

## CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

# Niña con placas eritematoedematosas recurrentes en miembros inferiores

P. Zamberk-Majlis, D. Velázquez-Tarjuelo, R. Cabeza-Martínez y J.M. Hernanz-Hermosa

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

### Historia clínica

Una niña de 4 años de edad, con el antecedente de cirugía de estrabismo, fue evaluada en el Servicio de Urgencias a causa de un cuadro de tres días de evolución de lesiones pruriginosas en el miembro inferior derecho. Pese a encontrarse afebril y con buen estado general, la paciente fue diagnosticada de celulitis bacteriana y se procedió a su ingreso para establecer tratamiento antibiótico intravenoso. Presentó una evolución muy lenta hacia la mejoría (requiriendo incluso el cambio de amoxicilina-clavulánico por cefotaxima asociada a clindamicina) y fue dada de alta 11 días después.

Una semana más tarde fue llevada nuevamente a Urgencias por la reaparición de una lesión similar en el tobillo contralateral. Seguía afebril y con buen estado general.

### Exploración física

En la exploración física podían apreciarse placas eritematoedematosas, muy bien delimitadas afectando el dorso, la cara lateral y el talón del miembro inferior derecho (fig. 1). Presentaba ampollas, algunas de ellas con contenido hemorrágico (fig. 2). En los muslos y las piernas se objetivaban lesiones papulosas de características similares.

### Exploraciones complementarias

Se evidenció únicamente una eosinofilia de 10,8%, siendo el resto de las pruebas realizadas (bioquímica, orina, anticuerpos antinucleares [ANA], proteinograma, complemento, inmunocomplejos circulantes, factor reumatoide, proteína C reactiva, velocidad de sedimentación globular [VSG], IgE, anticuerpos anti-*Borrelia burgdorferi* y parásitos en heces), normales o negativas. Se realizó una biopsia cutánea en sacabocados (figs. 3 y 4) en la que se apreciaba un infiltrado inflamatorio, tanto perivascular como intersticial, en el que predominaban los eosinófilos. Eran frecuentes las figuras en llama. La epidermis no mostró alteraciones en ninguna de



Figura 1.



Figura 2.

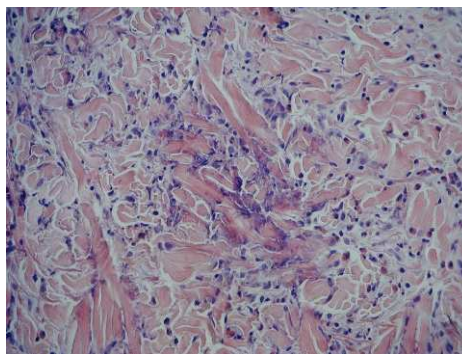


Figura 3.  
Hematoxilina-eosina,  $\times 200$ .



Figura 4.

Correspondencia:  
Pamela Zamberk Majlis.  
Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.  
C/ Doctor Esquerdo n.º 46. 28007 Madrid.  
Correo electrónico: pamezm@hotmail.com

Aceptado el 7 de junio de 2007.

sus capas. El estudio mediante inmunofluorescencia directa no evidenció depósitos inmunes.

¿Cuál es su diagnóstico?

## Diagnóstico

Celulitis eosinofílica o síndrome de Wells.

## Evolución

Se pautó tratamiento con un corticoide tópico y presentó una buena evolución, con resolución completa de las lesiones y sin manifestar recurrencias hasta el momento actual.

## Comentario

La celulitis eosinofílica es un cuadro poco frecuente descrito por Wells en 1971, quien la denominó «dermatitis granulomatosa recurrente con eosinofilia». En 1979 Wells y Smith describieron nuevos casos utilizando el término «celulitis eosinofílica»<sup>1</sup>.

Se trata de una patología que se manifiesta con mayor frecuencia en la edad adulta, habiéndose descrito una treintena de casos durante la infancia.

Cursa con episodios recurrentes de lesiones eritematoedematosas, con bordes bien definidos, sobre las que se pueden formar ampollas. Las lesiones se localizan con mayor frecuencia en el tronco y las extremidades. En general no suele haber afectación del estado general ni complicaciones sistémicas, aunque en los niños es más frecuente su presencia que en los adultos (fiebre, artralgias, pericarditis, hepatoesplenomegalia, sobreinfección, etc.)<sup>1</sup>.

