

Esofagitis eosinofílica

R. Sánchez Salmador¹, R. García Martínez de Bartolomé²

¹MIR-Pediatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. España

²Pediatra. CS Valle de la Oliva. Majadahonda. Madrid. España

PUNTOS CLAVE

- La esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad crónica de naturaleza autoinmune, caracterizada clínicamente por síntomas de disfunción esofágica e histológicamente por la presencia de más de 15 eosinófilos por campo de gran aumento (CGA).
- Es frecuente su asociación con manifestaciones alérgicas como asma, rinitis alérgica, dermatitis atópica y alergias alimentarias.
- Los síntomas más frecuentes son el rechazo del alimento, los vómitos o el fallo de medro en los lactantes y la disfagia y la impactación en los niños mayores y adolescentes.
- El diagnóstico se realiza mediante clínica compatible junto con la existencia de más de 15 eosinófilos por CGA en las tomas de biopsia.
- Dejada a su evolución, a la fase inicial de inflamación eosinofílica le sigue otra de fibrosis que origina estrechamiento del calibre esofágico y empeoramiento de la clínica.
- Existen tres modalidades de tratamiento: los inhibidores de la bomba de protones (IBP), los corticoides deglutidos o la dieta. Las técnicas mecánicas se reservan para las complicaciones.

CASO CLÍNICO: DISFAGIA

Paciente varón de 8 años que presenta disfagia sin odinofagia de 20 días de evolución, tolera líquidos y asocia ocasional dolor retroesternal. No ha presentado episodios similares previamente.

Entre sus antecedentes personales destacan dermatitis atópica leve, alergia con *prick test* positivo a gallo, *prick test* y RAST positivos a gramíneas y olivo y rinoconjuntivitis primaveral marcada.

En la exploración física se observa un peso de 25,100 kg (P3) y una talla de 126 cm (P10-25), el resto sin hallazgos significativos.

Se le realiza una analítica de sangre con hemograma, bioquímica y coagulación, destacando 3960 leucocitos con 30% de eosinófilos, IgE 1440 KU/l, el resto es normal. La clínica y los hallazgos analíticos hacen aconsejable la realización de una endoscopia digestiva alta, que muestra erosiones longitudinales en el tercio medio y superior del esófago.

La biopsia esofágica muestra la existencia de >20 eosinófilos/CGA, elongación de papilas y *Helicobacter pylori* negativo.

Ante estos hallazgos, se diagnostica de esofagitis eosinofílica y se pauta tratamiento con omeprazol a dosis de 20 mg/12 horas, con leve mejoría clínica, pero sin que se produzca una mejoría histológica en la endoscopia realizada 2 meses después.

Se le propone iniciar una dieta de exclusión de seis grupos de alimentos con introducción secuencial y endoscopias seriadas. La administración de arroz muestra un pico de eosinófilos de >80/CGA. La endoscopia y las biopsias realizadas tras su exclusión muestran un esófago de aspecto normal y ausencia de eosinófilos en la biopsia. Actualmente permanece asintomático, con una dieta exenta de arroz.

DISCUSIÓN

En el estudio de [la disfagia](#) en niños es preciso realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías como el reflujo

Cómo citar este artículo: Sánchez Salmador R, García Martínez de Bartolomé R. Esofagitis eosinofílica. FAPap Monogr. 2018;4:11-4.

gastroesofágico, la acalasia, la ingesta de cuerpo extraño, la disfagia psicógena, etc. En el caso descrito, se sospechó inicialmente una EoE por la clínica característica (disfagia y dolor retroesternal) en un niño con atopia, antecedentes de alergia alimentaria, alergia respiratoria e hipereosinofilia.

La EoE es una enfermedad crónica, de etiopatogenia autoinmune, que produce disfunción esofágica y en la cual se observa infiltración eosinofílica en la histología¹. Tiene una incidencia de 1-2/1000 pacientes y distribución mundial, salvo en África. Presenta un predominio en el sexo masculino y en niños y adultos jóvenes.

El diagnóstico de sospecha de la EoE debe considerarse siempre en historia de impactación alimentaria, disfagia persistente en pacientes jóvenes, generalmente para alimentos sólidos y especialmente si presentan historia de atopia o alergia alimentaria².

La **clínica varía** según la edad³, los síntomas más frecuentes en lactantes y preescolares son el rechazo de la alimentación, el fallo de medro y los vómitos. La disfagia, la impactación alimentaria y los síntomas de reflujo gastroesofágico o el dolor retroesternal son los síntomas más frecuentes en escolares y adolescentes¹.

