

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v70i2.11111>

## Dermatosis eosinofílicas, ¿afecciones olvidadas?

### *Eosinophilic dermatoses, forgotten diseases?*

Iván de Jesús Montesinos Jiménez

#### Resumen

**ANTECEDENTES:** En la piel el eosinófilo es uno de los principales mediadores en un grupo de enfermedades denominadas dermatosis eosinofílicas. No existe un consenso en su clasificación, las denominadas clásicas son cuatro: la celulitis eosinofílica o síndrome de Wells, el granuloma facial, la fascitis eosinofílica o síndrome de Shulman y la foliculitis pustulosa eosinofílica o enfermedad de Ofuji.

**OBJETIVO:** Describir los aspectos históricos, la etiopatogenia, las características clínicas, la histopatología, los criterios diagnósticos en caso de existir y el tratamiento de este tipo de enfermedades con base en la bibliografía existente.

**METODOLOGÍA:** Revisión narrativa de las dermatosis eosinofílicas clásicas con base en fuentes bibliográficas latinoamericanas y de otros países.

**RESULTADOS:** Las dermatosis eosinofílicas son afecciones raras, con pocos reportes en todo el mundo. Son enfermedades con características clínicas heterogéneas en sus variantes y entre ellas mismas. Se caracterizan por infiltración en la piel por eosinófilos; sin embargo, esta característica no es uniforme en todas porque depende de la fisiopatología implicada. El tratamiento es empírico en la mayoría de los casos.

**CONCLUSIONES:** Las dermatosis eosinofílicas son enfermedades poco frecuentes, heterogéneas en su manifestación clínica, bioquímica e histopatológica, así como en su tratamiento que está enfocado en el alivio de la dermatosis o de los síntomas.

**PALABRAS CLAVE:** Eosinófilos; dermatosis; celulitis eosinofílica; fascitis eosinofílica; foliculitis pustulosa eosinofílica.

#### Abstract

**BACKGROUND:** In the skin the eosinophil is one of the main mediators in a group of diseases known as eosinophilic dermatoses. There is no consensus on their classification, the so-called classic ones are four: eosinophilic cellulitis or Wells syndrome, granuloma faciale, eosinophilic fasciitis or Shulman syndrome, and eosinophilic pustular folliculitis or Ofuji disease.

**OBJECTIVE:** To describe the historical aspects, etiopathogenesis, clinical features, histopathology, diagnostic criteria if any and treatment of this type of diseases based on the existing literature.

**METHODOLOGY:** A narrative review of classic eosinophilic dermatoses was conducted based on Latin American and other countries bibliographic sources.

**RESULTS:** Eosinophilic dermatoses are rare entities, with few reports worldwide. These diseases have heterogeneous clinical features across their variants and among them. They are characterized by eosinophilic infiltration of the skin; however, this feature is not uniform in all cases as it depends on the pathophysiology involved. Treatment is empirical in most cases.

**CONCLUSIONS:** Eosinophilic dermatoses are rare diseases, heterogeneous in their clinical, biochemical, and histopathological presentation, as well as their management which focuses on the skin disease's or the symptoms' relief.

**KEYWORDS:** Eosinophils; Skin diseases; Eosinophilic cellulitis; Eosinophilic fasciitis; Eosinophilic pustular folliculitis.

Médico internista y dermatólogo, Hospital Clínica Nova, San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México.

#### ORCID

<https://orcid.org/0009-0000-2256-8615>

**Recibido:** junio 2025

**Aceptado:** julio 2025

#### Correspondencia

Iván de Jesús Montesinos Jiménez  
ivan.montesinos92@gmail.com

**Este artículo debe citarse como:** Montesinos-Jiménez JJ. Dermatosis eosinofílicas, ¿afecciones olvidadas? Dermatol Rev Mex 2026; 70 (2): 224-232.

