

Gastroenteritis eosinofílica. Revisión a propósito de dos nuevos casos

Eosinophilic gastroenteritis. Review about two new cases

Lorena Fernández Hernández¹, Francisco Luis Lado Lado¹, Juan Manuel Fernández Somoza¹,
Fernando Macías García², Alfonso Van Den Eynde Collado¹

¹ Servicio de medicina interna. Departamento de medicina complejo hospitalario universitario de Santiago. Santiago de Compostela (a Coruña).

² Servicio de aparato digestivo. Complejo hospitalario universitario de Santiago. Santiago de Compostela (a Coruña).

Resumen

La Gastroenteritis eosinofílica (GE) es una rara y benigna entidad, caracterizada por la infiltración eosinofílica de uno o varios tramos del tracto digestivo. En muchas ocasiones, se acompaña de una importante eosinofilia periférica, que nos orienta, junto con la clínica digestiva, a su diagnóstico; no obstante no se incluye en los criterios diagnósticos establecidos. Es imprescindible descartar otras enfermedades, entre ellas el síndrome hiperesoinfílico, parasitosis, linfomas y alergias alimentarias. La clínica predominante va a depender de la zona del tracto digestivo afectado así como la capa de pared infiltrada por eosinófilos. Presentamos sus características clínicas, diagnósticas y evolución a propósito de dos casos.

Palabras clave: Gastroenteritis eosinofílica. Eosinofilia. Parasitosis. Alergia.

Abstract

Eosinophilic gastroenteritis is a rare benign disease, characterized by eosinophilic infiltration of one or several sections of the digestive tract. In many cases, it is accompanied by significant peripheral eosinophilia, which guides us along with digestive clinic, to its diagnosis, but is not included in the diagnostic criteria set. It is imperative to rule out other diseases, including hyperesoinphilic syndrome, parasitic infections, food allergies, and lymphomas. The clinical features will depend on the affection of the digestive tract as well as the layer of wall infiltrated by eosinophils. Present their clinical characteristics, diagnostic and evolution of two cases.

Key words: Eosinophilic gastroenteritis. Eosinophilia. Parasitic infections. Allergy.

Introducción

La gastroenteritis eosinofílica (GE) es una enfermedad poco frecuente y de etiología desconocida, caracterizada por la infiltración eosinofílica de una o varias zonas del tracto digestivo¹. Para su diagnóstico, se requiere de un grado de sospecha clínica, la demostración de infiltración eosinofílica de una o más áreas del tracto gastrointestinal, y la ausencia de otra causa identificable de eosinofilia². La clínica principal va a estar determinada por la capa de pared preferentemente afectada (mucosa, muscular o serosa)³. La infiltración de la capa serosa, observada en el 12,5 % de los casos, se expresa clínicamente con el desarrollo de ascitis eosinofílica^{1,4}. A continuación presentamos dos nuevos casos de esta rara enfermedad, su diagnóstico, tratamiento y evolución.

Caso 1

Mujer de 20 años, sin antecedentes de interés, que consulta por epigastria posprandial de una semana de evolución acompañada de náuseas y vómitos ocasionales, seguido de diarrea sin emisión de productos patológicos. En todo momento se mantuvo afebril y la exploración física fue normal.

En los estudios iniciales, se detecta eosinofilia (30,8%) con recuento de 4.900 eosinófilos/ μ L, engrosamiento difuso de la pared

gástrica, duodenal y de asas intestinales además de la presencia de ascitis mediante ecografía, realizándose paracentesis diagnóstica con 6.900 células/ μ L y predominio eosinofílico del 90 %. En el estudio digestivo radiológico baritado se observa afectación preferente de mucosa de intestino delgado con participación del resto de la pared intestinal (*Fig. 1*). Se realiza endoscopia digestiva alta que muestra edema e inflamación de la mucosa gastroduodenal, tomándose biopsias múltiples, siendo el informe anatomopatológico de infiltrado eosinofílico de antro gástrico y duodeno.

Evolutivamente, la paciente persiste con malestar abdominal e intolerancia alimentaria a dieta blanda, así como eosinofilia intensa mantenida, detectándose IgE elevada de 429 UI/mL (N: 0-180 UI/mL). Una vez descartada parasitosis (áscaris y oxiuros, y serología negativa para anisakis), y ante la persistencia de la clínica y la ascitis, iniciamos tratamiento con glucocorticoides. Desde entonces, la paciente evoluciona favorablemente con reducción de ascitis, desaparición de derrame pleural (objetivado inicialmente y no puncionable por escasa cuantía) y normalización de cifras de eosinófilos, por lo que se indica primera reducción en la dosis de corticoides a las 48 horas, siendo bien tolerada y decidiéndose alta hospitalaria. En seguimientos posteriores y al cabo de un año, la paciente se mantiene asintomática, sin datos de recidiva.

