



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 242/2929 - CELULITIS INFECCIOSA O CELULITIS EOSINOFÍLICA (SÍNDROME DE WELLS)

M. Mera Cores<sup>a</sup>, J. Torres Colomer<sup>b</sup> y J. López Campos<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Enfermera. Centro de Salud de Ribeira. Santa Uxía de Ribeira. La Coruña. <sup>b</sup>Médico de familia. Centro de Salud de Ribeira. Santa Uxía de Ribeira. La Coruña.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 47 años de edad, intolerante al gluten y diagnosticada de HTA, a tratamiento con ramipril 10 mg/día, que acude a centro de salud por presentar, desde hace 24 horas, prurito de intensidad creciente en extremidad superior izquierda y, conforme avanza el día, edema. A la tarde-noche observa la aparición de unas vesículas de pequeño tamaño en el tercio distal de cara lateral externa del antebrazo, que se extienden a lo largo de la noche, asociándose a aumento de prurito y sensación de compresión. Sensación de tirantez con los movimientos de la mano. Niega traumatismo, picadura, mordedura o contacto con posibles alergenos.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup> 36,1 °C. No afectación del estado general. Pulso radial presente, pero disminuido. Sensibilidad táctil, vibratoria y discriminativa, conservadas. Edema inflamatorio con induración, que se extiende desde tercio medio de brazo hasta mano. Vesículas de contenido claro, a tensión, arracimadas, que se extienden por cara lateral externa de antebrazo. Se deriva a urgencias hospitalarias para exploraciones complementarias, en donde, a su ingreso, observan, asimismo, lesiones eritematosas a nivel de brazo y antebrazo derecho, circulares, no confluyentes. Con el diagnóstico de celulitis en miembro superior izquierdo y reacción urticariforme en antebrazo derecho con dermografismo y habones, se instaura tratamiento con amoxicilina-clavulánico, y con buena evolución, aunque no se previno la aparición de lesiones vesiculosa en extremidad superior derecha. A los 6 días se asoció betametasona + gentamicina tópica. Al alta, diez días después, y tras realizar biopsia cutánea, se establece el diagnóstico de celulitis eosinofílica.

**Juicio clínico:** Celulitis bacteriana.

**Diagnóstico diferencial:** Celulitis eosinofílica. Síndrome de Wells. Trombosis venosa profunda. Erisipela. Urticaria crónica. Penfigoide ampolloso.

**Comentario final:** Las características clínicas del síndrome de Wells, una rara entidad de la que, hasta la fecha, se han publicado unos 80 casos, son la presencia de nódulos muy edematosos y placas anulares, eritematosas, induradas de bordes violáceos, precedidos de picor, asociados a malestar general. La histopatología viene definida por infiltrado difuso, pero denso, a nivel de la dermis profunda, de eosinófilos con una mezcla de linfocitos e histiocitos, en donde se aprecian las denominadas figuras en llama formadas por fibras de colágeno no necrobiótico cubiertas con gránulos eosinofílicos.

## Bibliografía

1. Aberer W, Konrad K, Wolff K. Wells' syndrome is a distinctive disease entity and not a histologic diagnosis. *J Am Acad Dermatol*. 1988;18:105-14.
2. Leiferman KM, Peters MS. Reflections on eosinophils and flame figures: where there's smoke there's not necessarily Wells syndrome. *Arch Dermatol*. 2006;142:1215-8.
3. Wells GC. Recurrent granulomatous dermatitis with eosinophilia. *Trans St Johns Hosp Dermatol Soc*. 1971;57:46-56.
4. Wells GC, Smith NP. Eosinophilic cellulitis. *Br J Dermatol*. 1979;100:101-9.

**Palabras clave:** Celulitis. Celulitis eosinofílica. Síndrome de Wells.