## ANTECEDENTES

En 1879 Elrich describió al eosinófilo, que es uno de los principales mediadores en reacciones y enfermedades de carácter alérgico, así como en infecciones, principalmente parasitarias. Estas células están implicadas en enfermedades incluidas en un amplio espectro y se caracterizan por la infiltración de este tipo de células en tejidos, piel, pulmones, corazón, tubo gastrointestinal y sistema nervioso central. Específicamente en la piel, es una de las principales células efectoras en un grupo de afecciones cutáneas denominadas dermatosis eosinofílicas.<sup>1</sup>

La maduración de los eosinófilos ocurre en la médula ósea mediados por la interleucina (IL)-5 a través de una respuesta de linfocitos T cooperadores (TH) 2. La migración de estas células de los vasos sanguíneos a través del endotelio vascular y hacia los tejidos es mediada por moléculas de adhesión y migración celular vascular-1 (VCAM-1) y quimioatrayentes como la eotaxina 3.<sup>1,2</sup>

Estas células contienen una gran cantidad de mediadores que intervienen en la regulación inmunitaria y de síntomas, como el prurito. Entre estos mediadores están proteínas tóxicas, como la proteína mayor básica, la eosinofílica catiónica, neurotoxina derivada de eosinófilo y la peroxidasa eosinofílica; neuropéptidos como el péptido intestinal vasoactivo y sustancia P; así como interleucinas, entre las que destacan la IL-3, 4 y 31.<sup>2,3</sup>

Hasta el momento no existe un consenso acerca de la clasificación de las dermatosis eosinofílicas porque puede haber infiltrado eosinofílico secundario en otras dermatosis: enfermedades reaccionales (como dermatitis atópica, por contacto o picadura por artrópodos) y dermatosis ampollas (penfigoide ampolloso o dermatitis herpetiforme), entre otras. Sin embargo, las dermatosis eosinofílicas clásicas abarcan cuatro

afecciones: la celulitis eosinofílica (síndrome de Wells), el granuloma facial, la fascitis eosinofílica (enfermedad de Shulman) y la foliculitis pustulosa eosinofílica (enfermedad de Ofuji)<sup>2,4</sup> y son el objetivo de esta revisión.

## METODOLOGÍA

Revisión narrativa de la bibliografía científica disponible de las cuatro dermatosis eosinofílicas clásicas. Las palabras clave utilizadas fueron: dermatosis eosinofílicas, eosinófilo, celulitis eosinofílica, síndrome de Wells, granuloma facial, fascitis eosinofílica, enfermedad de Shulman, foliculitis eosinofílica y enfermedad de Ofuji en diferentes fuentes bibliográficas latinoamericanas y de otros países.

## RESULTADOS

### Celulitis eosinofílica (síndrome de Wells)

Descrita en 1971 por George Crichton Wells, dermatólogo inglés que la denominó inicialmente "dermatitis granulomatosa recurrente con eosinofilia". En 1979, después de la descripción de varios casos por Wells y Smith, Spigel y colaboradores publicaron y acuñaron el término de síndrome de Wells.<sup>2</sup>

### Etiopatogenia

Se cree que dentro de su fisiopatogenia está implicada la secreción de IL-5 como factor quimioatrayente de los eosinófilos que aumenta su adhesión, supervivencia y producción.<sup>2,5,6</sup> Los factores desencadenantes descritos son: infecciones (parasitarias o virales), neoplasias hematológicas y fármacos (antibióticos, anestésicos, antiinflamatorios no esteroideos, etc.).<sup>5</sup>

### Epidemiología

Es un padecimiento poco frecuente con menos de 200 casos publicados. Afecta con más fre-

cuencia al sexo femenino y a adultos jóvenes con media de edad de 33 años.<sup>5</sup>

### Características clínicas

Se caracteriza por ser una enfermedad que puede manifestarse con morfología muy variada, desde pápulas y placas eritemato-edematosas de forma redondeada u ovalada que simulan una celulitis bacteriana en su fase aguda (la morfología más común), hasta lesiones ampollas, figuras anulares, lesiones nodulares con piel suprayacente edematosa, sin aumento de la temperatura local.<sup>4,5</sup> En su segunda fase hay alivio de las lesiones después de cuatro a ocho semanas con aclaramiento central y persistencia de bordes de color rosado a violáceo, que pueden dejar hiperpigmentación o atrofia. La topografía más frecuente son las extremidades inferiores y el tronco.<sup>5</sup>

### Histopatología

Lo más característico es un infiltrado denso de eosinófilos en la dermis y figuras en llama que aparecen después de una a tres semanas y que son el resultado de la degeneración de fibras de colágeno a causa de la degranulación de éstos. Puede haber también histiocitos con cambios granulomatosos y no hay evidencia de vasculitis.<sup>5,6</sup>

