Polarizada CON contacto y leve presión	
	Parche blanco Estrías blancas Red periférica
NO polarizada CON contacto	
	Parche blanco +Red periférica

Figura 5. Modo de dermatoscopia en dermatofibroma.



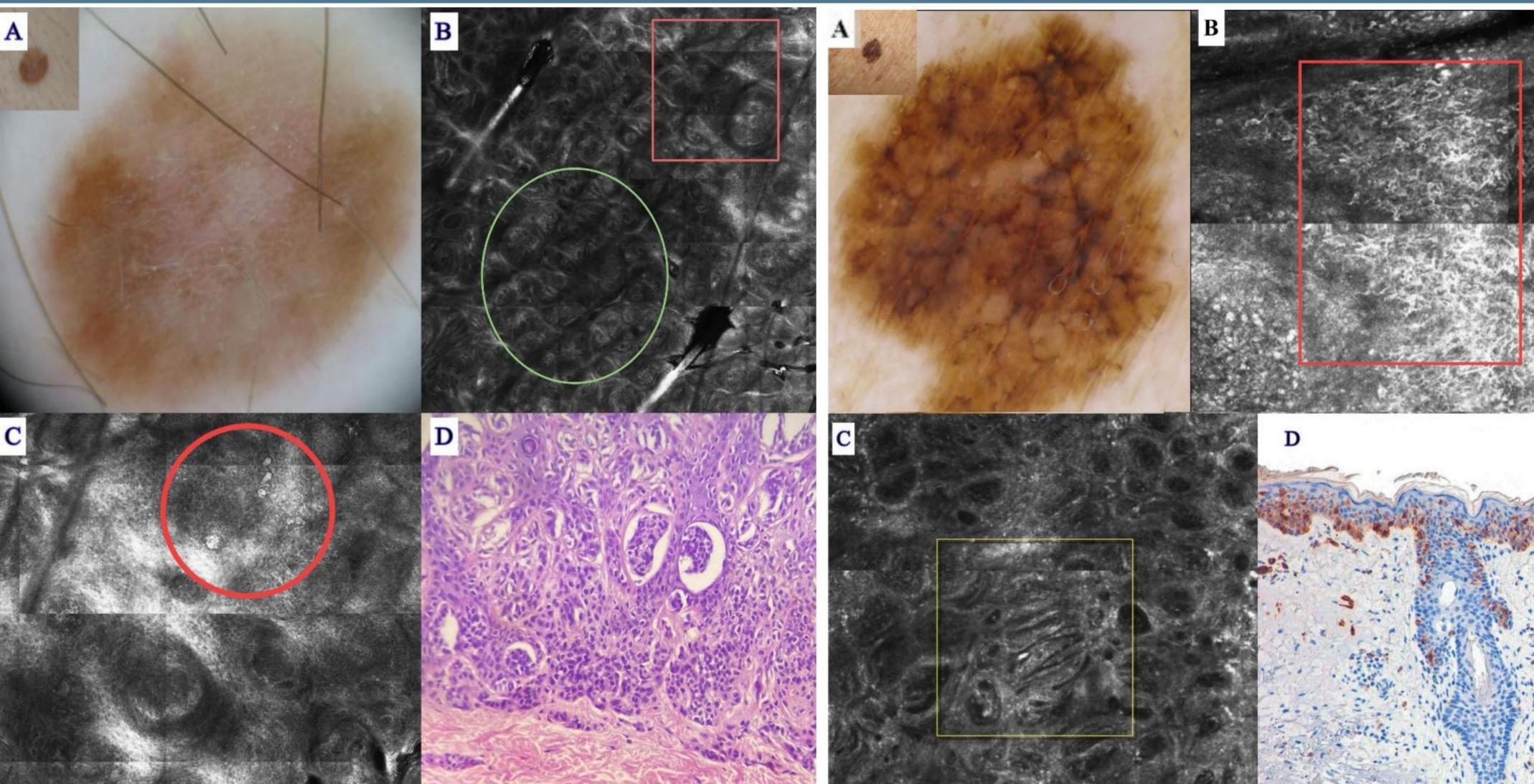
# Melanoma en fase temprana: hallazgos en microscopía confocal que diferencian distintos perfiles de crecimiento

Joseph Griffiths Acha, Reyes Gamo Villegas, Uxua Floristán Muruzubal, Marta Menendez Sanchez, Giulia Greta Dradi, Jose Luis Lopez Estebarán del Hospital Universitario Fundación Alcorcón

## INTRODUCCIÓN

La microscopía confocal de reflectancia (MCR) permite evaluar en vivo la arquitectura celular y la disposición de los melanocitos en la epidermis y la unión dermoepidérmica, facilitando la distinción entre distintos subtipos de melanoma en su fase incipiente.

## CASOS CLÍNICOS



**Caso 1:** Paciente de 16 años con mutación CDKN2A. Refiere cambios en lesión pigmentada. **Fig A:** Mácula marrónácea heterogénea de 7mm de patrón homogéneo globular, se intuye retículo invertido. **Fig B:** UDE: nidos densos regulares (círculo verde), focalmente células redondas atípicas sueltas y nidos atípicos. **Fig C:** Epidermis: células redondas atípicas intraepidérmicas (círculo rojo). **Fig D:** H&E con células melanocíticas atípicas intraepidérmicas y nidos atípicos, compatible con melanoma in situ (tipo MES) sobre nevus compuesto.

**Caso 2:** Paciente de 75 años fotodaño. **Fig A:** Mácula marrón oscuro de 10mm, patrón homogéneo con estructuras romboidales, líneas anguladas y áreas borradas. **Fig B:** Epidermis: abundantes células dendríticas atípicas (cuadrado rojo). **Fig C:** UDE: engrosamientos junturales, malla atípica, figura mitocondrial (cuadrado amarillo). **Fig D:** MelanA. Abundantes melanocíticos atípicos descendiendo por un folículo y presentando ascenso pagetoide. Compatible con LM.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Estos hallazgos reflejan diferencias clave en la biología de cada subtipo de melanoma. El **melanoma de extensión superficial (MES)**, frecuentemente asociado a mutaciones en BRAF, presenta un crecimiento predominantemente en nidos. En sus fases iniciales, y cuando se desarrolla sobre un nevus preexistente, pueden observarse células redondas intraepidérmicas aisladas (círculo rojo) que, incluso en estadios precoces, tienden a agruparse formando nidos intraepidérmicos incipientes.

En contraste, el **lentigo maligno (LM)**, asociado a fotodaño crónico y mutaciones en NRAS y KIT, exhibe una proliferación melanocítica juntural dispersa, que se traduce en engrosamientos focales de la unión dermoepidérmica y en la presencia de células dendríticas atípicas (cuadrado rojo) dispersas en la epidermis que tienden al foliculotropismo.

# Uso de la luz de Wood en la evaluación de alopecias cicatriciales y no cicatriciales



Felipe Peirano<sup>1</sup>, Fabià Torres-Betato<sup>1</sup>, Oriol Yélamos<sup>1</sup>, Marianne Kolbach<sup>2</sup>, Caridad E Morales-Munera<sup>1</sup>, Cristina López-Sánchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Dermatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

<sup>2</sup> Departamento de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

## Introducción

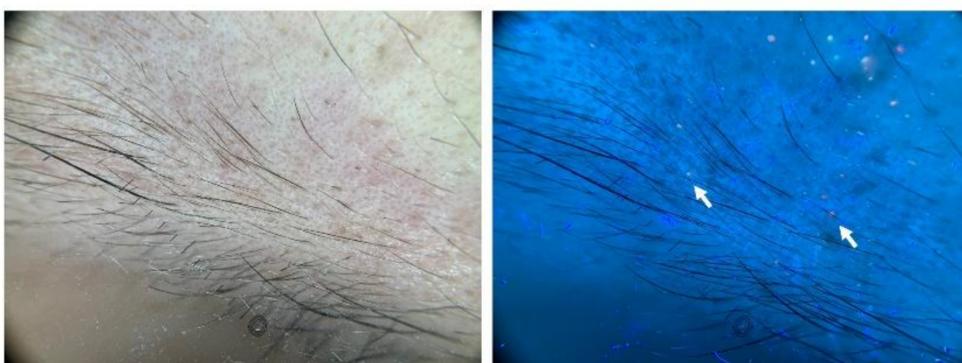
La diferenciación entre alopecias cicatriciales y no cicatriciales es fundamental para un diagnóstico y tratamiento adecuados. La dermatoscopia con luz de Wood (UVFT) ha emergido como una herramienta complementaria a la dermatoscopia convencional, permitiendo la visualización de patrones fluorescentes característicos en diferentes tipos de alopecia. Este estudio evalúa el uso de la UVFT en alopecias cicatriciales y no cicatriciales.

## Métodos

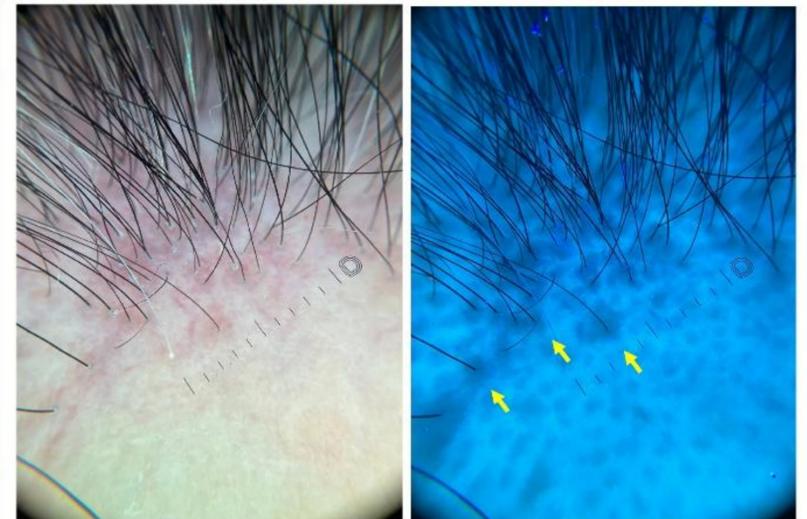
Se analizaron imágenes dermatoscópicas con y sin luz de Wood de pacientes con alopecias cicatriciales y no cicatriciales. Se evaluaron patrones de fluorescencia folicular e interfolicular, así como la presencia de áreas oscuras o hiperfluorescentes. Se compararon los hallazgos en función del tipo de alopecia.

