



SVP  
Sociedad  
Valenciana  
de Pediatría

Elche (Alicante)  
18 al 20 de abril de 2024  
Centre de Congressos  
"Ciutat d'Elx"

**XXXIX Congreso  
Sociedad Valenciana  
de Pediatría**



# CONOCER E INCLUIR EL SÍNDROME DE WELLS COMO POSIBLE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ENFERMEDADES AMPOLLOSAS

**Autores: Elena Sanz Page, Concepción Ruipérez  
Cebrián, Ana Murillo Martínez, Alba Antón González,  
Alberto Marín Muñoz, Andrea Fullana Carbonell, Julia  
Jaque Gómez-Aguado, Nieves Carretero Borrás  
Hospital General Alicante Dr. Balmis**

# CASO CLÍNICO

2a



**10/10** Acude a su pediatra por lesiones cutáneas

**DX:** Impétigo  
**Tratamiento:** Ozanex tópico

**13/10 (16h)** Reacude a su pediatra por ausencia de mejoría de las lesiones cutáneas

Cambia tratamiento a AmoxiClavulánico Oral

**13/10 (23h)** Acude a UPED por febrícula de 37,9°C, prurito y empeoramiento de lesión con

- Aumento de celulitis
- Aparición de ampolla

Ingreso en planta  
**Dx:** "impétigo ampolloso"

## ANTECEDENTES PERSONALES

- Origen: Colombia (En España desde hace 2 meses)
- En estudio en Colombia por fiebre recurrente
- Inmunización correcta (Calendario Colombia)

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Hemograma: Leucocitos  $18,3 \times 10^3/uL$  (56% N, 33% L 10%M, 0,3% Eo)
- Bioquímica: PCR 3,32mg/dL; PCT 0,19ng/mL
- Hemocultivo, aspirado nasofaríngeo, cultivos bacteriológico de la lesión NEGATIVOS

## EXPLORACIÓN FÍSICA

Constantes: TA 92/67; T<sup>a</sup> 36,2 °C; FC 103lpm.  
BEG, normocoloreada y normohidratada.

### PIEL:

- Lesiones costrosas en rodillas, codo izquierdo y brazo derecho.
- Pápulas impetiginizadas de predominio en MMII
- Lesión eritematosa con ampolla central dura en muslo izquierdo y abdomen.



TRATAMIENTO: Amoxicilina  
Clavulanico iv a 100mg/Kg/dia



Tras 2 días de atb iv

Se reinterroga al paciente: aparición nuevas  
lesiones y prurito predominio nocturno

### INTERCONSULTA A DERMATOLOGÍA:

- ❖ Costras y erosiones en rodillas
- ❖ Lesión eritematosa de gran tamaño en muslo izquierdo.
- ❖ Pápulas excoriadas y surcos acarinos con signos del ala delta en ambos pies.

JD: Escabiosis con sobreinfección secundaria/  
Sd. de Wells

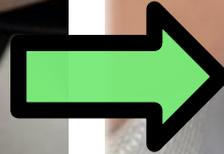
TRATAMIENTO: Permetrina 5% +  
antihistamínicos

Tras 24h

Mejoría lesiones → Alta + seguimiento por PAP



# Mejoría tras el tratamiento



# EL SÍNDROME DE WELLS (CELULITIS EOSINOFÍLICA)



# Síndrome de Wells. Introducción

Reacción de hipersensibilidad tipo IV, mediada por histamina, a diversos factores precipitantes como:

## Infecciones

Bacterianas: Mycoplasma

Víricas: Varicela, Parvovirus, CMV, Coxsackie

Fúngicas: Trichophyton rubrum

**Parasitarias:** Giardiasis, Oncocercosis, **Sarcoptes Scabei**

Picaduras  
de insecto

Fármacos

Vacunas

Causa desconocida  
50%

Hepatitis B, DTPa,  
tétanos, COVID-19

Predominantemente en **ADULTOS**

23 casos en menores de 15 años

**NO** diferencias en género ni etnia



# Síndrome de Wells

**Lesiones NO** responden a tratamiento **antibiótico**

## CLÍNICA

- **Dermatitis pruriginosa y quemazón**
- **Lesiones en piel con aumento de temperatura local:**  
*Primera fase:* placas eritematoedematosas de aspecto urticariforme  
*Segunda fase* (niños): lesiones vesiculoampollosas
- **Síntomas sistémicos:** fiebre, malestar y artralgias
- Pueden persistir placas atróficas e hiperpigmentación local

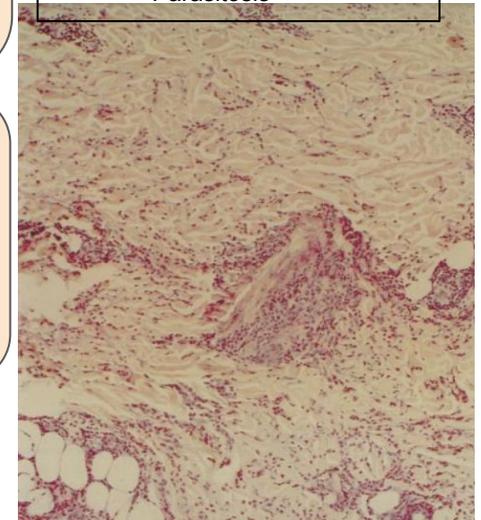
Más frecuente en extremidades y tronco

No patognomónicas. También en:

- Picaduras de insecto
- Penfigoide ampollosa
- Parasitosis

## MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

- **Laboratorio: Eosinofilia periférica (50-67%),** Leucocitosis (40%), Elevación de: PCR, proteína catiónica eosinofílica, VSG, IL-5 e IgE
- **Biopsia cutánea (tinción HE): Figura en llama,** con intensa infiltración de eosinófilos e histiocitos



**NO  
validados**

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

### Mayores (min. 2 requeridos):

- Presentación clínica
- No enfermedad sistémica
- Curso recidivante
- Infiltración eosinófila en histología (no vasculitis)

### Menores (mínimo 1 requerido):

- Figuras en llama
- Cambios granulomatosos en histología
- Eosinofilia periférica (no persistente ni >1500/microL)
- Factor precipitante



# NUESTRO CASO; ¿Un posible Sd de Wells?

- Factor precipitante (Sarcoptes Scabiei)
- Clínica: dermatitis pruriginosa, lesión en placa vesiculoampollosa dura
- Localización: MMII
- Clínica sistémica: fiebre
- Elevación de PCR y leucocitosis
- Cultivo lesión: negativo
- Ausencia de respuesta a antibiótico

- Edad
- No biopsia cutánea
- Ausencia de eosinofilia periférica ni aumento de IgE



## 2.5 Evolución y tratamiento

### EVOLUCIÓN

- Evolución rápida de lesiones durante 2 a 3 días en placas
- Resolución espontáneamente (gran mayoría) durante 2 a 8 semanas
- No dejan cicatriz

### TRATAMIENTO

Tratamiento del episodio:  
1º → Eliminación del factor causal  
2º → Corticoides tópicos  
3º → Corticoides orales

Tratamiento de mantenimiento: Sulfonas

### PRONÓSTICO

- Buen pronóstico
- Recurrencias en meses/años





SVP  
Sociedad  
Valenciana  
de Pediatría

Elche (Alicante)  
18 al 20 de abril de 2024  
Centre de Congressos  
"Ciutat d'Elx"

**XXXIX Congreso  
Sociedad Valenciana  
de Pediatría**



# CONOCER E INCLUIR EL SÍNDROME DE WELLS COMO POSIBLE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ENFERMEDADES AMPOLLOSAS

## MUCHAS GRACIAS POR VUESTRA ATENCIÓN ¿PREGUNTAS?

Elena Sanz Page - R1 Pediatría  
Contacto: [al362153@uji.es](mailto:al362153@uji.es)