### Criterios diagnósticos

Existen criterios publicados que se proponen para su diagnóstico, descritos en 2013. El diagnóstico se establece con, al menos, dos criterios mayores y, al menos, uno menor.<sup>7</sup> **Cuadro 1**

### Tratamiento

El tratamiento de primera línea es a base de corticosteroides, tópicos en caso de enfermedad leve y orales en caso de enfermedad diseminada, con una dosis sugerida de prednisona de

**Cuadro 1.** Criterios propuestos para el diagnóstico de celulitis eosinofílica

#### Criterios mayores (al menos 2)

1. Morfología que incluya lo reportado de acuerdo con sus variantes (tipo placa, granuloma anular, urticaria, papulovesicular, ampolloso, papulonodular, similar a eritema pigmentado fijo)
2. Curso con remisiones y exacerbaciones
3. Sin evidencia de enfermedad sistémica
4. Histología compatible con infiltrado eosinofílico sin vasculitis

#### Criterios menores (al menos 1)

1. Figuras en flama en la histología.
2. Cambios granulomatosos en la histología.
3. Eosinofilia periférica no persistente y no mayor de 1500/ $\mu$ L
4. Factor desencadenante (medicamentos, infecciones, etc.)

10-80 mg/día o 2 mg/kg de peso con descenso paulatino después de dos a tres semanas. Otros fármacos que se han indicado incluyen: dapsona, ciclosporina, minociclina y antihistamínicos con resultados variables.<sup>3,5</sup>

### Granuloma facial

Descrito en 1940 por Pasini, después de diversas aportaciones por otros autores, en 1952 Pinkus lo denominó con el nombre que lleva actualmente.<sup>8</sup>

### Etiopatogenia

Es una vasculitis leucocitoclástica mediada por neutrófilos y eosinófilos y, a pesar de que no representa un proceso granulomatoso histológicamente hablando, se mantiene su nombre quizá por el aspecto clínico que adquieren estas lesiones en la piel.<sup>4,8,9</sup>

### Epidemiología

Afecta a uno y otro sexo, con ligera predilección por hombres. La edad media de aparición es a los 52 años.<sup>10</sup>

### Características clínicas

En términos clínicos, se caracteriza por pápulas, placas, nódulos de tamaño variable, de color rojo parduzco o violáceo, con telangiectasias y descamación, que pueden oscurecerse con la exposición solar. Por lo general, son únicas, aunque puede haber lesiones múltiples. Su topografía predominante es la cara, los sitios más frecuentes son la nariz, el área preauricular, las mejillas, la frente y la hélice de la oreja. Aunque muy raras, también han sido descritas lesiones extrafaciales.<sup>8,9</sup>

### Histopatología

Se distingue por un infiltrado denso en la dermis superficial que pueden extenderse hasta la dermis profunda o, incluso, en el tejido celular subcutáneo, separados por una zona entre la epidermis y la dermis libre de este infiltrado, denominada zona de Grenz. El infiltrado está constituido por neutrófilos, eosinófilos, linfocitos, histiocitos y células plasmáticas. Hay aumento de vasos sanguíneos, dilatados e infiltración de eosinófilos en sus paredes y depósitos de fibrina; puede haber extravasación de eritrocitos y depósitos de hemosiderina. Pueden detectarse áreas de vasculitis con necrosis fibrinoide de la pared de los vasos y polvo nuclear, aunque son difíciles de observar en algunas lesiones. Las lesiones antiguas pueden mostrar fibrosis y depósitos de hemosiderina. En estudios de inmunofluorescencia directa se han reportado depósitos en las paredes vasculares de vasos profundos y superficiales en la dermis reticular, principalmente de IgG, IgA e IgM, C3 y C1q.<sup>2,4,6,8-11</sup>

### Tratamiento

El tratamiento es complicado al ser un padecimiento resistente. Se han indicado corticosteroides tópicos o intralesionales e inhibidores de calcineurina tópicos (el tacrolimus

al 0.1% es el más efectivo y con menor tasa de efectos adversos en comparación con los corticosteroides).<sup>2,12</sup> Otros tratamientos prescritos son la fototerapia con PUVA, hidroxiclороquina, dapsona, láser de CO<sub>2</sub> o argón y crioterapia sola o en combinación con corticosteroides intralesionales.<sup>2,8,9,10</sup>