## Resultados

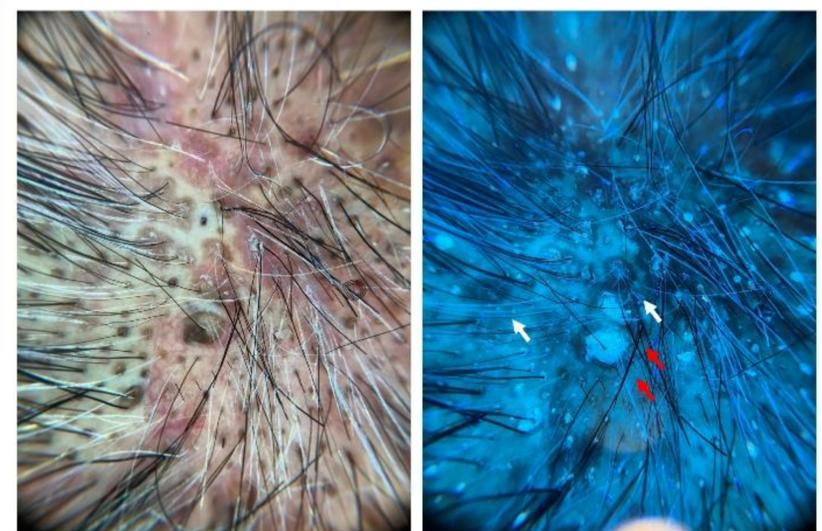
En alopecia areata (AA), se observó fluorescencia folicular rosada-roja y verde, junto con pelos vellosos blancos. En alopecia frontal fibrosante (AFF), se observó ausencia de fluorescencia folicular, presencia de áreas perifoliculares oscuras, fluorescencia folicular rosada-roja y verde. En celulitis disecante (CD), se identificaron puntos blancos en 3D y áreas oscuras perifoliculares. La UVFT mejoró la visualización de los ostium foliculares en comparación con la dermatoscopia polarizada y permitió una mejor selección de sitios para biopsia.



**Figura 2.** Tricoscopia de AA **A.** Luz polarizada: Puntos negros y pelos en signo de exclamación. **B.** UVFT: Fluorescencia folicular rosada-roja (flechas blancas).



**Figura 1.** Tricoscopia de AFF **A.** Luz polarizada: hiperqueratosis y eritema peripilar. **B.** UVFT: ausencia de fluorescencia folicular, áreas perifoliculares oscuras (flechas amarillas).



**Figura 2.** Tricoscopia de CD **A.** Luz polarizada: Comedones y puntos amarillo-marrones en 3D. **B.** UVFT: Puntos blancos en 3D (flechas rojas) y áreas oscuras perifoliculares (flechas blancas).

## Conclusiones

La dermatoscopia con luz de Wood facilita la diferenciación entre alopecias cicatriciales y no cicatriciales al resaltar patrones fluorescentes distintivos. Su uso puede optimizar la toma de decisiones clínicas, el monitoreo de actividad inflamatoria en alopecias cicatriciales, y podría ayudar a escoger las áreas de biopsia en caso de dudas diagnósticas.

## Referencias



XIII Reunión

GRUPO DE TRABAJO DE  
IMAGEN EN DERMATOLOGÍA

**GeDEI**  
Grupo de e-Dermatología e Imagen



ACADEMIA ESPAÑOLA  
DE DERMATOLOGÍA  
Y VENEREOLOGÍA

# ECOGRAFÍA

## ESCLERODERMIA LOCALIZADA. LA UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CUTÁNEA EN DERMATOSIS INFLAMATORIAS.

Juan Luis Castaño Fernández, Irene Sánchez Gutiérrez, Mónica Ramos Caballo, Manuel Sánchez Arjona, Laura Nájera Botello, Gaston Roustan Gullón, Fernando Alfageme Roldán. 1. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid. 2. Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid.

### CASO CLÍNICO

Mujer de 59 años que acude a nuestras consultas por una lesión asintomática en región distal posterior de miembro inferior izquierdo, de meses de evolución, para la que no había realizado tratamiento. Se observó una placa marronácea de aspecto atrófico residual.

Se decidió realizar una ecografía cutánea, objetivándose un engrosamiento dérmico difuso con lipoatrofia asociada, más evidente al compararse con el miembro contralateral sano (Figura 1), además de un aumento de la rigidez con respecto a la piel sana en la elastografía (Figura 2). Todos los hallazgos fueron compatibles con una morfea o esclerodermia localizada. No tenía actividad inflamatoria demostrada mediante eco Doppler, por lo que decidimos de forma consensuada actitud expectante. Este diagnóstico pudo confirmarse histológicamente tras realizar una biopsia cutánea.

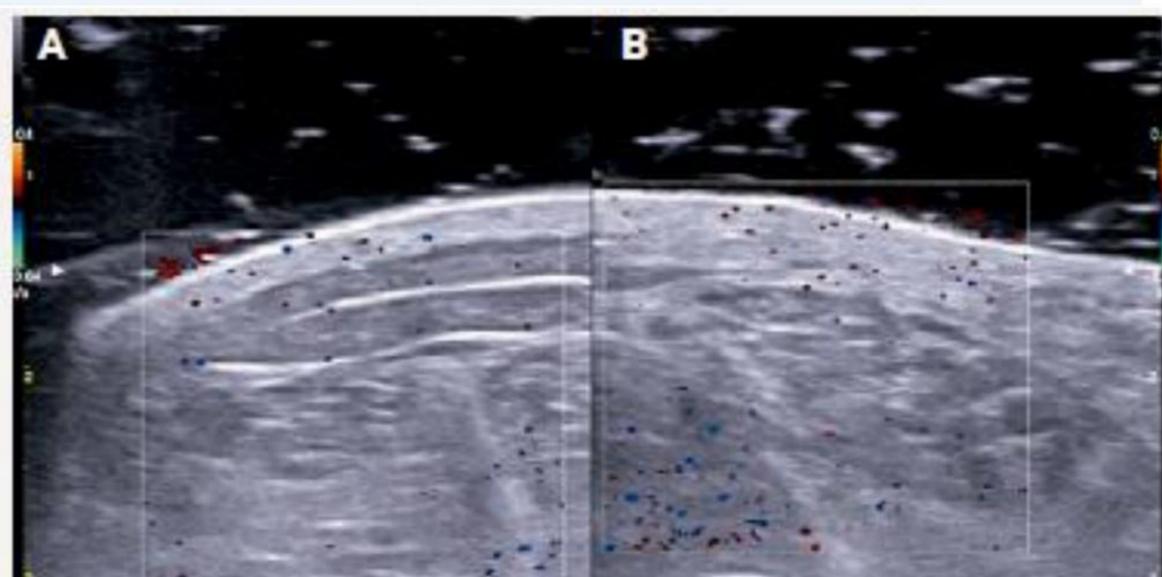


Figura 1, A: Placa de morfea en el miembro inferior con dermis de menor grosor e inicio de fibrosis en la hipodermis, con bandas de colágeno hiperecogénicas. B: Con piel normal del miembro inferior contralateral.

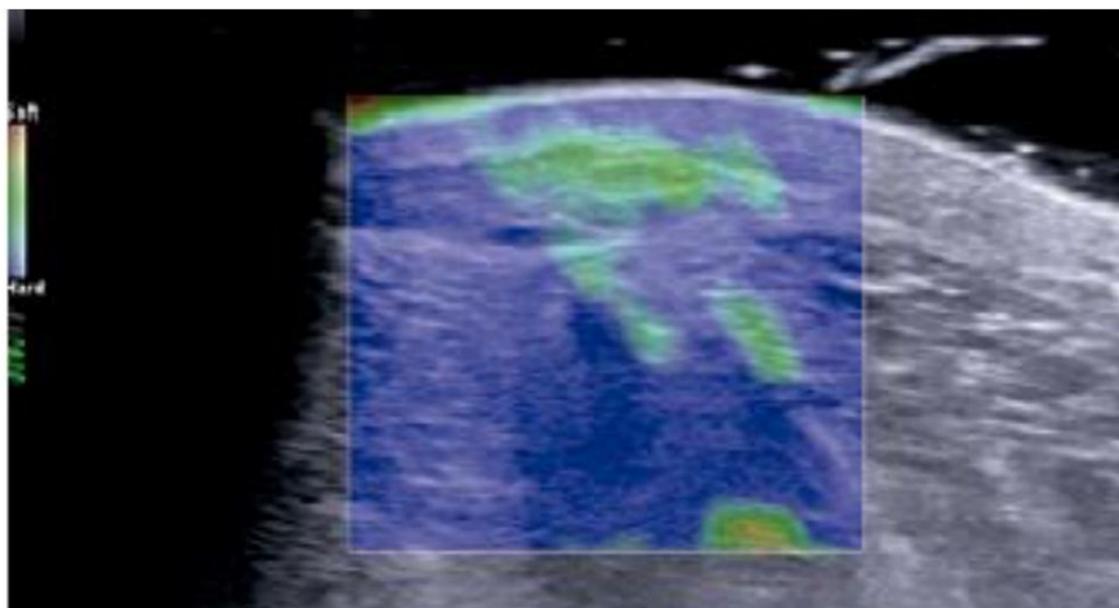


Figura 2, Elastografía realizada en la lesión de morfea. Se aprecia el aumento de la dureza en los tejidos en la dermis.

### DISCUSIÓN

Con este caso de morfea en placa única, ponemos de manifiesto la importancia de apoyarnos en una técnica tan inocua y accesible en la mayoría de los centros como es la ecografía cutánea, no solo para el estudio de las entidades dermatológicas tumorales, sino también para la patología inflamatoria. Gracias a la ecografía cutánea, en nuestro caso, pudimos filiar correctamente la lesión, dirigir la posterior biopsia confirmatoria, así como guiar la actitud terapéutica antes del resultado histológico de la lesión, infiriendo a través del doppler el grado de actividad inflamatoria.

### CONCLUSIONES

La ecografía cutánea demuestra ser una prueba muy útil en las patologías inflamatorias, tal y como evidenciamos con este caso. Puede ser una herramienta que nos ayude tanto en el diagnóstico inicial como en la toma de decisiones. Es también de utilidad en el seguimiento de las dermatopatías inflamatorias, evaluando el grado de actividad y la respuesta al tratamiento. En conclusión, se trata de una prueba complementaria inocua que nos ayuda a brindar una atención integral a nuestros pacientes con patología dermatológica inflamatoria.