Caso 2

Mujer de 21 años sin antecedentes de interés. En la anamnesis, la paciente refería, desde hacía unas tres semanas, epigastria

continúa, náuseas y vómitos alimentarios, además de pérdida de peso no cuantificada. En la exploración física no se hallaron alteraciones de relevancia. Los exámenes complementarios mostraron eosinofilia (45%) con recuento total de 3.400 eosinófilos/ μL , así como negatividad de los estudios parasitológicos de heces. En las pruebas de imagen (ecografía y TAC abdominal), se evidencia una prominente capa muscular en el fundus gástrico y ascitis, realizándose posteriormente, endoscopia digestiva alta con múltiples biopsias, cuyos hallazgos histopatológicos fueron mínimos cambios inflamatorios crónicos a nivel gástrico e infiltración por eosinófilos a nivel duodenal (Fig. 2). La paciente evolucionó favorablemente con medidas sintomáticas y dietéticas procediéndose al alta hospitalaria. En la actualidad, al cabo de 2 años se mantiene asintomática sin precisar tratamiento farmacológico alguno.

En la Tabla 1 se exponen diversas características de ambos casos.

Discusión

La gastroenteritis eosinofílica (GE), enfermedad descrita por primera vez en 1937 por Kaijser⁵, es una entidad rara, de etiología desconocida⁶. Se han postulado diversas hipótesis acerca de las posibles causas etiológicas, la más aceptada, aunque no confirmada, es una reacción de hipersensibilidad inmediata o tipo 1 frente a alérgenos alimentarios^{4,7,8}. En el primer caso, la paciente no refería antecedente de alergias alimentarias o atopia, si bien, sus niveles plasmáticos elevados de IgE sostienen en cierta forma el compromiso del sistema inmunoalérgico como factor etiológico en esta entidad^{7,9}.

La incidencia real de esta enfermedad es difícil de estimar, dado que muchos casos no son diagnosticados o comunicados. No obstante, se estima que la padecen 1-20 individuos

de cada 100.000^{1,9}. Clásicamente, el grupo de edad más frecuentemente afectado está comprendido entre la tercera y cuarta década de la vida, aunque puede presentarse a cualquier edad^{1,10}.

La clínica de la GE varía según la zona afectada y la capa de pared intestinal infiltrada. El antro gástrico y el intestino delgado son las zonas más comúnmente afectadas. Menos frecuente, es su desarrollo a nivel esofágico y de colon^{6,11,12}. Se caracteriza por la infiltración eosinofílica de la pared intestinal, pudiendo afectar a todo el tránsito gastrointestinal de forma parcheada o continua¹³. Así pues, en 1970, Klein et al¹⁴ clasificaron este desorden en tres grandes grupos según la afectación predominante de la capa mucosa, de la capa muscular o de la capa submucosa. La infiltración eosinofílica predominante de la mucosa y/o submucosa se manifiesta en forma de epigastralgia, diarrea, pérdida de peso y malabsorción; la infiltración de la muscular debuta con cuadro de dolor abdominal pseudooclusivo o oclusivo, y si la capa más afectada es la serosa puede provocar una ascitis eosinofílica^{15,16}. El primer caso aportado, se presentó con datos ecográficos de ascitis confirmándose tras paracentesis diagnóstica las características eosinofílicas del líquido, hallazgo poco frecuente y que como hemos comentado sugiere afectación de la capa serosa. En el segundo de los casos, también presentaba ascitis pero no se pudo confirmar sus características eosinofílicas dado su escasa cuantía, pero que en el contexto de la paciente sugiere altamente afectación de capa serosa.