### Fascitis eosinofílica (enfermedad de Shulman)

En 1974 Shulman propuso un nuevo concepto llamado "fascitis difusa con eosinofilia" basado en la descripción de dos casos en los que observó endurecimiento esclerodermiforme de la piel en las extremidades, aumento de velocidad de sedimentación eritrocitaria, hipergammaglobulinemia, eosinofilia periférica y fascitis difusa en la histología. En 1975 Rodman propuso el nombre de fascitis eosinofílica, denominación que lleva hasta la actualidad, aunque no en todos los casos hay eosinofilia periférica e infiltración tisular de eosinófilos porque depende de su localización y su estadio.<sup>13,14,15</sup>

### Etiopatogenia

En la mayoría de los casos es idiopática; se ha asociado con traumatismo repetido, enfermedades autoinmunitarias, medicamentos, afecciones hematológicas e infecciones.<sup>14,15</sup> Algunos autores la consideran parte del espectro de la morfea porque del 29 al 40% la padecen de forma simultánea.<sup>14</sup>

La eosinofilia tiene un papel importante; se han reportado concentraciones elevadas de proteína eosinofílica catiónica e IL-5, principalmente, así como migración aumentada de eosinófilos, linfocitos T CD8 y un fenotipo TH17.<sup>13,14,15</sup>

### Epidemiología

Es una enfermedad poco frecuente, con alrededor de 300 casos publicados; gran parte de los reportes son de pacientes japoneses.

Afecta a adultos entre 20 y 60 años, con ligero predominio de pacientes masculinos con una relación 1.5:1.<sup>13,16</sup>

### Características clínicas

Desde el punto de vista morfológico, se manifiesta como un episodio agudo de placas eritematosas dolorosas con aspecto de piel de naranja y el signo del surco, consistente en una depresión de la piel a lo largo del curso de las venas superficiales por su fijación al tejido conectivo profundo. La topografía predominante es en las extremidades de forma simétrica, aunque puede afectar otras áreas, como el tronco y el cuello. Se acompaña de mialgias, artralgias, eosinofilia periférica y reactantes de fase aguda elevados. Hay restricción del movimiento de las articulaciones y retracción de los tendones por la afectación y fibrosis de la fascia. Sobrevienen cambios esclerodermiformes en la piel afectada, aunque los dedos de las manos no se afectan, dato que ayuda a diferenciarla de la esclerosis sistémica.<sup>2,13,14,15</sup>

### Histopatología

La afectación es profunda en el tejido celular subcutáneo y la fascia; puede haber un infiltrado de linfocitos CD8, células plasmáticas, histiocitos y cantidades variables de eosinófilos en la dermis reticular profunda que, a menudo, también es fibrosa. La fascia superficial está engrosada, fibrosa y esclerótica. La eosinofilia tisular es focal y transitoria, ausente, sobre todo, en casos de evolución crónica.<sup>2,6</sup>

### Criterios diagnósticos

En 2018 se publicaron los criterios diagnósticos de esta enfermedad, propuestos por la Asociación Japonesa de Dermatología, que incluyen criterios clínicos, histológicos, de laboratorio e imagen. El diagnóstico se establece con el criterio mayor y, al menos, un criterio menor.<sup>15,17</sup>

#### Cuadro 2

**Cuadro 2.** Criterios propuestos para el diagnóstico de la fascitis eosinofílica

#### Criterio mayor (necesario)

Placas escleróticas simétricas presentes en las cuatro extremidades

#### Criterios menores (al menos 1)

1. La histología de una biopsia de piel que incluye fascia muestra fibrosis del tejido conectivo subcutáneo, con engrosamiento de la fascia e infiltración celular de eosinófilos y monocitos
2. El engrosamiento de la fascia se visualiza mediante resonancia magnética nuclear

La gravedad de la enfermedad se basa en la contractura, limitación de movimientos y grado de expansión de la afección cutánea.<sup>17</sup>

### Tratamiento

Se basa en una combinación de corticosteroides orales (0.5-2 mg/kg) durante alrededor de tres meses con disminución gradual. Pueden administrarse en conjunto inmunosupresores, como el metotrexato a dosis de 15 a 25 mg semanales (de elección). El alivio de la eosinofilia y la normalización de los niveles de velocidad de sedimentación eritrocitaria se logran de forma rápida; el alivio del endurecimiento cutáneo puede tardar de semanas a meses. Cuando se alcanza la remisión, el tratamiento debe mantenerse entre cuatro y seis meses, aunque se ha reportado duración de tratamiento de uno hasta cuatro años en algunos pacientes. En pacientes con enfermedad resistente se ha indicado ciclosporina, sulfasalazina, azatioprina, infliximab, rituximab, inmunoglobulina intravenosa, tocilizumab y fototerapia con PUVA.<sup>2,14</sup>