### BIBLIOGRAFÍA

- 1, Florez-Pollack S, Kunzler E, Jacobe HT. Morphea: Current concepts. Clin Dermatol. 2018 Jul-Aug;36(4):475-486.
- 2, Zhang S, Zhu QL, Xiao MS, Liu J. The value of dermoscopy and high-frequency ultrasound in staging morphea. J Dermatol. 2023 Apr;50(4):511-517.

# Lo que no se ve... puede ser lo que más importa: *ecografía de la HS facial*

Victoria Ortiz Berciano<sup>1</sup>, Marga Pich-Aguilera Blasco<sup>1</sup>, Manuel Sánchez Arjona<sup>1</sup>, Mónica Ramos Caballo<sup>1</sup>, Juan Luis Castaño Fernández<sup>1</sup>, Lourdes Fajardo Lucena<sup>1</sup>, Irene Sánchez Gutiérrez<sup>1</sup>, Cristian Caballero Linares<sup>1</sup>, Fernando Alfageme Roldán<sup>1</sup> - <sup>1</sup>Servicio Dermatología, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid

**INTRODUCCIÓN:** La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica del folículo pilosebáceo caracterizada por nódulos dolorosos recurrentes, abscesos y fístulas en áreas ricas en glándulas apocrinas. Sin embargo, la afectación facial es atípica y suele confundirse con acné, lo que retrasa su diagnóstico y el inicio de un tratamiento adecuado.

## CASOS CLÍNICOS:

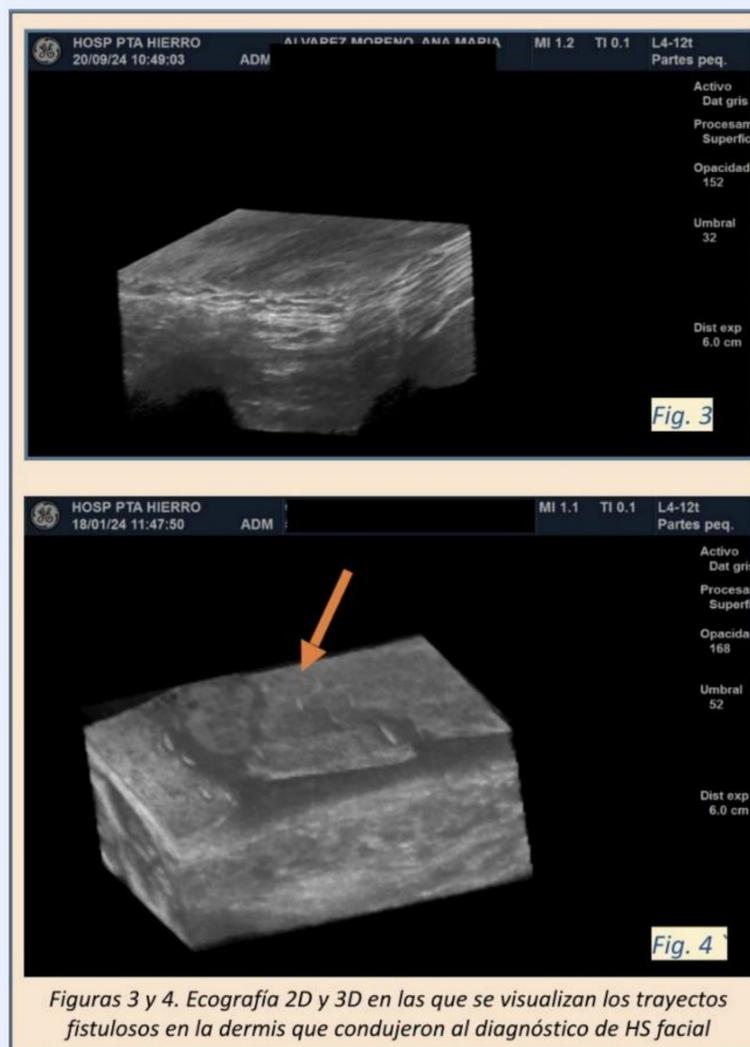
Se presentan dos casos de pacientes diagnosticadas erróneamente en un primer momento de acné y son tratadas sin éxito para ello.

1. Mujer de 24 años con cuadro de unos 2 años de lesiones inflamatorias dolorosas y cicatrices retráctiles faciales, sin mejoría tras 7 meses de isotretinoína. La ecografía reveló trayectos fistulosos subcutáneos característicos de HS. Se inició tratamiento dirigido con adalimumab, logrando remisión casi completa de las lesiones en 5 meses y mejoría en calidad de vida.

2. Mujer de 58 años con 4 años de lesiones papulopustulares y nódulos inflamatorios faciales, sin respuesta a 6 meses de isotretinoína. La ecografía identificó signos patognomónicos de HS. Tras un año de tratamiento con adalimumab, se observó mejoría significativa pero ante persistencia ocasional de brotes, se realizó un cambio a secukinumab, con lo que la paciente se mantiene asintomática completamente.

Ambas pacientes sufrían de lesiones faciales que repercutían sustancialmente en su día a día, además, por el diagnóstico incorrecto fueron tratadas con terapias inefectivas durante meses. Posteriormente, gracias a la realización de una ecografía, se pudo observar lo que no se veía externamente: la presencia de fístulas, nódulos y abscesos... siendo así diagnosticadas de hidradenitis facial.

Se inició tratamiento para ello, experimentando remisión de las lesiones inflamatorias, disminución de brotes y mejoría en la calidad de vida. Además, también la ecografía permitió evaluar de manera precisa la evolución con el tratamiento, mostrando reducción del edema y fibrosis.



**DISCUSIÓN:** La HS facial es una presentación poco frecuente que puede confundirse con acné vulgar, lo que conlleva errores diagnósticos y retrasos terapéuticos. Además, resaltar la importancia de la identificación precoz de esta entidad, ante la repercusión clara en la calidad de vida de los pacientes. La ecografía de alta resolución es una herramienta esencial para distinguir ambas patologías, permitiendo identificar trayectos fistulosos subyacentes no visibles clínicamente. Por ello, recomendamos la ecografía en pacientes con acné refractario, lesiones faciales atípicas o antecedentes personales o familiares de HS.

**CONCLUSIÓN:** La ecografía es fundamental para el diagnóstico diferencial de HS facial y acné, permitiendo un inicio temprano del tratamiento dirigido adecuado.

## BIBLIOGRAFÍA

- Mansilla-Polo M, Escutia-Muñoz B, Botella-Estrada R. Revisión narrativa y actualización en fármacos biológicos y de pequeña molécula para el tratamiento de la hidradenitis supurativa: una entidad con un futuro prometedor. *Actas Dermosifiliogr.* 2023.
- Barboza-Guadagnini L, Podlipnik S, Fuertes I, Morgado-Carrasco D, Bassas-Vila J. El dolor y la aparición tardía de la hidrosadenitis supurativa pueden tener una influencia negativa en el estatus ocupacional y el nivel educativo. Estudio transversal. *Actas Dermosifiliogr.* 2022.
- Litaiem N, Raboudi A, Zeglaoui F. Facial hidradenitis suppurativa: A potential mimicker of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol.* 2021; 85(6):e373–e374.
- Castrillón Velásquez MA, Kim M, Tan MH, Tran K, Murrell DF. An Atypical Localized Form of Hidradenitis Suppurativa of the Jawline and Neck Mimicking Severe Cystic Acne on Presentation. *Skin Appendage Disord.* 2017; 3(4):215–8.
- Wortsman X, Ortiz-Orellana G, Valderrama Y, Ferreira-Wortsman C, Reyes F, Herane MI. Ultrasonography of Facial and Submandibular Hidradenitis Suppurativa and Concomitance with Acne Vulgaris. *J Ultrasound Med.* 2024.

# ECOGRAFÍA Y DERMATOSCOPIA EN LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA: REPORTE DE UN CASO

**Autores:** Omar Al-wattar Ceballos<sup>1</sup>, Irene Sánchez Gutiérrez<sup>2</sup>, Laura Nájera Botello<sup>3</sup>, Fernando Alfageme Roldán<sup>2</sup>

**Institución:** <sup>1</sup>Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España; <sup>2</sup>Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España; <sup>3</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España

## INTRODUCCIÓN

La **ecografía** y la **dermatoscopia** han emergido como herramientas clave en el diagnóstico y manejo de enfermedades cutáneas, permitiendo una **evaluación no invasiva y en tiempo real** de las lesiones. La dermatoscopia facilita la identificación de patrones morfológicos característicos, mientras que la ecografía de alta frecuencia aporta información sobre el compromiso estructural y la respuesta al tratamiento. En el caso de la **leishmaniasis cutánea**, estas técnicas permiten diferenciarla de otras dermatosis, optimizando el enfoque diagnóstico y terapéutico

## OBJETIVOS

Describir la imagen ecográfica y dermatoscópica en un caso de leishmaniasis cutánea

## MATERIAL Y MÉTODO

Historia clínica del paciente, ecografía y dermatoscopia

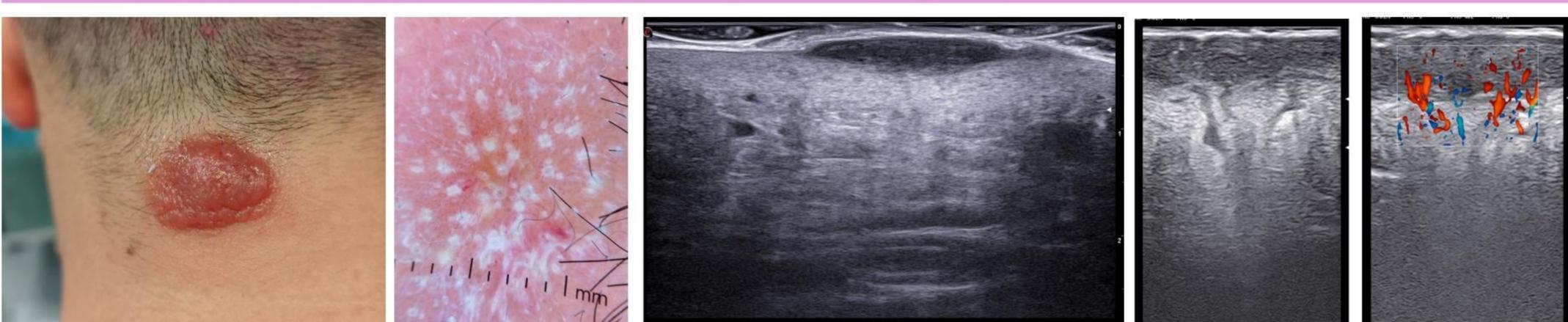
## CASO CLÍNICO

**Varón de 37 años**, sin antecedentes de interés, fue valorado en dermatología por **lesión occipital de 6 semanas de evolución**. Había realizado tratamiento con antibióticos orales y corticoides tópicos sin mejoría. A la exploración se apreciaba una placa indurada eritematomarróncea occipital de 6 cm de diámetro mayor.