El hallazgo de eosinofilia en sangre periférica, hecho frecuente, suele aparecer hasta en el 80 % de los casos, si bien, no es considerado criterio diagnóstico dado que no es

Tabla 1. Características de ambos casos de GE

	CASO 1	CASO2
Síntomas gastrointestinales	Si	Si
Infiltración eosinofílica	Gástrica y duodenal	Duodenal
Eosinófilos periféricos	4.900/ μL (30.8%)	3.400/ μL (45%)
Parasitosis	Sin evidencia	Sin evidencia
Ecografía abdominal	Ascitis Engrosamiento gástrico y duodenal	Ascitis Prominencia de fundus gástrico
Líquido ascítico	6.900 eosin/ μL (90%)	No disponible
Niveles elevados IgE	Si	No
Otros órganos afectados	No	No
Otros estudios de imagen	Tránsito baritado (afectación ileon)	TAC abdominal
Tratamiento	Dieta, esteroides	Dieta
Evolución	Buena	Buena

un hallazgo constante en la GE¹⁶. Los criterios diagnósticos de la GE se basan en la presencia de síntomas gastrointestinales, demostración de la infiltración eosinofílica de una o más áreas del tracto gastrointestinal mediante biopsia (>20 eosinófilos/campo), y la ausencia de otra causa identificable de eosinofilia^{1,15}. Nuestra experiencia nos hace pensar que aunque no sea un hecho constante, la eosinofilia periférica debe tenerse en cuenta a la hora de sospechar el diagnóstico de GE así como su posible utilidad en la monitorización de respuesta al tratamiento y evolución clínica. En nuestros casos, ambas pacientes tenían niveles elevados de eosinófilos en sangre periférica, descendiendo una vez iniciado el tratamiento.

Los estudios endoscópicos con toma de biopsias muestran edema y un infiltrado celular casi exclusivamente de eosinófilos. Dado que el compromiso es parcellar y puede afectar a las distintas capas de la pared gastrointestinal, es obligatoria la toma de múltiples biopsias de zonas enfermas y de las aparentemente normales¹⁶. Cuando la enfermedad afecta a la capa submucosa y/o muscular, las biopsias pueden no ser diagnósticas, por lo que se requiere la realización de técnicas invasivas como laparotomía o laparoscopia para llegar al diagnóstico definitivo de GE y descartar otras posibilidades diagnósticas^{7,16}. En nuestras

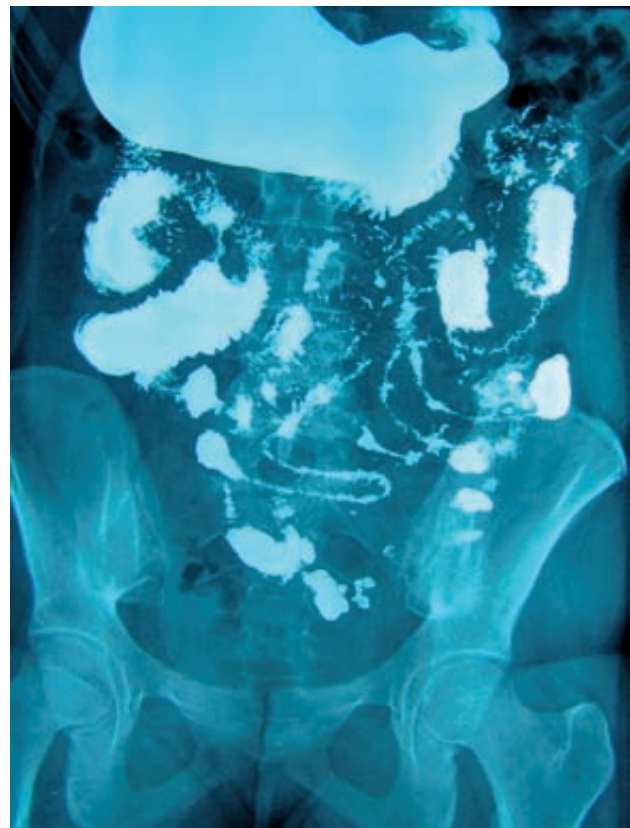


Figura 1. Tránsito intestinal en el que se muestra afectación difusa de la mucosa intestinal con engrosamiento más acusado a nivel de asas del íleon

