

Lesiones anulares: un ejercicio semiológico *Annular lesions: a semiological exercise*

Francisco Bravo¹

La morfología anular es bastante común en la clínica dermatológica. Revisemos algunos hallazgos semiológicos que sirven de clave para diagnóstico.

Tiña

La lesión anular por excelencia. La clave semiológica está en la coincidencia de la descamación con el borde clínico de la lesión (**Fotografía 1**).



Fotografía 1. Tiña en dorso de mano.

Eritema anular centrífugo

A diferencia de la tiña, en el eritema anular centrífugo (EAC) la descamación se presenta por dentro del borde elevado (**Fotografía 2**).



Fotografía 2. Eritema anular centrífugo en brazo.

Pitiriasis rosada

En esta patología la lesión característica es el parche heráldico. La lesión es similar a EAC, pero la forma ovalada es más típica de pitiriasis rosada (PR) (**Fotografía 3**).



Fotografía 3. Parche heráldico en pitiriasis rosada.

Granuloma anular

La lesión es puramente dérmica, por lo tanto no hay descamación. El borde es elevado y constituido por pápulas pequeñas confluentes (**Fotografía 4**).



Fotografía 4. Granuloma anular.

¹ Médico dermatólogo y dermatopatólogo. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima-Perú.
Profesor asociado de Patología y Dermatología. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima-Perú.

Lepra

Se puede presentar como una gran lesión anular de bordes elevados y centro deprimido y no ulcerado, típica de las formas borderline de lepra (**Fotografía 5**).



Fotografía 5. Lesión en sacabocado en lepra.

Urticaria

La clave es la corta duración, algo no apreciable en una foto. De nuevo, la descamación está ausente (**Fotografía 6**).



Fotografía 6. Lesión ronchoide.

Lupus

Las lesiones anulares se ven en lupus agudo y en formas subagudas. A primera vista parecen ronchoideas pero hay discreta descamación y cierta variabilidad en el color del anillo (representando los cambios de interfase) (**Fotografía 7**).



Fotografía 7. Lesiones anulares en lupus agudo.

Celulitis

Ocasionalmente una celulitis bacteriana puede tener aspecto anular. El diagnóstico diferencial es con picaduras de insectos (**Fotografía 8**).



Fotografía 8. Celulitis bacteriana en pierna.

Psoriasis

En ocasionalmente la psoriasis muestra un aspecto anular. El borde en sí es una placa con todas las características de psoriasis (**Fotografía 9**).



Fotografía 9. Lesión extensa en espalda por psoriasis.

Tuberculosis

En la tuberculosis de reinoculación (sea lupus vulgar o tuberculosis verrucosa cutis) puede haber una configuración anular. El borde más que psoriasiforme es infiltrado y verrugoso (Fotografía 10).



Fotografía 10. Tuberculosis de reinoculación con borde infiltrado y verrugoso.

Eritema multiforme

La lesión en diana representa un borde elevado con edema. El centro purpúrico gris representa necrosis. Cambios similares se ven en un eritema pigmentado fijo, incluso la histología es similar (Fotografía 11).



Fotografía 11. Lesión en diana de borde elevado con edema en eritema multiforme.

Liquen plano

Las lesiones anulares son frecuentes en las formas flexurales. El color violáceo es la clave (Fotografía 12).



Fotografía 12. Lesiones anulares de liquen plano de color violáceo y localizadas en pliegues.

Poroqueratosis

Las lesiones anulares son pequeñas, circulares, de bordes muy bien definidos; el centro es violáceo y liquenoide, similar al liquen plano, de hecho histológicamente el centro de una poroqueratosis es muy similar a liquen plano (**Fotografía 13**).



Fotografía 13. Lesiones anulares pequeñas, circulares y de bordes muy bien definidos con centro violáceo y liquenoide.

Herpes simple

La clave está en las pequeñas úlceras en sacabocado, en combinación con las vesículas (**Fotografía 14**).



Fotografía 14. Pequeñas úlceras en sacabocado y vesículas.