Se **realizó exploración dermatoscópica** en la que se apreciaba un área rosada con un patrón de vascularización polimorfo (con vasos puntiformes, en coma, en horquillas...), estructuras blanquecinas tipo pseudorosetas a nivel folicular y elementos circulares anaranjados dispersos en el interior de la lesión.

A **nivel ecográfico** se apreciaba una lesión hipoecoica ovoidea bien delimitada a nivel dérmico que se extendía caudalmente siguiendo los folículos, tractos hipercogénicos intralesionales. Asociaba un aumento intenso de vascularización central en modo Doppler. Se decidió la realización de una biopsia para diagnóstico histológico y cultivos microbiológicos.

El diagnóstico definitivo fue **dermatitis granulomatosa con visualización de amastigotes compatible con leishmaniasis cutánea**. El paciente recibió tratamiento con **glucantime intralesional con mejoría clínico-ecográfica**.



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- La **leishmaniasis cutánea** es la forma más frecuente de leishmaniasis.
- El uso de la **dermatoscopia** o la **ecografía** han **demostrado aumentar el rendimiento diagnóstico clínico**.
- El **patrón típico de dermatoscopia** suele contar con **patrón vascular polimorfo, patrón en estallido, estrellas blancas y lágrimas amarillas**.
- A nivel **ecográfico** el principal patrón descrito coincide con el de nuestro caso: una **lesión ovoidea hipoecoica en dermis con áreas hipercogénicas en su interior y aumento de vascularización central**.
- Una correcta **respuesta terapéutica** se traduciría a **nivel ecográfico** en la **disminución del tamaño de la lesión y de su vascularización**.

## BIBLIOGRAFÍA

- Vergara-de-la-Campa L, Cembrero-Saralegui H, Luna-Bastante L, Martínez-Lorenzo ER, Alfageme-Roldán F. Usefulness of ultrasound for treatment and follow-up of cutaneous leishmaniasis. J Ultrasound. 2021;24(4):573-576. doi:10.1007/s40477-020-00540-0
- García-Gil MF, Monte Serrano J, Matovelle C, Ara-Martín M. Dermatoscopia e impronta en la leishmaniasis cutánea [Dermoscopy and imprint in cutaneous leishmaniasis]. An Pediatr (Engl Ed). 2021;94(2):118-119. doi:10.1016/j.anpedi.2020.04.003
- Sechi A, Neri I, Patrizi A, et al. Ultrasound patterns of localized cutaneous leishmaniasis and clinical correlations. J Ultrasound. 2022;25(2):343-348. doi:10.1007/s40477-020-00537-9

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CUTÁNEA EN EL DIAGNÓSTICO DEL HIDRADENOMA  
NODULAR: REPORTE DE DOS CASOS

Irene Sánchez Gutiérrez<sup>1</sup>, Juan Luis Castaño Fernández<sup>1</sup>, Cristian Fernando Caballero Linares<sup>1</sup>, Victoria Ortiz Berciano<sup>1</sup>, Margarita Pich-Aguilera Blasco<sup>1</sup>, Lourdes Fajardo Lucena<sup>1</sup>, Mónica Ramos Caballo<sup>1</sup>, Manuel Sánchez Arjona<sup>1</sup>, Laura Nájera Botello<sup>2</sup>, María Dolores Suárez Massa<sup>2</sup>, Paloma Gil Bernabe<sup>2</sup>, Fernando Alfageme Roldán<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Dermatología <sup>2</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda.

**INTRODUCCIÓN.** La ecografía cutánea es una técnica complementaria que puede ser de gran ayuda para el diagnóstico de tumores anexiales.

**CASOS CLÍNICOS**

**Caso 1:** Varón de 81 años sin antecedentes que consulta por una lesión asintomática en antebrazo derecho de tiempo indeterminado (Fig 1A). Ecográficamente se observó una lesión ovalada hipoecoica de 1.4 cm de diámetro, bien delimitada, con un interior anecoico con contenido líquido con movimiento browniano, proliferaciones hiperecoicas en las paredes y una vascularización periférica en el estudio Doppler (Fig 1B). Se realizó un drenaje ecoguiado de la lesión obteniendo un líquido turbulento marronáceo y se extirpó la pieza. En el estudio histológico se apreció una lesión sólido-quística compatible con hidradenoma nodular (Fig 1C-D).

**Caso 2:** Varón de 66 años sin antecedentes que consulta por una lesión nodular violácea en flanco de 9 meses de evolución con crecimiento progresivo (Fig 2A). En la exploración ecográfica se apreció una lesión quística dérmica con áreas hipoecoicas y un seudoflujo en su interior, así como proyecciones papilomatosas hiperecoicas en su interior con aumento de vascularización en el estudio Doppler (Fig 2 B). Se extirpó la lesión con un diagnóstico histológico final de hidradenoma apocrino.

**DISCUSIÓN**

El hidradenoma nodular es un tumor anexial benigno e infrecuente<sup>1</sup>. Clínicamente suele presentarse como una lesión solitaria, nodular y de consistencia firme. A nivel ecográfico se define como una lesión dermohipodérmica bien delimitada de naturaleza quística, con un interior hipo o anecoico y áreas sólidas hiperecoicas que protuyen de la pared de la lesión<sup>1,2</sup>.

**CONCLUSIONES**

El hidradenoma nodular es una lesión clínicamente inespecífica cuyos hallazgos ecográficos pueden ser de gran ayuda para orientar el diagnóstico.

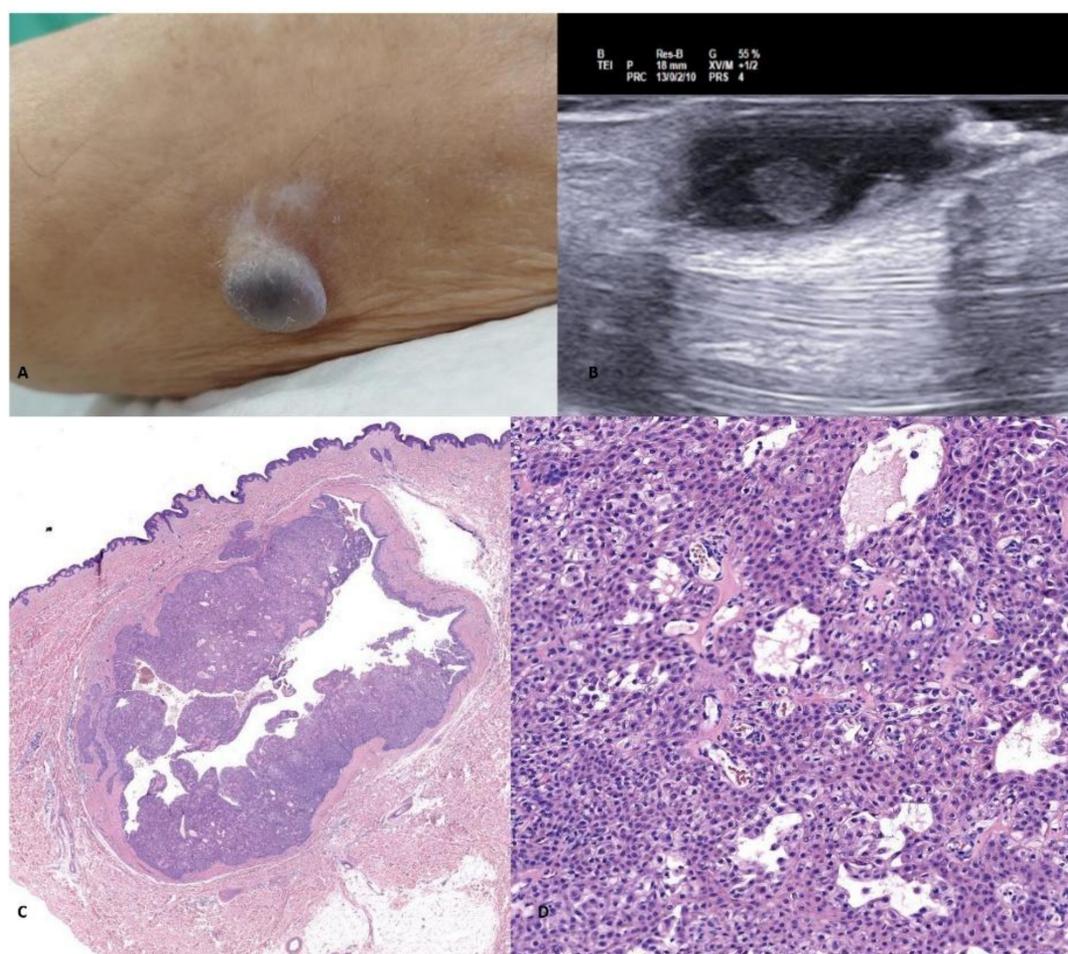


Fig 1. A) Nódulo antebrazo derecho. B) Ecografía con lesión dermohipodérmica hipoecoica con proliferaciones hiperecoicas en las paredes. C) Imagen panorámica con lesión en la dermis sin conexión con la epidermis sólido-quística. D) Imagen a gran aumento que muestra células tumorales con núcleos redondos uniformes con abundante citoplasma eosinófilo



Fig 2. A) Nódulo violáceo en flanco. B) Ecografía con lesión quística dérmica con áreas hipoecoicas y un seudoflujo en su interior, así como proyecciones papilomatosas hiperecoicas en su interior.