### Foliculitis pustulosa eosinofílica (enfermedad de Ofuji)

Ise y Ofuji la describieron en 1965 como una variante superficial de la dermatosis pustular subcórnea; posteriormente, en 1970, se comunicaron tres casos similares y este mismo autor la denominó foliculitis pustulosa eosinofílica.<sup>18,19</sup>

### Etiopatogenia

Es una dermatosis de causa y origen desconocidos hasta el momento. Por su ocasional asociación con el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) se sugiere una contribución del estado de inmunocompetencia del huésped. También se ha relacionado con patógenos específicos, como *Demodex folliculorum*, dermatofitos, *Pseudomonas aeruginosa* y larva migrans. Se ha asociado con malignidades hematológicas, embarazo y medicamentos. Se ha encontrado aumento de las concentraciones de moléculas de adhesión intercelular y antígeno 1 asociado con la función leucocitaria en el epitelio folicular alrededor de los folículos pilosos y un fenotipo TH2.<sup>4,20</sup>

### Epidemiología

No hay predominio de sexo ni de edad; inicialmente se consideraba más frecuente en pacientes de raza oriental; sin embargo, en la actualidad hay reportes en todos los continentes.<sup>18,19</sup>

### Características clínicas

Se manifiesta con pápulas y pústulas estériles foliculares, recurrentes y pruriginosas, con tendencia a la formación de placas de progresión centrífuga con involución central. Tiene predominio por topografías seborreicas (la cara, el tronco y la porción proximal de la superficie de extensión en las extremidades superiores). Se acompaña de eosinofilia periférica y leucocitosis.<sup>4,18,19</sup>

### Histopatología

Las lesiones tempranas se distinguen por espongirosis de la vaina radicular externa del infundíbulo con un infiltrado compuesto de eosinófilos y mononucleares. A medida que la enfermedad avanza, se forman microabscesos

en el epitelio folicular que, a menudo, se extienden hasta la glándula sebácea, incluso hacia la epidermis vecina formando pústulas córneas. El epitelio está infiltrado por grandes cantidades de eosinófilos con una mezcla de neutrófilos y células mononucleares.<sup>2,6,18</sup>

### Clasificación

Se clasifica en tres tipos: clásica, asociada con inmunosupresión (que puede ser en el contexto de infección por VIH o en pacientes postrasplantados de médula ósea o de células madre periféricas) e infantil (en donde tiene un curso benigno y de alivio espontáneo).<sup>18,19</sup> Esta clasificación ayuda a la decisión terapéutica y a determinar cuál es el objetivo de éste en cada caso.

### Tratamiento

Los tratamientos de primera línea y el objetivo del tratamiento se detallan en el **Cuadro 3**. En casos resistentes al tratamiento de primera línea, el de segunda línea incluye: dapsona, ciclosporina, doxiciclina, antiinflamatorios no esteroideos, metronidazol, antifúngicos, corticosteroides orales, fototerapia con PUVA, todos solos o en combinación y según el subtipo de la enfermedad.<sup>2,19,21</sup>

### CONCLUSIONES

Las dermatosis eosinofílicas son enfermedades poco frecuentes y heterogéneas en su manifestación clínica, bioquímica e histopatológica, así como en su tratamiento que va enfocado al alivio de la dermatosis o de los síntomas. El eosinófilo es una célula que puede estar presente en muchos tipos de enfermedades dermatológicas sin ser éste su principal mediador. Es importante que los dermatólogos conozcan este tipo de enfermedades que pueden representar diagnósticos diferenciales de problemas comunes que se ven en la consulta diaria.

