

LESIONES ANULARES, NO SIEMPRE MICOSIS

ID: 081

Autores: Miguel Muñoz Castillo (MIR), Javier Moreno Monzón (MIR), Marisol Lorenzo Borda (Tutora) (CS Las Américas, Hospital Universitario de Getafe).

Ámbito del caso: Atención Primaria.



- **Mujer 66 años.**
- AP: EPOC, DL, hiperuricemia, tabaquismo.
- Medicación habitual: **tiotropio, atorvastatina, alopurinol.**

Consulta por **lesiones cutáneas maculosas y anulares**, pruriginosas, de *1 mes de evolución* localizadas en: abdomen, cara interna MSI y parte posterior del tronco.

Diagnóstico de presunción: **tiña corporis.**

Se inicia tratamiento con *Ketoconazol tópico* durante 3 semanas.



MALA respuesta a tratamiento: persistencia de lesiones.

Se decide realizar **e-consulta Dermatología** con toma de fotografías.



Se indica biopsia de lesión cutánea que diagnostica ...

GRANULOMA ANULAR INTERSTICIAL (GAI)

- Lesión cutánea **BENIGNA**. Incidencia del 0.04%.
- Puede presentarse de forma localizada o generalizada.
- Etiopatogenia desconocida → posibles precipitantes: medicamentos, viriasis, vacunas...
- Relación con enfermedades autoinmunes (diabetes mellitus, dislipemia...)
- **No** existen **imágenes patognomónicas** con dermatoscopia.



- **Tratamiento 1ª línea** = corticoides tópicos e intralesionales.
- **Tratamiento 2ª línea** = *dapsona, hidroxycloroquina, metotrexato, pentoxifilina y sulfasalazina*. Si fracasan: fototerapia, inmunomoduladores o terapias biológicas.

• **Conclusiones:** recordar **diagnóstico diferencial de lesiones anulares cutáneas:** la *más frecuente es la tiña corporis*. Pero pueden presentarse con lesiones similares → sarcoidosis cutánea, liquen plano anular, eritema anular centrífugo, sífilis secundaria...