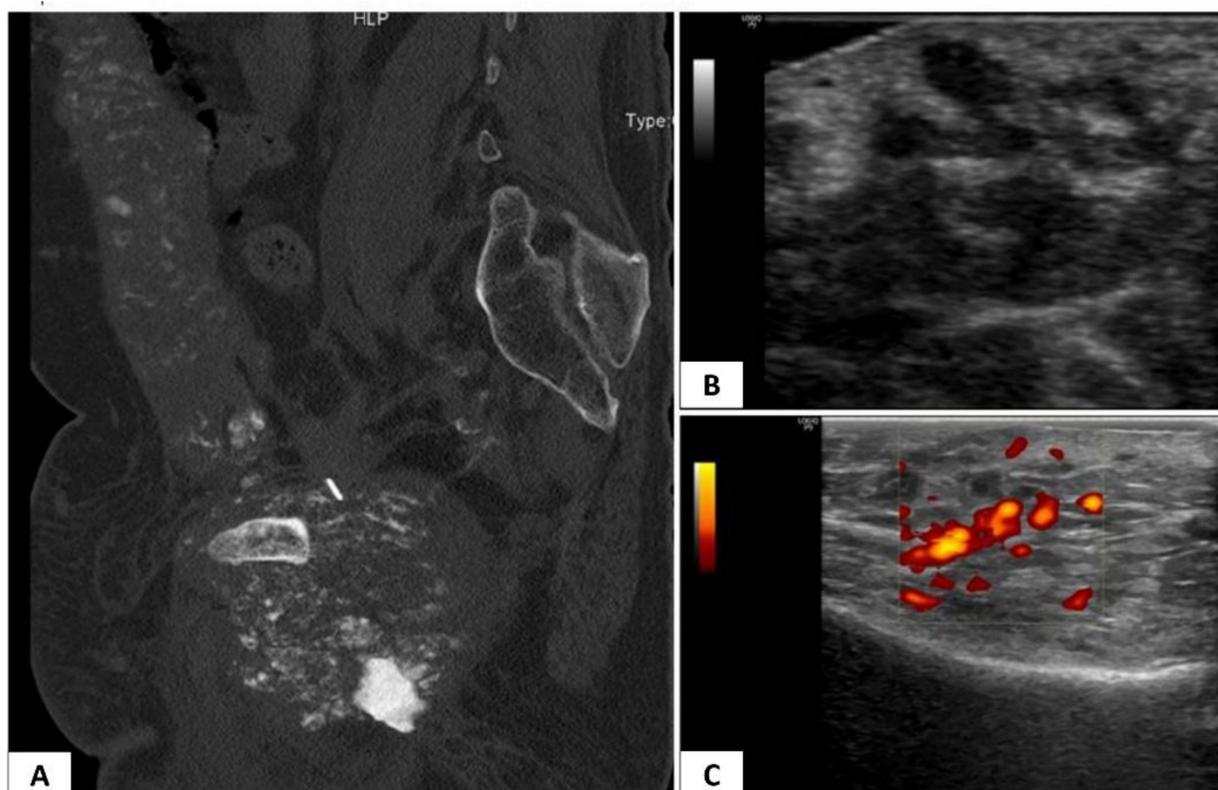
## CARACTERÍSTICAS ECOGRÁFICAS DE METÁSTASIS CUTÁNEAS POR CONDROSARCOMA



Manuel Sánchez-Arjona, M Pich-Aguilera-Blasco, V Ortiz-Berciano, JL Castaño-Fernández, M Ramos-Caballo, L Fajardo Lucena, C Caballero-Linares, I Sánchez-Gutiérrez, I Salgüero-Fernández, F Alfageme-Roldán, G Roustán-Gullón. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

**INTRODUCCION Y OBJETIVOS:** Presentamos el caso de un paciente con metástasis en coraza de un condrosarcoma de acetábulo y analizamos sus características ecográficas.

**RESULTADOS:** Varón de 64 años con antecedente de adenocarcinoma de próstata en remisión que acude a Urgencias por fractura de cadera izquierda junto con lesiones cutáneas torácicas y abdominales de largo tiempo de evolución (*Figura 1*). Se solicita un TAC donde se evidencia tumoración infiltrante extensa asociada a calcificaciones de tipo condroide que afecta a pared torácica y abdominal (*Figura 2A*). La exploración dermatoscópica se muestra en la *Figura 1*. Ecográficamente se evidencian nódulos hipoecoicos agrupados con márgenes mal definidos, ubicados en hipodermis, dermis reticular y papilar, que forman estructuras en canal con un diseño policíclico y abundante vascularización intralesional (patrón IV según Giovagnorio y colaboradores)<sup>1</sup> en el *power Doppler* (*Figura 2B y C*). La biopsia cutánea arrojó el resultado de condrosarcoma.



**Figura 1:** Pápulas y nódulos en tórax y abdomen sobre fondo eritematovioláceo y esclerosis cutánea significativa, con ampliación de la exploración dermatoscópica.

**Figura 2A:** Corte sagital de TAC donde se evidencia tumoración infiltrante extensa asociada a calcificaciones de tipo condroide que se extiende por la pared abdominal. **Figuras 2B y 2C:** Iconografía de ecografía cutánea en Modo B y Power Doppler.

**DISCUSIÓN:** Las metástasis cutáneas por condrosarcoma son una rara condición cuyas características ecográficas no han sido descritas en la literatura. La hipoecogenicidad observada está en consonancia con el comportamiento ecográfico del cartílago. Giovarno y colaboradores establecieron una clasificación de tumores musculoesqueléticos en cuatro grupos según el patrón de vascularización en el Doppler color: Grupo I (avascular), Grupo II (hipervascular con único polo vascular), Grupo III (hipervascular con múltiples polos periféricos), Grupo IV (hipervascular con vasos internos). Los patrones III y IV fueron considerados criterio de malignidad con una sensibilidad de 90 y 100% respectivamente.

**CONCLUSIÓN:** Las metástasis cutáneas por condrosarcoma siguen el mismo comportamiento ecográfico que otros tumores musculoesqueléticos malignos.

## Sarcoidosis subcutánea. La ecografía como ventana a una enfermedad sistémica.

José María de Castro Garrido <sup>1</sup>, Felipe Peirano <sup>1</sup>, Fabià Torres Betato <sup>1</sup>, y Esther Roé Crespo <sup>1</sup>

Servicio de Dermatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

### Caso Clínico

Mujer de 64 años con antecedente de artralgias, malestar general y aumento de reactantes de fase aguda de 4 años de evolución diagnosticada inicialmente como polimialgia reumática, en tratamiento con corticoides orales. Consulta por empeoramiento de síntomas tras retirada de corticoides, con aparición edemas en extremidades inferiores y nódulos subcutáneos duros indoloros en antebrazos y rodilla izquierda. La ecografía cutánea evidenció lesiones nodulares subcutáneas hipoeoicas rodeadas de imágenes hiperecoicas circundantes y aumento de la vascularización en el Doppler.

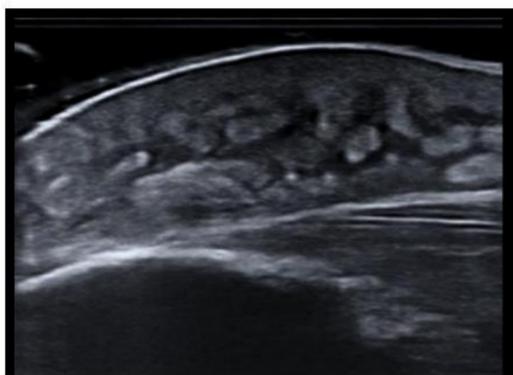


Figura 1. Ecografía cutánea: lesiones nodulares hipoeoicas

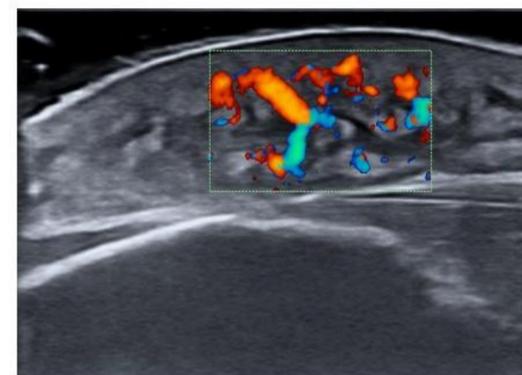


Figura 2. Ecografía Doppler aumento vascularización intranodular

Se realizó una biopsia incisional de un nódulo del codo, confirmando sarcoidosis subcutánea. El PET-CT evidenció lesiones hipermetabólicas en antebrazos y rodillas, junto con adenopatías hiliares bilaterales, confirmando el diagnóstico de sarcoidosis sistémica. Fue derivada a reumatología para valoración y tratamiento.

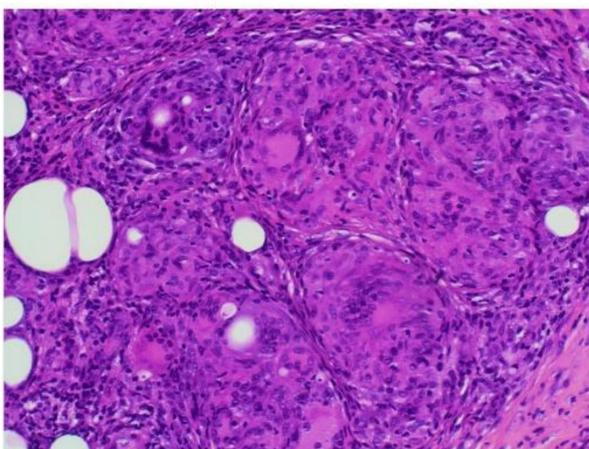


Figura 3. Granulomas sarcoideos localizados en tejido celular subcutáneo.

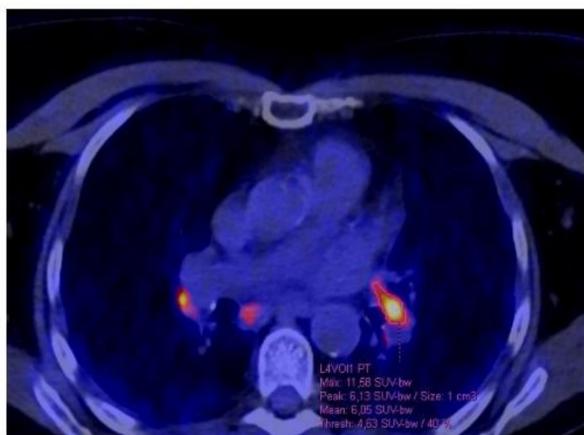


Figura 4 PET-TAC que muestra áreas hipermetabólicas hiliares bilaterales.