**Cuadro 3.** Terapias de primera línea en los diferentes subtipos de foliculitis pustulosa eosinofílica y el objetivo terapéutico de cada una

Tipo	Objetivo terapéutico	Tratamiento de primera línea
Clásica	Alivio de lesiones y evitar la recurrencia	Indometacina oral, 25 a 75 mg y tópica
Asociada con inmunosupresión (VIH)	Aliviar el prurito hasta la normalización de las concentraciones de CD4	Terapia antirretroviral altamente efectiva Tacrolimus tópico Fototerapia con UVB o UVB de banda angosta
Asociada con inmunosupresión (no VIH)	Aliviar los síntomas hasta que el síndrome de reconstitución inmunitaria se cure	Siempre debe descartarse enfermedad injerto contra huésped Esteroides tópicos Fototerapia con UVB o UVB de banda angosta
Infantil	Esperar al alivio espontáneo	Esteroides tópicos Eritromicina 25-50 mg/kg

## DECLARACIONES

### Uso de IA

Para este trabajo de revisión no se recurrió al uso de inteligencia artificial.

## REFERENCIAS

- Long H, Zhang G, Wang L, Lu Q. Eosinophilic skin diseases: A comprehensive review. *Clin Rev Allergy Immunol* 2016; 50 (2): 189-213. <https://doi.org/10.1007/s12016-015-8485>
- Peckruhn M, Elsner P, Tittelbach J. Eosinophilic dermatoses. *J Dtsch Dermatol Ges* 2019; 17 (10): 1039-1051. <https://doi.org/10.1111/ddg.13943>
- Blanchard C, Rothenberg ME. Biology of the eosinophil. *Adv Immunol* 2009; 101: 81-121. [https://doi.org/10.1016/S0065-2776\(08\)01003-1](https://doi.org/10.1016/S0065-2776(08)01003-1)
- Rodríguez-Díaz E, Álvarez-Cuesta C, Blanco-Barrios S, et al. Dermatitis eosinofílicas (I). *Actas Dermosifiliogr* 2003; 94 (2): 65-79.
- Caram M, Torre A. Síndrome de Wells. *Dermatol Argentina* 2016; 22(2): 62-70.
- Calonje E, Brenn T, Lazar A, McKee PH. *McKee's Pathology of the Skin*. 4<sup>th</sup> ed: Elsevier Saunders, 2012.
- Heelan K, Ryan JF, Shear NH, Egan CA. Wells syndrome (eosinophilic cellulitis): Proposed diagnostic criteria and a literature review of the drug-induced variant. *J Dermatol Case Rep* 2013; 7 (4): 113-20. <https://doi.org/10.3315/jdcr.2013.1157>
- Glikin I, Grande V, Zarowsky T, et al. Granuloma facial. *Dermatol Argentina* 2019; 25 (1): 16-20.
- Ramos GA, Aquino PC, Chávez BJMI, et al. Granuloma facial. Presentación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2015; 24 (3): 89-92.
- Al Dhafiri M, Kaliyadan F. Granuloma Faciale: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; Julio 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539832/>
- Barnadas MA, Curell R, Alomar A. Direct immunofluorescence in granuloma faciale: a case report and review of literature. *J Cutan Pathol* 2006; 33 (7): 508-11. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0560.2006.0041>
- Lindhaus C, Elsner P. Granuloma faciale treatment: A systematic review. *Acta Derm Venereol* 2018; 98 (1): 14-18. <https://doi.org/10.2340/00015555-2784>
- Ihn H. Eosinophilic fasciitis: From pathophysiology to treatment. *Allergol Int* 2019; 68 (4): 437-439. <https://doi.org/10.1016/j.alit.2019.03.01>
- Mazilu D, Boltașiu Tătaru LA, et al. Eosinophilic fasciitis: Current and remaining challenges. *Int J Mol Sci* 2023; 24 (3): 1982. <https://doi.org/10.3390/ijms24031982>
- Pinal-Fernandez I, Selva-O'Callaghan A, Grau JM. Diagnosis and classification of eosinophilic fasciitis. *Autoimmun Rev* 2014; 13 (4-5): 379-82. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2014.01.019>
- Pimentel-León RR, García-Chávez M, Chávez-Sánchez IN. Fasciitis eosinofílica. *Med Int Méx* 2024; 40 (4): 276-282. <https://doi.org/10.24245/mim.v40i5.8054>
- Jinnin M, Yamamoto T, Asano Y, et al. Diagnostic criteria, severity classification and guidelines of eosinophilic fasciitis. *J Dermatol* 2018; 45 (8): 881-890. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.14160>
- Martínez CE, Carpio SO, Carpio MC. Foliculitis pustulosa eosinofílica (enfermedad de Ofuji): primer caso reportado en El Salvador. *Dermatol CMQ* 2020; 18 (4): 263-267.