La EoE puede asociar, como ocurría en nuestro paciente, hasta en el 77% de los casos, alguna condición de atopia¹⁻³ como rinosinusitis, asma, urticaria o alergia alimentaria.

El **diagnóstico diferencial** debe realizarse con diferentes entidades con clínica o datos endoscópicos o histológicos similares a los encontrados en la EoE, como la enfermedad por reflujo gastroesofágico (que puede presentar eosinófilos en la biopsia), las infecciones parasitarias y fúngicas, los anillos esofágicos congénitos, la enfermedad de Crohn, las alergias alimentarias, la acalasia, la enfermedad celíaca o la ingesta de cuerpo extraño, entre otras.

La endoscopia digestiva alta, que es la prueba de elección¹⁻⁴, muestra numerosas alteraciones de la mucosa esofágica, como surcos o erosiones longitudinales (Figura 1), microabscesos eosinofílicos (Figura 2), traquealización esofágica (Figura 3), disminución del calibre esofágico, constricciones circulares, desgarros esofágicos o rotura esofágica, ninguna patognomónica de esta entidad^{2,4}. En nuestro paciente se hallaron erosiones longitudinales tanto en el tercio medio como en el superior del esófago, lo que apoya más el diagnóstico de EoE frente al principal diagnóstico diferencial, que es el reflujo gastroesofágico, que afecta fundamentalmente a tramos inferiores.

Se deben tomar biopsias con independencia del aspecto de la mucosa esofágica. Se recomienda tomar 2-4 biopsias tanto del esófago proximal como del distal, para aumentar la sensibilidad



Figura 1. **Surcos longitudinales.**

de la prueba. Histológicamente, se deben cuantificar los eosinófilos; la existencia de >15 eosinófilos/CGA es diagnóstica. La biopsia de nuestro paciente mostraba la existencia de >20 eosinófilos/CGA (Figura 4), asociados a clínica compatible^{1,2}.

No existe en la actualidad ningún marcador sérico que apoye la existencia de la enfermedad. Aunque la eosinofilia aparece en un 50% de los pacientes y puede estar elevada la IgE en pacientes con condición atópica, no pueden ser utilizados ni



Figura 2. **Placas blanquecinas.**

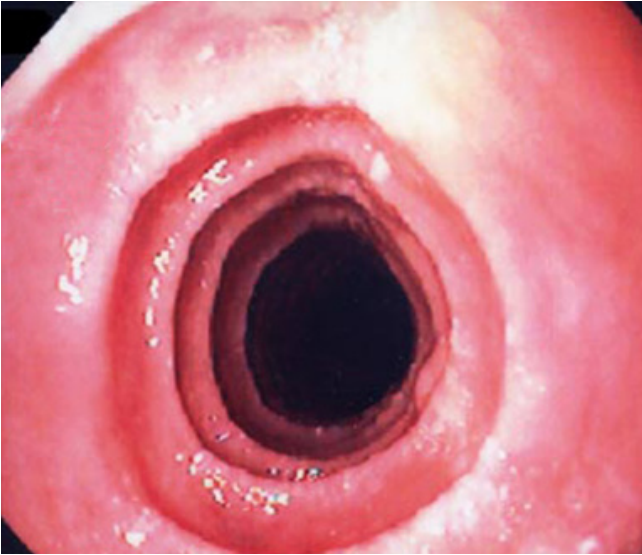


Figura 3. **Traquealización.**

como marcador de seguimiento ni para monitorizar la respuesta terapéutica^{1,2}.

Una vez realizado el diagnóstico de EoE, se pueden pautar tres modalidades de **tratamiento**: IBP, corticoides deglutidos o dieta, que deben ser consensuados con el paciente y su familia.

Los **IBP** se utilizan a dosis altas: 20 mg/12 horas de omeprazol o esomeprazol en menores de 10 años y 40 mg/12 horas en mayores de esa edad o lansoprazol a dosis de 15 mg/12 h para menores de 10 años o 30 mg/12 h para mayores durante 2 meses. Se produce remisión histológica en un 68,6%. Si en la endoscopia realizada pasado ese tiempo persiste infiltrado eosinofílico >15/CGA, se considera no respondedor, como fue el