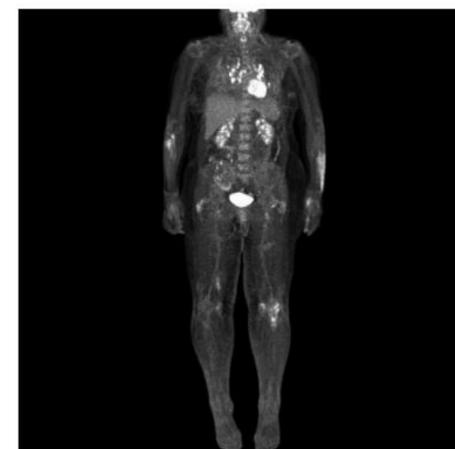
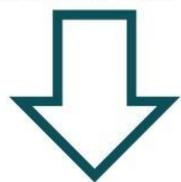


Figura 5 PET-CT con áreas hipermetabólicas en antebrazos y rodillas

### Discusión

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa donde las manifestaciones cutáneas ocurren en al menos el 20% de los casos y pueden ser la primera manifestación en hasta un tercio de los pacientes. La sarcoidosis subcutánea es una forma infrecuente de la enfermedad que se manifiesta frecuentemente como una paniculitis lobulillar, observándose en la ecografía lesiones hipoeoicas subcutáneas rodeadas con áreas hiperecogénicas alrededor que se corresponde en la histología, a granulomas sarcoideos rodeados de lobulillos grasos inflamados. Los hallazgos más frecuentemente descritos son:



Nódulos hipoeoicos en el tejido dérmico o subcutáneo.

Tejido periférico circundante hiperecoico.

Aumento de la vascularización en la ecografía Doppler.

Patrones variables de paniculitis.

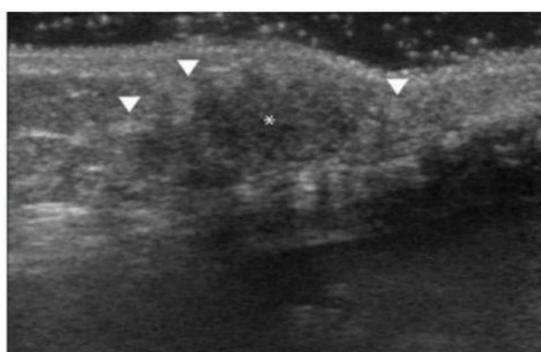


Figura 6

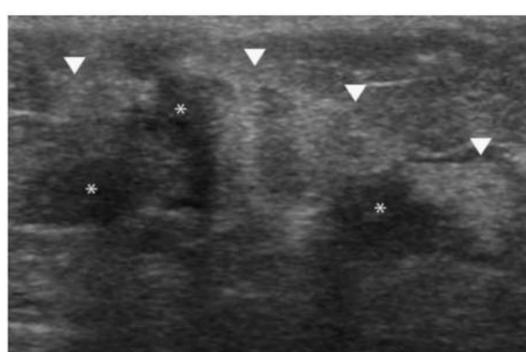


Figura 7

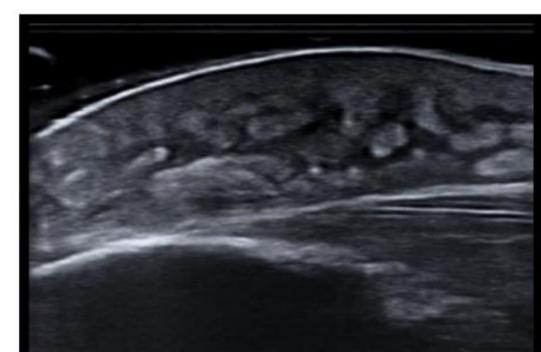


Figura 8

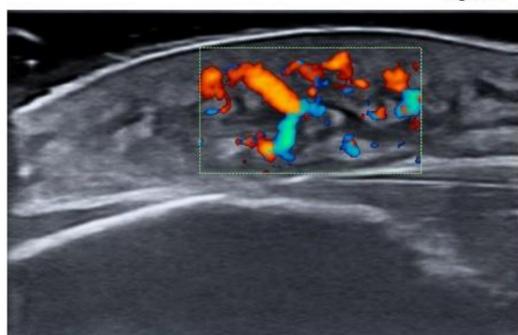


Figura 9

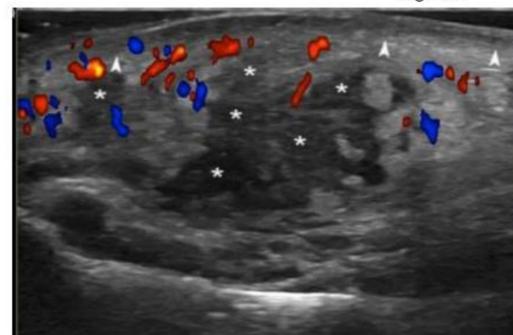


Figura 10

### Referencias



### Conclusión

Los nódulos subcutáneos pueden ser la primera manifestación de la sarcoidosis. En la sarcoidosis subcutánea la ecografía se presenta como una herramienta no invasiva que junto con el examen clínico pueden ayudar a descartar otras patologías permitiendo avanzar el diagnóstico temprano de esta entidad.

## Aportación de la dermatoscopia y la ecografía en el diagnóstico de una malformación venosa y linfática macro y microquística: a propósito de un caso

Fabià Torres-Betato<sup>1</sup>, Felipe Peirano<sup>1</sup>, Helena Iznardo<sup>1</sup>, Caridad Morales<sup>1</sup>, Esther Roé<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Dermatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

### Caso clínico

Presentamos el caso de un hombre de 18 años, sin antecedentes de interés, que consulta por una lesión en la cara lateral del tronco presente desde el nacimiento.

A la exploración física presentaba una lesión nodular de 7cm, con vesículas de contenido violáceo sobre un fondo de coloración marrón (Imagen 1).

En la dermatoscopia se observan vesículas de contenido serohemático, formando un nivel con signo del hipopion (Imagen 2).

La ecografía mostró en dermis una lesión heterogénea con múltiples quistes y en hipodermis algunos vasos con flujo venoso, estableciéndose el diagnóstico de malformación veno-linfática macro y microquística (Imagen 3). Se decidió iniciar tratamiento con rapamicina tópica y está pendiente de iniciar láser CO2.



Imagen 1. Lesión vesiculosa serohemática en cara lateral de tronco.



Imagen 2. Signo del hipopion y huevas de rana en la dermatoscopia.

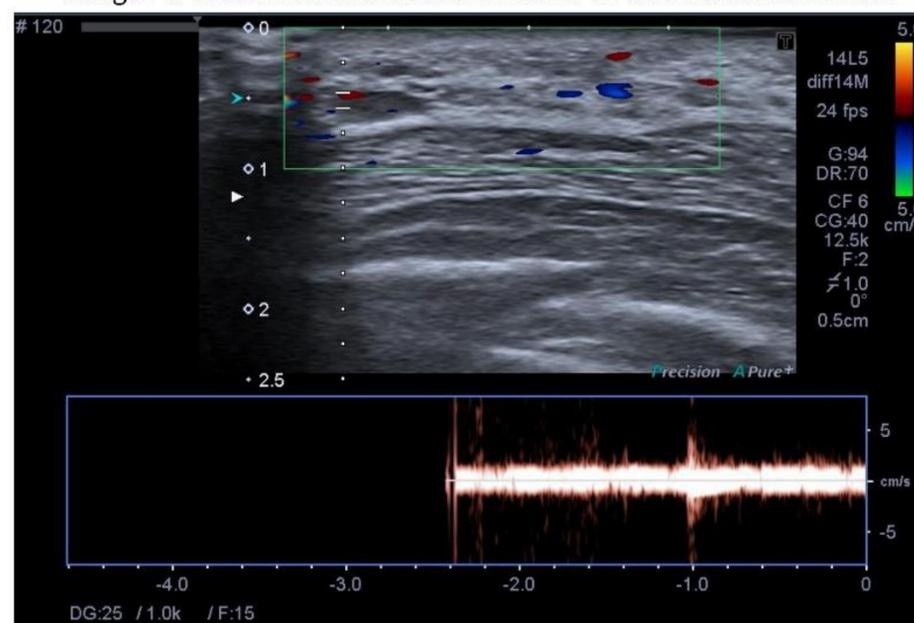


Imagen 3. Ecografía de la lesión con doppler venoso.

### Discusión

En las malformaciones linfáticas microquísticas los hallazgos dermatoscópicos más relevantes se incluyen las lagunas rojas, amarillas o multicolores con signo del hipopion. La ecografía es clave en malformaciones linfáticas microquísticas, permitiendo identificar componentes macroquísticos profundos y malformaciones vasculares asociadas, como en nuestro caso, una malformación venosa.

Las diferencias ecográficas entre ambas malformaciones se detallan en la figura 1.

### Conclusión

La dermatoscopia y la ecografía son herramientas diagnósticas útiles en la categorización de las malformaciones vasculares, permitiendo la detección de malformaciones vasculares combinadas.

	Malformación Linfática	Malformación Venosa
Modo B	Cavidades quísticas anecoicas con septos hiperecoicos No compresibles	Cavidades hipoecoicas o heterogéneas Compresibles
Modo Doppler	Ausente +/- presente en los septos	Presente, flujo venoso lento

Figura 1. Hallazgos ecográficos de malformación linfática y venosa.



