



Clínica cotidiana

Diagnóstico ecográfico y abordaje del pilomatricoma en atención primaria

María Isabel Luelmo Lautenschlaeger^{a,*}, Francisco López Ortiz^a, Iker Chouza Pérez^a,
 Marta de Santiago Ruiz^a, Andrea Nieto Núñez^a, Lucía María Sangro Alonso^b

^aCentro de Salud Reyes Magos. Alcalá de Henares, Madrid. ^bCentro de Salud Juan de Austria. Alcalá de Henares, Madrid.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 29 de diciembre de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Ecografía

Pilomatricoma

Tumores de la piel

R E S U M E N

El pilomatricoma es un tumor cutáneo benigno derivado de la matriz folicular, frecuente en la infancia y juventud y más habitual en mujeres. Se presenta como una masa subcutánea firme y móvil, a veces azulada o eritematosa, con signos exploratorios característicos como la “tienda de campaña”. Su etiopatogenia se relaciona con mutaciones en CTNNB1 y, en algunos casos, con traumatismos o punciones previas. El diagnóstico diferencial incluye múltiples lesiones benignas y malignas, y en formas múltiples deben considerarse síndromes genéticos. La ecografía es útil para orientar, el diagnóstico definitivo es anatomopatológico. Aunque puede realizarse seguimiento, el tratamiento es la extirpación quirúrgica completa.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
 Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Ultrasound diagnosis and approach of pilomatricoma in primary care

A B S T R A C T

Pilomatricoma is a benign cutaneous tumor derived from the hair matrix, commonly seen in childhood and adolescence and more frequent in females. It typically presents as a firm, mobile subcutaneous nodule, sometimes with a bluish or erythematous hue, and shows characteristic physical signs such as the “tent sign.” Its etiopathogenesis is linked to CTNNB1 mutations and, in some cases, to prior trauma or injection sites. The differential diagnosis includes a wide range of benign and malignant lesions, and in multiple presentations, associated genetic syndromes should be considered. Ultrasound is useful for guidance, but the definitive diagnosis is histopathological. Although follow-up is possible, the treatment is complete surgical excision.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
 Published by E-Medfarma 2020, S.L.

Keywords:

Ultrasound

Pilomatricoma

Skin tumors

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: misabel.luelmo@salud.madrid.org (M.I. Luelmo Lautenschlaeger)

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.077>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Descripción del caso clínico

Mujer de 75 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia y enfermedad de Parkinson, que acude a la consulta refiriendo la aparición de un bulto en la cara posterior del antebrazo derecho, no doloroso y de larga evolución. Niega fiebre u otra sintomatología acompañante, así como más lesiones cutáneas a otros niveles. En la exploración física no se observa eritema, cambios en el aspecto de la piel ni aumento de temperatura. Se palpa un bultoma redondeado de unos 2 centímetros, no doloroso y no adherido a planos profundos. Se realiza una ecografía en el centro de salud con sonda lineal a alta frecuencia observando una imagen hiperecogénica en dermis con sombra posterior compatible con pilomatricoma. (figura 1).

Comentario

El pilomatricoma, también conocido como epiteloma calcificante de Malherbe, es un tumor benigno superficial formado por células de la matriz del folículo piloso, localizado en la dermis inferior y que se extiende a la grasa subcutánea a medida que aumentan de tamaño¹⁻³. Aparece principalmente en cabeza y cuello, aunque también puede aparecer en extremidades superiores e inferiores, habiéndose relacionado en algunos casos con traumatismos repetidos o zonas de punción de vacunas^{2,3}. Epidemiológicamente es el segundo tumor benigno más frecuente en infancia y juventud y predomina en el sexo femenino^{3,4}.

Respecto a la etiopatogenia se ha observado mutación en el gen CTNNB1, lo que sugiere que la desregulación de la beta-catenina podría ser la causa del pilomatricoma. Además, se ha demostrado una marcada tinción de Bcl-2, que es un protooncogén que suprime la apoptosis, lo que contribuye al desarrollo del tumor³.

Clínicamente aparece como una lesión subcutánea de consistencia firme pero móvil y que puede presentar coloración azulada o eritematosa en su superficie. En algunos casos se observan el signo de la tienda de campaña, el cual es característico de esta lesión, que consiste en la palpación de la consistencia firme y lobulada cuando se tensa la piel suprayacente entre los dedos, y el signo de la arruga o raya en la piel, que aparece cuando se aprieta ligeramente sobre los márgenes de la lesión perpendicularmente a las líneas de tensión de la piel.⁴

En ocasiones se presenta como un tumor solitario cuyo diagnóstico diferencial incluye lesiones cutáneas tanto benignas (quiste epidermoide y dermoide, adenopatía, granuloma a cuerpo extraño, molusco contagioso, xantogranuloma, tumores anexiales y subcutáneos) como malignas (carcinoma basocelular, melanoma)⁴. En caso de una presentación múltiple el diagnóstico diferencial debe realizarse con: distrofia miotónica o enfermedad de Steinert, el síndrome de Gardner, el síndrome de Turner, el síndrome de Sotos, el síndrome de Rubinstein-Taybi, el carcinoma medular de tiroides, la sarcoidosis, algunas trisomías, glioblastoma cerebral, enfermedad celiaca, déficit de 21-hidroxilasa²⁵ y síndrome de Kabuki²⁻⁴.

