

Cutis verticis gyrata primario esencial. A propósito de un caso

Primary essential gyrated scalp. A case report

Pablo Sartori^{1,2*}, Ana Valdés-Toscano³, Blas Castro³

¹Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Diagnóstico Mediter; ²Resonancia magnética; ³Servicio de Neurología. Sanatorio Julio Méndez, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Estimados Editores:

La cutis *verticis gyrata* (CVG) es una afectación dermatogenética infrecuente, conocida también como cutis *verticis plicata*, síndrome del cuero cabelludo *bulldog* o paquidermo *verticis gyrata*¹.

Se caracteriza por hipertrofia cutánea en la región del cuero cabelludo (CC), generando múltiples pliegues engrosados que no ceden a la tracción o presión^{1,2}.

Presentamos el caso de una mujer de 28 años sin antecedentes personales ni familiares patológicos, que consulta por engrosamiento marcado del CC desde hace 10 meses, con múltiples pliegues sobreelevados con orientación anteroposterior y predominio en la región frontoparietoccipital adoptando una configuración cerebriforme característica (no poseemos imágenes).

Refiere solo prurito ocasional y malestar por el aspecto de su CC, sin presentar asociación a otras patologías neurológicas o dermatológicas. Los estudios complementarios hematológicos, bioquímicos y tiroideos, y las pruebas cognitivas no evidencian alteraciones significativas

Se realiza una resonancia magnética (RM) de cerebro sin gadolinio, en la que no se aprecian hallazgos patológicos intracraneales. Se destaca la presencia de imágenes onduladas en el CC visualizándose como "valles y picos" (Fig. 1), similares a espículas, o a una corona, en los cortes coronales (Fig. 2).

Ante la ausencia de enfermedades asociadas o antecedentes relevantes, y en concordancia con los hallazgos de la RM, se llega al diagnóstico de CVG esencial primaria.

La CVG fue descrita por Jean Alibert en 1837 por primera vez, pero fue Unna quien propuso su nombre actual en 1907. Polan y Butter-Worth en 1953 la clasificaron en primaria o secundaria^{1,3}.

Tiene una prevalencia de 1:100.000, es más habitual en hombres con una relación de 6:1 (hombre:mujer), y se presenta principalmente alrededor a la pubertad; el 90 % de los casos se diagnostica antes de los 30 años¹⁻³.

Si bien es incierta, se menciona que la causa puede estar ligada a una mutación autosómica dominante en el cromosoma 10q22, para el receptor del factor de crecimiento de fibroblastos^{1,3}.

Se puede clasificar a la CVG como primaria o secundaria. La primera se divide en esencial (sin asociación con afección oftalmológica o neurológica) o no esencial, cuando se presenta asociada a epilepsia, retraso mental, convulsiones, cataratas y otros trastornos neurooftalmológicos¹⁻⁴.

La forma secundaria puede presentarse en cualquier edad y se asocia a: diabetes tipo 2, hipotiroidismo, acromegalia, sífilis, cretinismo, leucemia, esclerosis tuberosa, *nevus* intradérmico, diversas dermatosis inflamatorias (eczema, erisipela, impétigo, etc.)¹⁻³.

Habitualmente en la CVG se aprecian entre 2 a 30 pliegues de 1 cm de profundidad y entre 0,5 y 2-4 cm de ancho, que generan picos y valles dándole al CC una configuración cerebriforme, de donde la enfermedad obtiene su nombre^{1-3,5}. La dirección de los pliegues es antero-posterior en el vértex y de disposición transversa en la región occipital³.

*Correspondencia:

Pablo Sartori

E-mail: pablomsar@yahoo.com.ar

Fecha de recepción: 03-03-2026

Fecha de aceptación: 29-06-2026

DOI: 10.24875/RAR.26000014

Disponible en internet: 10-06-2026

Rev Argent Radiol. (Ahead of print)

www.revistarar.com

1852-9992 / © 2026 Sociedad Argentina de Radiología (SAR) y Federación Argentina de Asociaciones de Radiología, Diagnóstico por Imágenes y Terapia Radiante (FAARDIT). Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

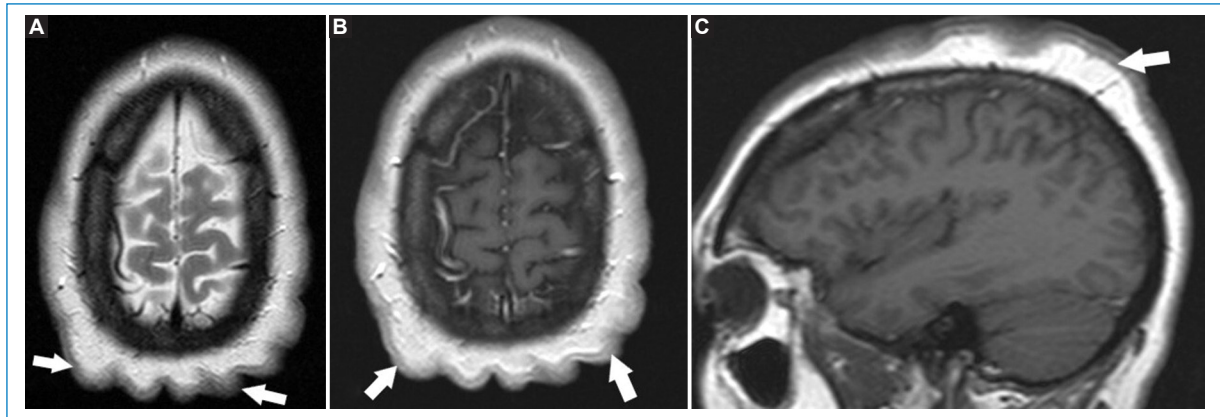


Figura 1. RM de cerebro. Cortes axiales T2 (A) y axial (B) y sagital T1 con gadolinio (C). No se evidencian hallazgos patológicos intracraneales. Aspecto engrosado del CC con crestas y depresiones (flechas blancas).