# PROYECTO PILOTO DE ECOGRAFÍA ASISTIDA POR IA EN HIDRADENITIS SUPURATIVA

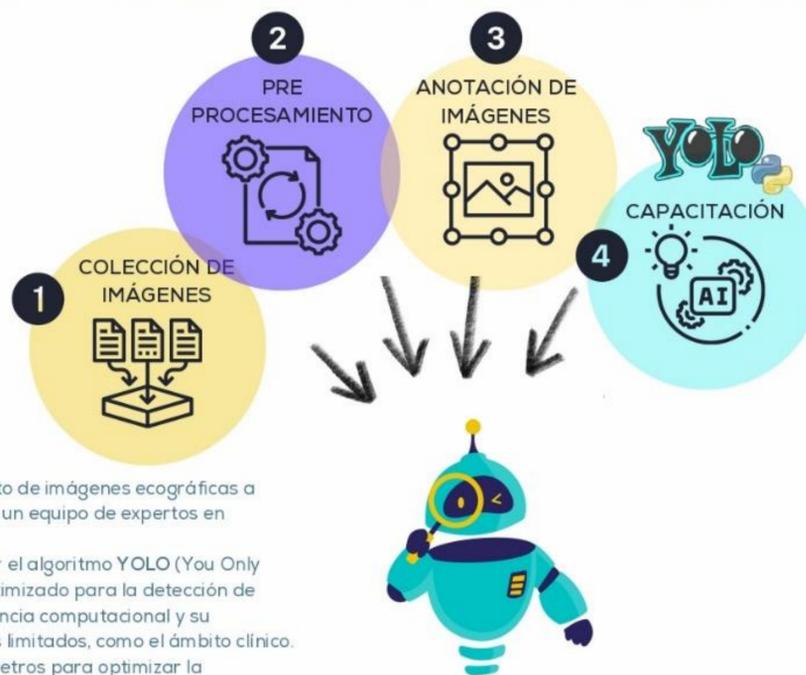
C. Ureña-Paniego [1], M. Lozano-Márquez [2], F. Rodríguez-Díaz [2], X. Wortsman [3], F. J. García-Martínez [4], F. Alfageme [5], X. Román [6], J. de Luque-Fernández [7], P. Fernández-Crehuet Serrano [7], P. Navarro-Guillamón [8], I. Gracia Darder [9], V. Dini [10], E. Vilarrasa-Rull [11], G. Nazzaro [12], J.M. Segura-Palacios [13], A. Molina-Leyva [1]

[1] Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Dermatología, Granada, España; [2] Universidad de Granada, Departamento de Ciencias de la Computación e Inteligencia Artificial; [3] Departamento de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile; [4] Clínica Dermatológica Internacional, Madrid, España; [5] Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España; [6] Hospital General de Granollers, Dermatología, Granollers, España; [7] Hospital Universitario Reina Sofía, Dermatología, Córdoba, España; [8] Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Dermatología, Málaga, España; [9] Hospital Universitario Son Espases, Dermatología, Palma de Mallorca, España; [10] Universidad de Pisa, Unidad de Dermatología, Departamento de Medicina Clínica y Experimental, Pisa, Italia; [11] Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España; [12] Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Dermatología, Milán, Italia; [13] Hospital Costa del Sol, Dermatología, Marbella, España

## 1. INTRODUCCIÓN

La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica e incapacitante de la unidad pilosebácea que cursa con la presencia de lesiones supurativas y dolorosas en las zonas de pliegues. Entre sus manifestaciones más frecuentes se encuentran los pseudoquistes (Ps), colecciones (C) y túneles (T). La ecografía se ha convertido en una herramienta indispensable para la caracterización de estas lesiones, pero su interpretación sigue siendo altamente dependiente del operador, con una larga curva de aprendizaje. Este estudio presenta una herramienta de aprendizaje profundo para facilitar el proceso diagnóstico mediante la automatización de la detección y clasificación de lesiones de HS en imágenes ecográficas. Este algoritmo busca mejorar la precisión diagnóstica, reducir la variabilidad y facilitar la toma de decisiones clínicas, abordando así los desafíos presentes en el diagnóstico y manejo de la HS.

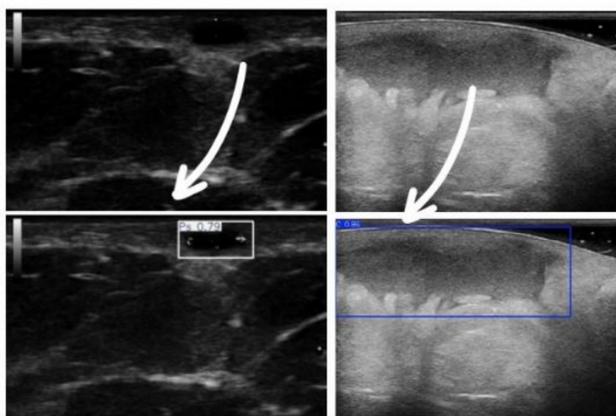
## 2. MÉTODOS



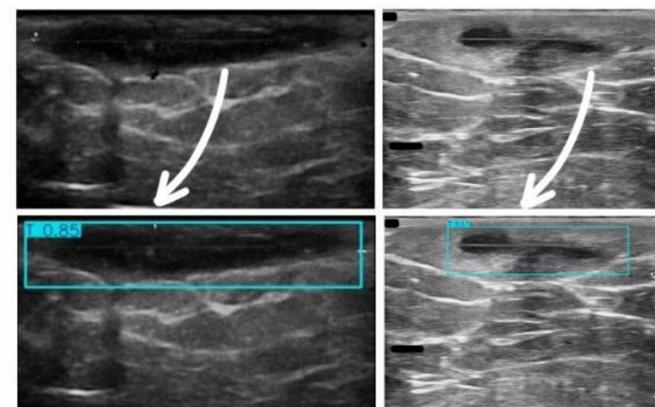
- Recopilación y anotación de datos: Se procesaron y limpiaron el conjunto de imágenes ecográficas a través de una herramienta de recorte automatizada y fue anotado por un equipo de expertos en ecografía en HS con el software BoundingBox (categorías: T, C, Ps).
- Entrenamiento del modelo: el conjunto de datos se utilizó para entrenar el algoritmo YOLO (You Only Look Once) v11 Nano, un novedoso modelo de aprendizaje profundo optimizado para la detección de objetos en tiempo real. Se seleccionó YOLO v11m Nano por su alta eficiencia computacional y su capacidad para ofrecer un rendimiento sólido en entornos con recursos limitados, como el ámbito clínico. El modelo se sometió a un riguroso entrenamiento con ajuste de parámetros para optimizar la sensibilidad y la especificidad en la clasificación de lesiones.
- Evaluación del rendimiento: el rendimiento del modelo se evaluó utilizando una matriz de confusión (ver Resultados).

## 3. RESULTADOS

### PSEUDOQUISTES (PS) COLECCIONES (C)



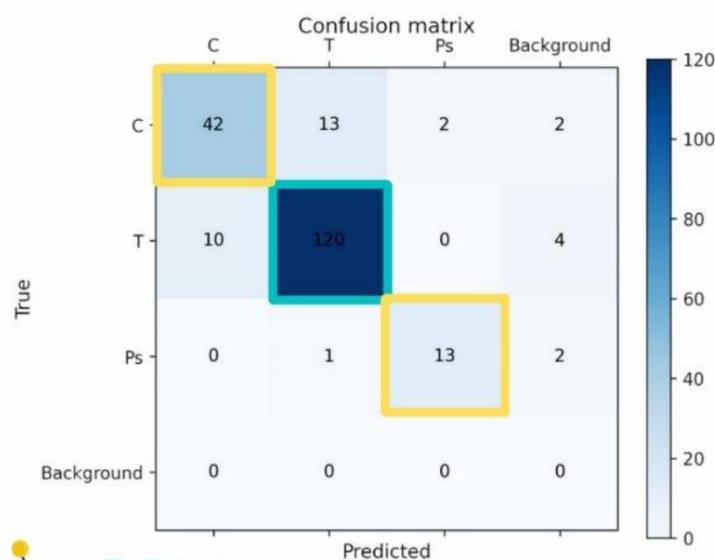
### TÚNELES (T)



2090  
IMÁGENES ANOTADAS

#### Asignación aleatoria

- Conjunto de entrenamiento: 80% de las imágenes
- Conjunto de validación: 10% de las imágenes
- Conjunto de prueba: 10% de las imágenes (209 imágenes)



Este estudio demuestra el potencial del aprendizaje profundo para automatizar la detección ecográfica de lesiones en hidradenitis supurativa (HS), reduciendo la variabilidad diagnóstica y la dependencia del operador. El presente modelo mostró un aceptable desempeño diagnóstico. No obstante, es necesario ampliar el conjunto de datos para mejorar su generalización y validar su aplicabilidad en la práctica clínica.



Buscamos imágenes ecográficas de pseudoquistes y colecciones para optimizar nuestro modelo. Las nuevas contribuciones son fundamentales para avanzar en el diagnóstico avanzado de la HS. Contacta con nosotros a través de [urena.paniego@gmail.com](mailto:urena.paniego@gmail.com) o a través del QR para más información

XIII Reunión

GRUPO DE TRABAJO DE  
IMAGEN EN DERMATOLOGÍA

**GeDEI**  
Grupo de e-Dermatología e Imagen



ACADEMIA ESPAÑOLA  
DE DERMATOLOGÍA  
Y VENEREOLOGÍA

# TELEDERMATOLOGÍA

# Acceso único a la primera atención en Dermatología mediante teleconsulta: Transformación del modelo asistencial convencional

**Benítez-Durán C**, Rojas-Prieto F, Rodríguez-Gómez L, Serrano-Gotarredona A, García-Morales I, Sánchez-del-Campo AI, De-La-Torre-García JM, Ruz-Portero B, Carrizosa-Esquivel AM, Conejo-Mir-Vázquez MD, Ruiz-de-Casas A, Eiris-Salvado N, Ojeda-Vila T, Sanchez-Leiro A, Jiménez-Puñal L, Sirvent-Sáez MA, Vidal-Ruiz A, Fernández-Orland A, Ferrándiz-Pulido L, Moreno-Ramírez D. Unidad de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

## Introducción y Objetivos

- El **diagnóstico y el tratamiento precoz** son elementos clave para **mejorar los niveles de salud** de la población.
- El **sistema de acceso presencial convencional** en dermatología ha demostrado ser **insuficiente** para garantizar un acceso adecuado a los pacientes, tal como evidenciaron las listas de espera tras un incremento del 400% en la demanda tras la COVID19.

El **objetivo** del estudio fue describir el proceso de transformación de **un modelo de acceso único a la atención dermatológica mediante teleconsulta**, con el propósito de atender la demanda en tiempo adecuado.

## Material - Métodos

**Estudio observacional** de pacientes atendidos mediante teleconsulta entre **agosto y diciembre de 2024**.

Durante este, se registraron variables demográficas, motivos de consulta, decisiones y tiempos de respuesta en los pacientes atendidos mediante teleconsulta y evolución de solicitudes y tiempos de respuesta para consulta presencial. El estudio incluyó el análisis de recursos humanos y organizativos implantados.