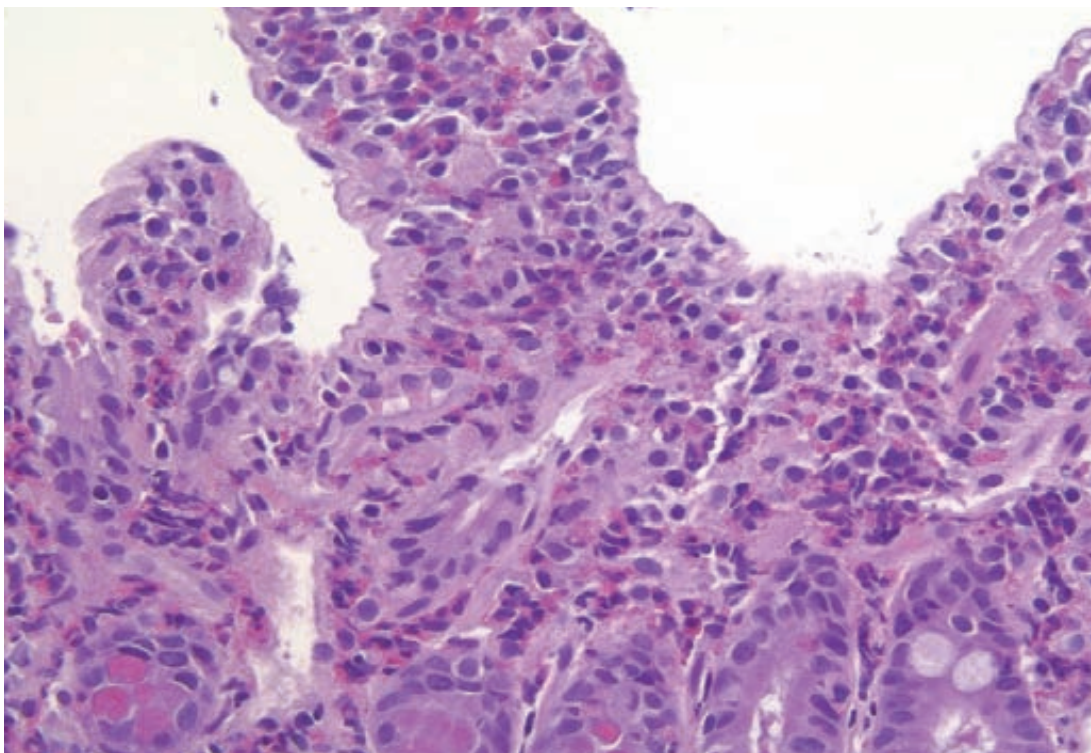


Figura 2. Muestra histológica duodenal con componente inflamatorio de celularidad mixta con una marcada infiltración eosinofílica

dos pacientes, la presentación clínica gastrointestinal inespecífica junto con marcada eosinofilia periférica nos llevó a sospechar el diagnóstico de gastroenteritis eosinofílica que fue confirmada tras la realización de biopsia de mucosa gastrointestinal. En el primero de ellos, la afectación predominante fue gastroduodenal, mientras que en el segundo caso duodenal.

Dentro del diagnóstico diferencial de la GE hay que considerar diferentes entidades: vasculitis, enfermedades del tejido conectivo, carcinomas, linfoma, diálisis peritoneal crónica, infecciones parasitarias, peritonitis bacteriana espontánea en una cirrosis y síndrome hipereosinofílico^{17,18}.

En cuanto al tratamiento, suele conseguirse resolución completa con una dieta elemental baja en aminoácidos^{8,19}. Una vez conseguida la remisión, los distintos grupos alimentarios deben de ser reintroducidos lentamente. En los casos en los que la dieta no consigue un control de la enfermedad, el uso de corticosteroides constituye la mejor terapia. Se suele iniciar con prednisona a dosis de 20-40 mg día durante 7-10 días continuando con reducciones escalonadas en los siguientes 2 a 3 meses^{2,6,9,20}. El resultado es la rápida desaparición de los síntomas en el 90 % de los casos, asociándose a valores de eosinófilos en sangre periférica normales en las siguientes 2 semanas, y en ocasiones al tercer día, como en nuestro primer caso⁶. Su suspensión puede seguirse de recaída en el 50 % de los casos, pudiendo requerir dosis de mantenimiento con 5 a 10 mg día de prednisona; o episodios de exacerbación meses o años después del diagnóstico inicial, precisando pulsos de corticoides^{1,6}. Otras alternativas de tratamiento incluyen, cromoglicato sódico, Ketotifeno y agentes antihistamínicos aunque de dudosa eficacia^{1,6}. En casos severos, refractarios o corticodependientes, la alimentación parenteral o la terapia inmunosupresora (Azatioprina) son una alternativa válida^{3,9}.

Para concluir, destacamos la rareza de la ascitis eosinofílica en el contexto de la GE. Por otro lado, pensamos que la eosinofilia es un dato importante de sospecha diagnóstica y sirve la monitorización de tratamiento y valorar posibles recaídas de la enfermedad. Finalmente, resaltar la buena

evolución clínica de ambas pacientes siendo solamente necesario en una de ellas la utilización de tratamiento con corticoides, con buena respuesta a estos y sin experimentar recaídas posteriores.