19. Nomura T, Katoh M, Yamamoto Y, et al. Eosinophilic pustular folliculitis: A proposal of diagnostic and therapeutic algorithms. *J Dermatol* 2016; 43 (11): 1301-1306. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.1335>
20. Ujiie H, Shimizu H. Eosinophilic dermatoses. In: Kang S, Amagai M, Bruckner A, Enk A, Margolis D, McMichael A, Orringer J, editors. *Fitzpatrick's Dermatology*. New York: McGraw Hill, 2019; 649-676.
21. Anjaneyan G, Manne S, Panicker VV, Eapen M. Ofuji's disease in an immunocompetent patient successfully treated with dapsone. *Indian Dermatol Online J* 2016; 7 (5): 399-401. <https://doi.org/10.4103/2229-5178.190497>

### EVALUACIÓN

- ¿Cuáles son las principales moléculas implicadas en la migración de eosinófilos a los tejidos?
  - IL-4
  - IL-5 y eotaxina
  - eotaxina y VCAM-1
  - IL-4 e IL-12
- ¿Cuál es el hallazgo característico en la histopatología de la celulitis eosinofílica o síndrome de Wells?
  - figuras en llama
  - espongiosis y eosinófilos en vaina radicular
  - infiltrado mixto y vasculitis leucocitoclástica
  - infiltrado mixto en la dermis superficial y profunda con fibrosis de tejido conjuntivo adyacente
- Topografía más común en la celulitis eosinofílica o síndrome de Wells:
  - extremidades superiores
  - extremidades inferiores y tronco
  - cara y cuello
  - tronco
- Se considera la etiopatogenia del granuloma facial:
  - reacción de hipersensibilidad tipo III
  - proceso granulomatoso crónico idiopático
  - vasculitis leucocitoclástica mediada por neutrófilos y eosinófilos
  - reacción de hipersensibilidad tipo IV
- ¿Cuál es la histopatología característica del granuloma facial?
  - figuras en llama
  - espongiosis y eosinófilos en la vaina radicular
  - infiltrado mixto y vasculitis leucocitoclástica
  - infiltrado mixto en la dermis superficial y profunda con fibrosis de tejido conjuntivo adyacente
- ¿Cuál de los siguientes se considera criterio mayor para el diagnóstico de la fascitis eosinofílica?
  - histopatología característica
  - placas escleróticas simétricas en las cuatro extremidades
  - fenómeno de Raynaud
  - engrosamiento de la fascia vista por estudio de imagen
- ¿Cuál de las siguientes características puede ayudar a diferenciar una fascitis eosinofílica de una esclerosis sistémica?

- a) la afectación profunda de la fascia en la histopatología
  - b) dedos de las manos sin afectación
  - c) la afectación simétrica de la dermatosis
  - d) la buena respuesta al tratamiento con esteroides
8. ¿Cuál de las siguientes opciones terapéuticas se considera de elección para el tratamiento de la fascitis eosinofílica?
- a) ciclosporina combinada con inmunoglobulina intravenosa
  - b) dapsona e inmunoglobulina intravenosa
  - c) corticosteroides orales combinados con antipalúdicos
  - d) corticosteroides orales combinados con metrotexato
9. Se considera el objetivo terapéutico en la foliculitis pustulosa eosinofílica asociada con el VIH
- a) alivio de las lesiones y evitar la recurrencia
  - b) aliviar el prurito hasta la normalización de las concentraciones de CD4
  - c) aliviar los síntomas hasta que el síndrome de reconstitución inmunitaria se cure
  - d) esperar al alivio espontáneo
10. Se considera el tratamiento de elección de la forma clásica de la foliculitis eosinofílica
- a) indometacina oral
  - b) tacrolimus tópico
  - c) esteroides tópicos
  - d) fototerapia

El Consejo Mexicano de Dermatología, A.C. otorgará dos puntos con validez para la recertificación a quienes envíen correctamente contestadas las evaluaciones que aparecen en cada número de *Dermatología Revista Mexicana*.

El lector deberá enviar todas las evaluaciones de 2026 a la siguiente dirección electrónica: [articulos@nietoeditores.com.mx](mailto:articulos@nietoeditores.com.mx)

**Cada evaluación debe ser personalizada y única.**

**Fecha límite de recepción de evaluaciones:** 15 de enero de 2027