Durante la resolución las lesiones se van tornando parduscas, de aspecto morfeiforme, con una remisión completa en 4 a 8 semanas sin dejar cicatriz residual. Es frecuente que se produzcan recidivas, que pueden prolongarse durante años<sup>1-4</sup>.

No suelen encontrarse alteraciones analíticas, salvo eosinofilia tanto en sangre periférica como en médula ósea en el 50% de los casos.

En el estudio histopatológico pueden apreciarse varias fases según el estadio evolutivo en el que se realice la biopsia. En la primera fase destaca un importante edema junto a un infiltrado de predominio eosinofílico. Posteriormente, en la fase subaguda, se forman las típicas figuras en llama, por una degeneración del colágeno secundaria a la degranulación eosinofílica. En la última fase, la granulomatosa, se aprecian numerosos histiocitos rodeando las figuras en llama<sup>5-7</sup>.

Hay múltiples procesos en los que pueden encontrarse figuras en llama (picaduras, parasitosis, penfigoide ampollar, herpes *gestationis*, tiñas, eccemas alérgicos, úlcera eosinofílica de la mucosa oral, reacciones a fármacos, foliculitis eosinofílica, etc.), motivo por el cual se ha cuestionado la existencia de la celulitis eosinofílica como una entidad definida.

La etiopatogenia del síndrome de Wells es desconocida. Se le ha relacionado con múltiples factores desencadenantes, tales como picaduras, parasitosis, trastornos mielo/linfoproliferativos, virus, fármacos, tiñas, tumores sólidos, etc., que deben ser siempre descartados<sup>8</sup>. Actualmente se considera una reacción de hipersensibilidad desencadenada por múltiples causas. La quimiotaxis y activación de los eosinófilos parece estar mediada por la IL-5; la degranulación de su contenido ocasiona la degeneración del colágeno dérmico y la formación de las típicas figuras en llama<sup>9,10</sup>.

Diversos procesos se asemejan a la celulitis eosinofílica, tanto a nivel clínico como anatomopatológico; por lo que debe realizarse una adecuada correlación clínico-patológica para realizar un diagnóstico correcto.

Dado que se trata de un cuadro benigno y autolimitado es difícil evaluar la eficacia de los distintos tratamientos disponibles, siendo los corticoides, tanto tópicos como sistémicos, la terapia de elección durante la infancia<sup>2</sup>.

### Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Van der Straaten S, Wojciechowski M, Salgado R, Menten G, Mees N, Hagendorens M. Eosinophilic cellulitis or Wells' syndrome in a 6-year-old child. *Eur J Pediatr*. 2006;165:197-8.
2. Aparicio S, Torrelo A, Medeiro IG, Zambrano A. Síndrome de Wells en la infancia. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Actas Dermosifiliogr*. 2000;91:343-8.
3. Gilliam AE, Bruckner AL, Howard RM, Lee BP, Wu S, Frieden IJ. Bullous «cellulitis» with eosinophilia: case report and review of Wells' syndrome in childhood. *Pediatrics*. 2005;116:149-55.
4. Kuwahara RT, Randall MB, Eisner MG. Eosinophilic cellulitis in a newborn. *Pediatr Dermatol*. 2001;18:89-90.
5. Moosavi M, Mehregan DR. Wells' syndrome: a clinical and histopathologic review of seven cases. *Int J Dermatol*. 2003;42:62-7.
6. Consigny S, Courville P, Young P, Richard C, Gauthier V, Maillard V, et al. Histological and clinical forms of eosinophilic cellulitis. *Ann Dermatol Venereol*. 2001;128:213-6.
7. Ríos-Martín JJ, García-Escudero A, González-Cámpora R. Aproximación histológica al diagnóstico de las dermatitis con eosinófilos. *Piel*. 2005;20:405-13.
8. Fujii K, Tanabe H, Kanno Y, Konishi K, Ohgou N. Eosinophilic cellulitis as a cutaneous manifestation of idiopathic hypereosinophilic syndrome. *J Am Acad Dermatol*. 2003;49:1174-7.
9. Yagi H, Tokura Y, Matsushita K, Hanaoka K, Furukawa F, Takigawa M. Wells' syndrome: a pathogenic role for circulating CD4 + CD7- T cells expressing interleukin-5 mRNA. *Br J Dermatol*. 1997;136:918-23.
10. España A, Sanz ML, Sola J, Gil P. Wells' syndrome (eosinophilic cellulitis): correlation between clinical activity, eosinophil levels, eosinophil cation protein and interleukin-5. *Br J Dermatol*. 1999;140:127-30.