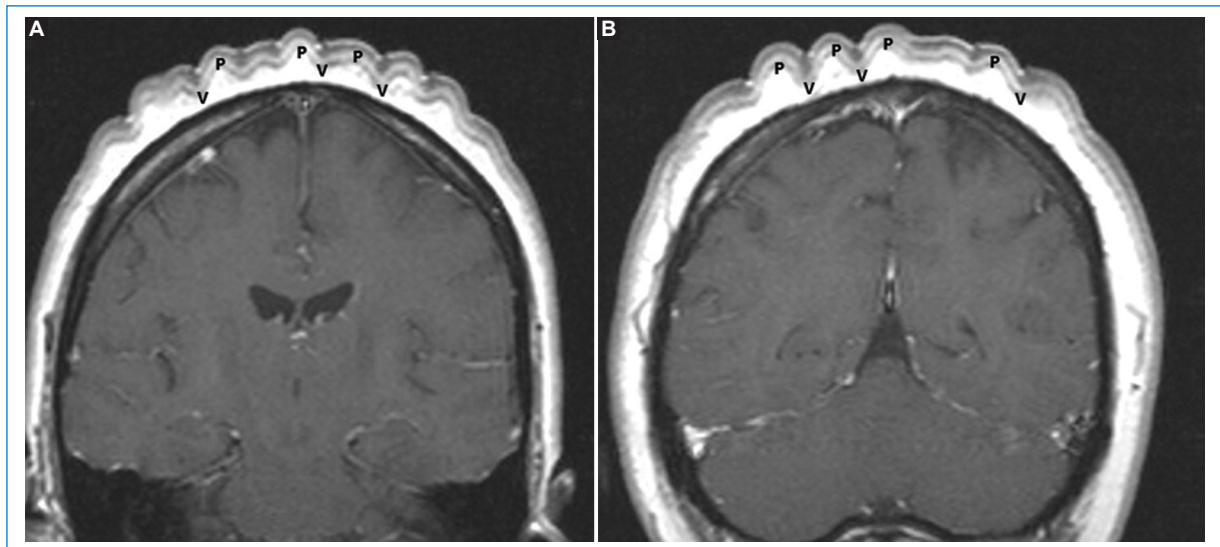


Figura 2. RM de cerebro. Cortes coronales T1 con gadolinio (A, B). Se aprecian múltiples pliegues en el CC, con picos (P) y valles (V), dando la apariencia de espículas o de una corona.

La enfermedad es asintomática, pero la acumulación de secreciones puede ocasionar prurito, dolor y mal olor, pudiendo asociarse a trastornos psicológicos por la apariencia y afectando la calidad de vida del paciente¹⁻³. Macroscópicamente, los surcos en la forma primaria aparecen después de la pubertad, son simétricos con una disposición anteroposterior en el vértex y transversas en el occipucio, mientras que en la forma secundaria son asimétricos y pueden aparecer en cualquier edad¹⁻³.

El diagnóstico de la CVG es clínico, el empleo de distintos métodos por imagen colabora en ello^{1,2,4}.

La tomografía computada, empleando reconstrucciones tridimensionales, permite valorar el engrosamiento del CC. La RM de encéfalo se utiliza para descartar trastornos neurológicos asociados. Los cortes coronales demuestran mejor las alteraciones del CC, vistas como aumento del espesor del tejido celular subcutáneo, así como las espículas verticales u oblicuas (pliegues), separadas por surcos (valles), otorgándoles la apariencia de una corona²⁻⁴.

El diagnóstico diferencial de la CVG primaria debe realizarse con *latent cutis gyrata*, en la que los pliegues paralelos se producen por presión de la piel en regiones temporales, en algunos casos por predisposición

genética, o por falla de correlación entre el desarrollo del cráneo y el tejido celular subcutáneo, como se aprecia en la microcefalia².

La terapéutica suele ser sintomática, mientras que la opción quirúrgica suele ser de tipo estético, con escisión de tejido engrosado, y se reserva ante el fracaso del tratamiento clínico^{1,3}.

Ante el diagnóstico de CVG, el especialista en imágenes además de valorar el CC debe buscar afecciones asociadas en el encéfalo.

Agradecimientos

Los autores agradecen a la técnica Ma. L. Aballay, por su pericia en la obtención de las figuras presentadas en este trabajo.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

P. Sartori es editor asociado en la *Revista Argentina de Radiología*. Los demás autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de su institución para acceder a los datos de las historias clínicas. Se ha obtenido el consentimiento informado de los pacientes y se cuenta con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no se utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Referencias

1. Andazora E, Vivas S, Endara M, Rivero M. Cutis verticis gyrata secundario a hipotiroidismo. *Dermatol Rev Mex*. 2024;68(3):424-27.
2. Okamoto K, Ito J, Tokiguchi S, Ishikawa K, Furusawa T, Sakai K. MRI in essential primary cutis verticis gyrata. *Neuroradiology*. 2001;43(10):841-44.
3. Chauhan D, Meenakshi. Cutis verticis gyrata (CVG)- Radiological correlation. *Clin Radiol Imaging J*. 2019;3(4):000157.
4. Oh D, Park J, Kang S, Hwang S, Park S. Primary non-essential cutis verticis gyrata revealed with 3-D magnetic resonance imaging. *Acta DermVenereol*. 2006;86(5):458-59.
5. Escobar Ramírez K, Díaz González J. *Cutis verticis gyrata* primaria esencial: reporte de dos casos y revisión de la literatura. *Dermatología CMQ*. 2019;17(1):21-4.