



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^a 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

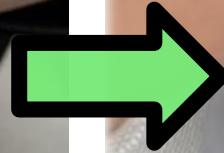
TRATAMIENTO: Permetrina 5% +
antihistamínicos

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

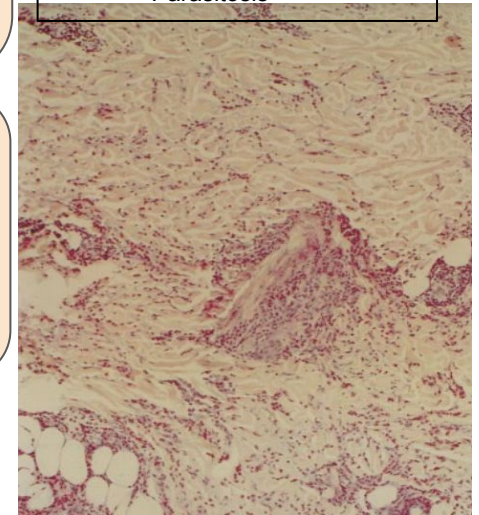
Más frecuente en
extremidades y
tronco

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

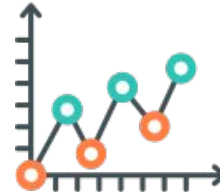
TRATAMIENTO

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