Aunque el diagnóstico de confirmación es anatomopatológico, podemos apoyarnos en pruebas de imagen como la ecografía de partes blandas, un método diagnóstico no invasivo,

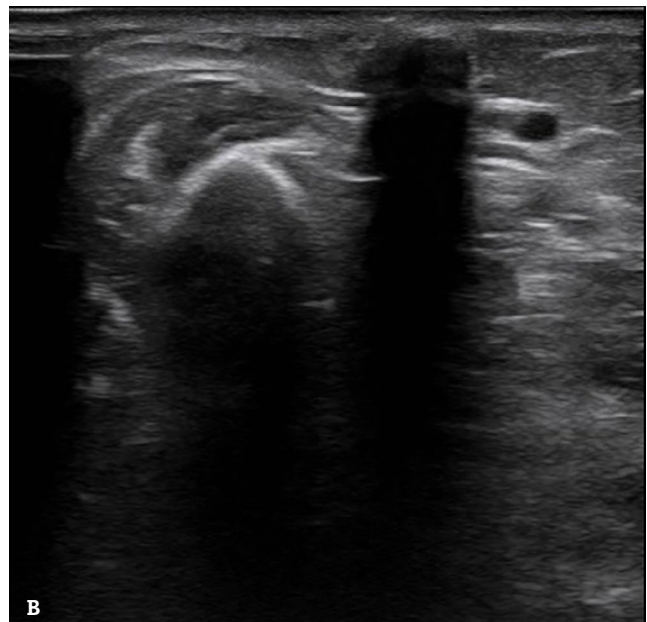
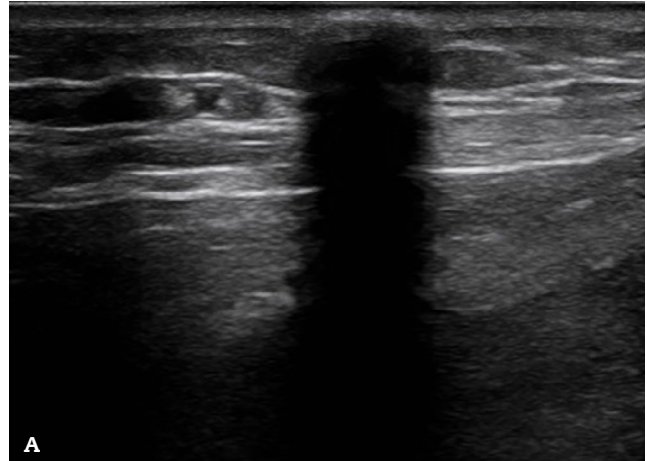


Figura 1 – Corte longitudinal (A) y transversal (B) de ecografía musculoesquelética con sonda lineal de alta frecuencia. Antebrazo derecho.

barato y que permite realizar estudios en tiempo real¹. Con la ayuda de la ecografía podemos realizar un adecuado diagnóstico diferencial de lesiones de tejido blando ya que las características de las imágenes observadas, como tamaño, márgenes, vascularización o invasión de tejidos circundantes⁵, pueden ayudar a distinguir lesiones con alta sospecha de malignidad de las lesiones benignas. El pilomatricoma se caracteriza por ser una imagen redondeada con borde hipoeicoico, sombra posterior e hiperecogenicidad peritumoral correspondiente con los cambios inflamatorios de la grasa subcutánea. Como la gran mayoría de masas benignas, no es frecuente que supere los 5 centímetros de tamaño. En algunos casos presentan calcificaciones en su interior. Con el *doppler* color el pilomatricoma muestra vascularización y se puede observar el artefacto de cunestreo o “twinkling”.

Aunque podemos realizar un seguimiento clínico y ecográfico, el tratamiento definitivo es la extirpación quirúrgica con márgenes libres dado su potencial crecimiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. He P, Chen W, Zhang Q, Cui LG, Zhang Q. Distinguishing a trichilemmal cyst from a pilomatricoma with ultrasound. *J Ultrasound Med.* 2020;39(10): 1939-45.
2. García Rodríguez V Sr, Iglesias Sancho M, Pérez Muñoz N, Salteras Redonnet M. Pilomatricoma of the forearm in an elderly male. *Cureus.* 2024;16(2):e54623
3. Veena KM, Chandra J. Pilomatricoma: a common tumour of head and neck, but rarely reported. *BMJ Case Rep.* 2021;14(2): e238033
4. Hernández-Núñez A, Nájera Botello L, Romero Maté A, Martínez-Sánchez C, Utrera Busquets M, Calderón Komáromy A, et al. Retrospective study of pilomatricoma: 261 tumors in 239 patients. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105(7):699-705
5. Achar S, Yamanaka J, Oberstar J. Soft tissue masses: Evaluation and treatment. *Am Fam Physician.* 2022;105(6):602-12.