Bibliografía

- Méndez-Sánchez N, Chávez-Tapia NC, Vázquez-Elizondo G, Uribe M. Eosinophilic gastroenteritis: A review. *Dig Dis Sci.* 2007; 52: 2904-11.
- Oh HE, Chetty R. Eosinophilic gastroenteritis: a review. *J Gastroenterol* 2008; 42: 741-50
- Miyamoto T, Shibata T, Matsuura S, Kagesawa M, Ishizawa Y, Tamiya K. Eosinophilic Gastroenteritis with ileus and ascites. *Intern Med.* 1996; 35: 779-82.
- Orteiza J, Berasategui JI, Tiberio G, Campos R. Un nuevo caso de gastroenteritis eosinofílica. *An Med Interna (Madrid)* 2003; 20: 652.
- Kajser R. Allergic disease of the gut from the point of view of the surgeon. *Arch Klin Chir* 1937; 188: 36-64.
- Fenoglio LM, Benedetti V, Rossi C, Anania A, Wulfhart K, Trapani M, Scalabrino E, Alberto G, Novero D, Cavalloperin P. Eosinophilic gastroenteritis with ascitis: A case report and review of the literature. *Dig Dis Sci.* 2003; 48: 1013-20.
- Zou HB, Chen JM, Du Q. Eosinophilic gastroenteritis with ascites and hepatic dysfunction. *World J Gastroenterol.* 2007; 13: 1303-5.
- Khan S, Kandula L, Orenstein SR. Educational clinical case series in pediatric allergy and immunology. *Pediatr Allergy Immunol.* 2007; 18: 629-39.
- Rothenberg ME. Eosinophilic gastrointestinal disorders (EGID). *J Allergy Clin Immunol.* 2004; 113: 11-28.
- Von Wattenwyl F, Zimmermann A, Netzer P. Synchronous first manifestation of idiopathic eosinophilic gastroenteritis and bronchial asthma. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2001; 13: 721-5.
- Schulze K, Aitros FA. Eosinophilic gastroenteritis involving the ileocecal area. *Dis Colon Rectum.* 1979; 22: 47-50.
- Levinson JD, Ramanathan VR, Nozick JH. Eosinophilic gastroenteritis with ascites and colonic involvement. *Gastroenterology.* 1977; 68: 603-7.
- Khan S. Eosinophilic gastroenteritis. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2005; 19: 177-98.
- Klein NC, Hargrove RI, Slesenger MH, Jeffries GH. Eosinophilic gastroenteritis. *Medicine* 1970; 49: 299-319.
- Méndez Sánchez IM, Rivera Irigoien R, Ubiña Aznar E, Vera Rivero FM, Fernández Pérez F, Navarro Jarabo J, Sánchez Cantos A. Diferentes formas de presentación de una misma entidad clínica: gastroenteritis eosinofílica. *Gastroenterol Hepatol.* 2007; 30: 19-21.
- De la Serna Higuera C, Rodríguez Gómez SJ, Martín Arribas MI, Martínez Moreno J, Pérez Villoria A. Gastroenteritis eosinofílica: espectro clínico de una misma entidad. *An Med Interna (Madrid).* 2002; 19: 361-4.
- Siewert E, Lammert F, Koppitz P, Schmidt T, Matern S. Eosinophilic gastroenteritis with severe protein-losing enteropathy: Successful treatment with budesonide. *Dig Liver Dis.* 2006; 38: 55-9.
- Russel MG, Zeijen RN, Brummer RJ, de Bruine AP, Van Kroonenburgh MJ, Stockbrugger EW. Eosinophilic enterocolitis diagnosed by means of technetium-99m albumin scintigraphy and treated with budesonide (CIR). *Gut.* 1994; 35: 1490-2.
- Hogan SP, Rothenberg ME. Review article: the eosinophil as a therapeutic target in gastrointestinal disease. 2004; 20: 1231-40.
- Charalabopoulos A, Charalabopoulos K, Avuzuklidou M, Charalabopoulos A.K, Iochim E, Lebrun F, Fotiadis K. Eosinophilic gastroenteritis: presentation of two patients with unusual affect of Terminal ileum and caecum with manifestations of acute abdomen and literature review. *Int J Clin Pract.* 2004; 58: 413-6