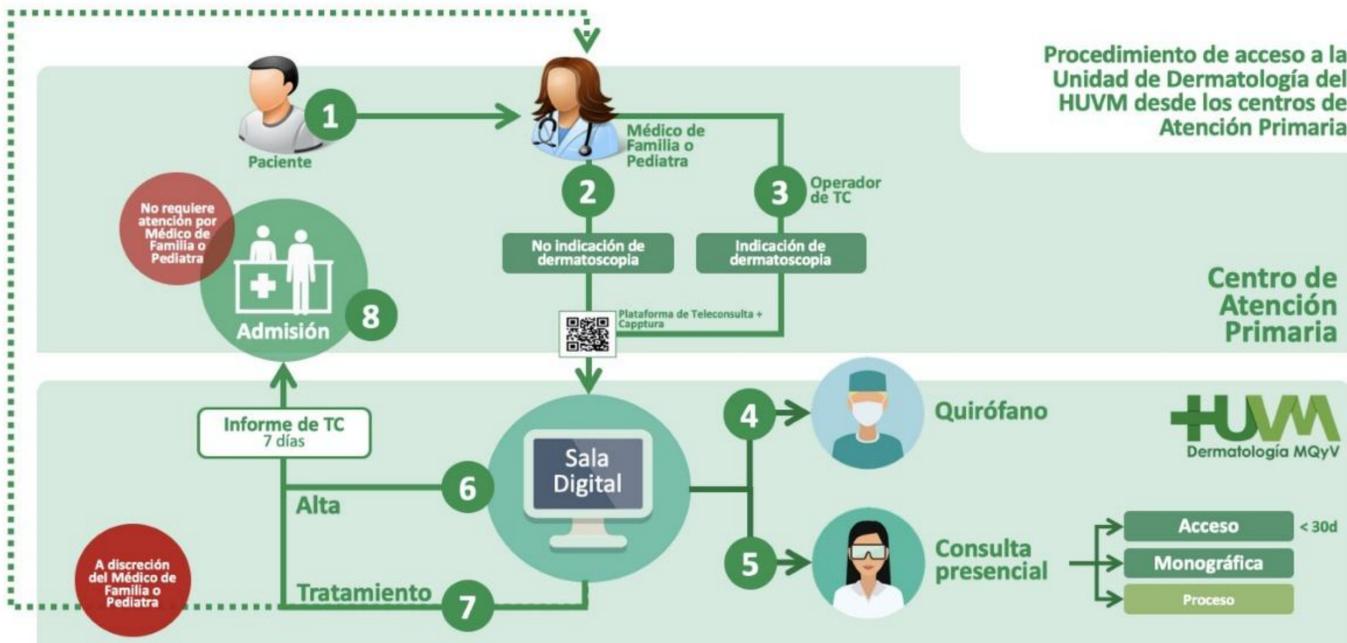


Figura 1: Procedimiento de acceso a la Unidad de Dermatología del HUVM desde los centros de Atención Primaria.



Figura 5: Rendimiento dermatólogo. Sala digital de la Unidad de Dermatología HUVM.

Rendimiento dermatólogo  
**75,5 TC/d**

## Resultados

- Se **redujo a 0** el número de pacientes atendidos **después de 60 días** (inicialmente 4.206) (figura 2).
- **Incremento del 21,1%** de teleconsultas (figura 3)
- Tiempo de respuesta por telenconsulta **menor a 48 horas** (figura 4).
- Incremento de la asignación de especialistas en sala digital.
- Rendimiento medio del especialista de **75,5 teleconsultas/día**.

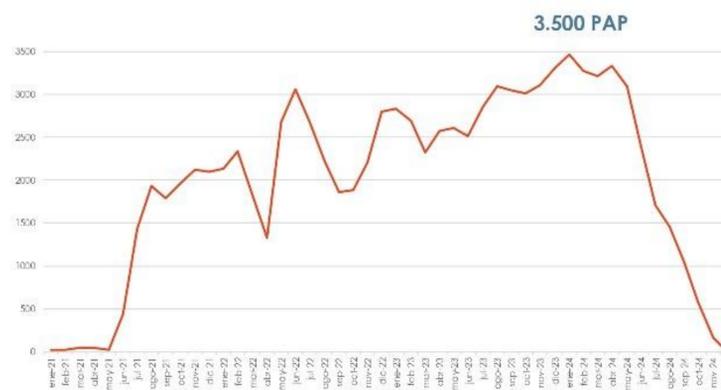


Figura 2: PAP pendientes >60 días

Tiempo de Respuesta  
**18,7 horas**  
IC95% 11,5-25,9

**100%**  
**<48 horas**

Figura 4. Tiempo de respuesta.

## Conclusiones

- El **acceso único mediante teleconsulta** no solo garantiza una **valoración inmediata** por parte del dermatólogo, sino también una adecuada gestión del paciente, **mejorando la eficiencia**, especialmente en aquellos procesos que requieren de atención en el medio hospitalario.

Incremento teleconsultas  
2023-2024  
**+21,0%**

Figura 3. Incremento de teleconsultas



XIII Reunión

GRUPO DE TRABAJO DE  
IMAGEN EN DERMATOLOGÍA

**GeDEI**  
Grupo de e-Dermatología e Imagen



ACADEMIA ESPAÑOLA  
DE DERMATOLOGÍA  
Y VENEREOLOGÍA

# E – DERMATOLOGÍA

# E

# INTELIGENCIA

# ARTIFICIAL

---

## Errores diagnósticos cutáneos en el PET-TC con [18F]F-FDG durante el seguimiento de pacientes con melanoma

Fabià Torres-Betato<sup>1</sup>, Felipe Peirano<sup>1</sup>, Oriol Yélamos<sup>1</sup>, Alejandro Fernández<sup>2</sup>, Gabriela Guzmán<sup>2</sup>, Margarita Majem<sup>3</sup>, Sergio Martínez-Recio<sup>3</sup>, Lluís Rusiñol<sup>1</sup>, Cristina López<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Dermatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

<sup>2</sup> Servicio de Medicina Nuclear, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

<sup>3</sup> Servicio de Oncología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

### Introducción

El PET-TC con [18F]F-FDG es una prueba clave para la estadificación y detección de metástasis en melanoma. Aunque poco frecuentes, pueden producirse falsos positivos. Presentamos dos casos de pacientes con captación cutánea en PET-TC sugestiva de metástasis, en los que el estudio histopatológico reveló procesos benignos.

#### Caso 1

Mujer de 73 años con diagnóstico de melanoma en el cuero cabelludo (Breslow 3,7 mm) con satelitosis y afectación ganglionar cervical bilateral (Estadio IIIC). Durante el seguimiento, un PET-TC de control mostró dos focos de captación en el tercio medio de la pierna izquierda (SUVmax 10,45). La ecografía cutánea reveló hiperecogenicidad septal en el tejido subcutáneo compatible con eritema nodoso pero por el antecedente de melanoma se decidió realizar exéresis de la lesión. Se confirmó el diagnóstico de **eritema nodoso**, descartando metástasis cutánea.



Imagen 1 y 2 Clínica y PET-TAC del eritema nodoso en pierna izquierda.

#### Caso 2

Hombre de 56 años con melanoma nodular en la espalda (Breslow 1,75 mm) y afectación inguinal izquierda (Estadio IIIC), en remisión completa tras tratamiento adyuvante con nivolumab. Un PET-TC de seguimiento detectó una captación en una lesión subcutánea en la espalda izquierda (SUVmax 3,16). Debido a la captación en el PET-TC y la proximidad de la cicatriz del melanoma se sospechó de recidiva locorregional del melanoma. Se realizó exéresis de la lesión resultando en un **pilomatricoma**.

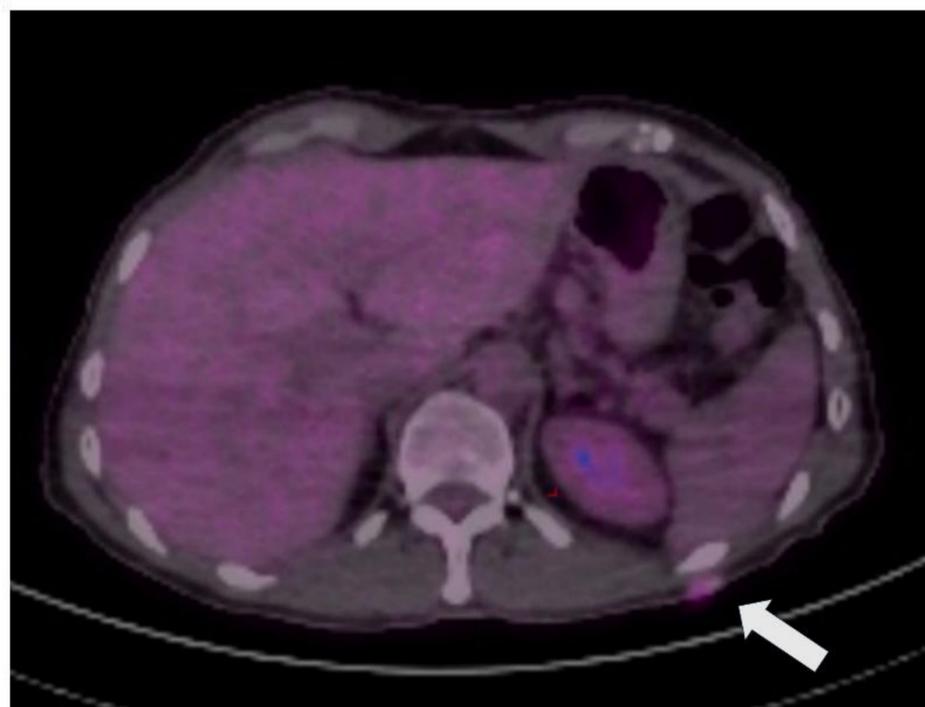


Imagen 3. PET-TAC de pilomatricoma dorsal izquierd (flecha)..

### Discusión

El PET-TC presenta una alta sensibilidad y especificidad en el melanoma en estadio III y IV, aunque pueden producirse **falsos positivos**, especialmente en lesiones cutáneas. Esto puede comportar procedimientos invasivos y generar un impacto psicológico en los pacientes, ya que resulta difícil determinar la naturaleza de las lesiones mediante otras técnicas no invasivas.

La tasa de **falsos positivos en PET-TAC** en pacientes con melanoma oscila entre el **5,8% y el 9,6%**. La piel es uno de los lugares más frecuentes de falsos positivos, habiéndose descrito en relación con sarcoidosis, quistes infectados, eritema nudoso, enfermedad de Kikuchi-Fujimoto o acné vulgar, entre otros.

Cabe destacar el caso de nuestra paciente con un pilomatricoma que, a pesar de ser un tumor benigno, presentó un hipermetabolismo sospechoso, a diferencia de las lesiones previamente descritas en relación con procesos inflamatorios.

### Conclusiones

Reconocer las posibles causas de falsos positivos en PET-TC es fundamental para evitar diagnósticos erróneos y sus implicaciones terapéuticas. Esto resalta la importancia de mejorar los protocolos diagnósticos y las tecnologías de imagen, así como la relevancia del diagnóstico histológico en la correcta gestión de estos pacientes.