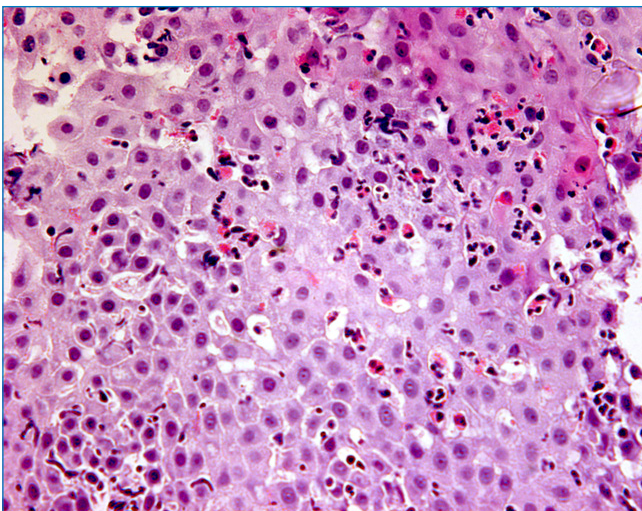


Figura 4. **Infiltrado eosinofílico (MO campo de gran aumento).**

caso de nuestro paciente, y se le ofrece otra modalidad de tratamiento^{3,5}.

Los **corticoides deglutidos** realizan su acción directamente en la mucosa esofágica al progresar lentamente por la pared del esófago. Una vez deglutidos, no se puede comer ni beber uno 30-45 minutos después. En la actualidad se emplean productos para el asma o la rinitis: budesonida en ampollas 0,5 mg/12 h en menores de 10 años y 1 mg/12 h en mayores, mezclado con un espesante (sucralosa o dextrinomaltosa) o fluticasona en ampollas de 400 µg: 1/12 horas en menores de 10 años y el doble en pacientes mayores. Próximamente se comercializará una budesonida efervescente específica para la EoE. Se produce respuesta en un 64% de los casos aproximadamente.

Al bajar la dosis, la remisión se mantiene en un 59-63 % de los pacientes. En un 15 % se produce candidiasis esofágica que responde a antifúngicos orales sin necesidad de retirar el corticoide^{1,3}.

Tratamiento dietético. Existe fuerte evidencia de que los alimentos contribuyen a la patogénesis de la EoE en niños y se ha demostrado que la eliminación de antígenos alimentarios produce una mejoría tanto clínica como histológica en la mayoría de los pacientes. Hay tres modalidades dietéticas^{1,2}:

- **Dieta elemental:** consiste en reemplazar todos los alimentos sólidos por una fórmula elemental nutricionalmente completa en que la fuente proteica consiste únicamente en aminoácidos sintéticos. Es eficaz en el 98% de los pacientes, con resolución de los síntomas y de la infiltración eosinofílica a las 4-5 semanas. Su carga económica y social hace que sea mal tolerada.
- **Dieta dirigida por pruebas de alergia:** eliminando de la dieta los alimentos que resultan positivos en las pruebas cutáneas (*prick*) o séricas. La pobre correlación demostrada entre la positividad del test y los alimentos realmente implicados hace que en la actualidad no se recomiende.
- **Dieta empírica** basada en los patrones alergológicos más frecuentes. Hay distintas variedades: eliminación de seis grupos de alimentos, de cuatro y de dos. En la actualidad se comienza con la de dos, retirando leche y gluten puesto que son los alimentos más frecuentemente implicados. Es efectiva en un 74% de los pacientes.

La estenosis esofágica es el resultado de la EoE de larga evolución que puede resolverse con dilataciones esofágicas⁴.

Están en estudio otros tratamientos, como los inmunosupresores o los inmunomoduladores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lucendo AJ, Molina-Infante J, Arias Á, von Arnim U, Bredenoord AJ, Bussmann C, et al. Guidelines on eosinophilic esophagitis: evidence-based statements and recommendations for diagnosis and management in children and adults. *United Eur Gastroenterol J*. 2017;5:335-58.
2. Liacouras CA, Spergel JM, Ruchelli E, Verma R, Mascarenhas M, Semeao E, et al. Eosinophilic esophagitis: a 10-year experience in 381 children. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2005;3:1198-206.
3. Lucendo AJ, Molina-Infante J. Eosinophilic oesophagitis: current evidence-based diagnosis and treatment. *Gastroenterol Hepatol*. 2018; 41:281-91.
4. Dellon ES, Gonsalves N, Hirano I, Furuta GT, Liacouras CA, Katzka DA, et al. ACG clinical guideline: Evidenced based approach to the diagnosis and management of esophageal eosinophilia and eosinophilic esophagitis (EoE). *Am J Gastroenterol*. 2013;108:679-92.
5. Gutiérrez-Junquera C, Fernández-Fernández S, Cilleruelo ML, Rayo A, Echeverría L, Quevedo S, et al. High prevalence of response to proton-pump inhibitor treatment in children with esophageal eosinophilia. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2016;62:704-10.