



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 287/17 - ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

V. Oscullo-Yepetz<sup>a</sup>, M. Pejenaute-labari<sup>b</sup>, S. Alcalde Muñoz<sup>c</sup>, R. Iniesta García<sup>a</sup>, R. Rodríguez Rodríguez<sup>d</sup> y T. Martín de Rosales Cabrera<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alpes. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alpes. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 55 años con antecedentes de úlcera duodenal con *H. pylori* erradicado, e historia de rinitis alérgica. Acude al centro de salud por cuadro de dolor abdominal difuso de 6 meses de evolución, constante y sin irradiación, sin datos de alarma. Sin relación con la ingesta ni la alteración de la dieta ni la deposición. Asociando de manera episódica epigastralgia intensa autolimitada, dispepsia y pirosis. Niega otra sintomatología acompañante en a anamnesis por aparatos y sistemas.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración presenta constantes vitales estables, y la exploración física es anodina. Se realiza ecografía abdominal en el centro de salud donde se objetiva esteatosis hepática, sin otros hallazgos. Se solicita analítica completa con perfil hepático (GOT, GPT, GGT, fosfatasas alcalinas) normal. Se pauta IBP a dosis altas durante dos meses sin remisión del cuadro, por lo que se deriva a Gastroenterología. Posteriormente se realiza panendoscopia sin hallazgos patológicos durante la exploración, pero en las biopsias esofágicas se objetiva mucosa pavimentosa con un infiltrado agudo intraepitelial con hasta 35 eosinófilos/campo. Además se completa el estudio con enema opaco visualizando divertículos, así como estudio de parasitología negativos; serología VHB/VHC y Echinococcus negativa, y se deriva a la consulta de Alergología para completar estudio.

**Juicio clínico:** Esofagitis eosinofílica.

**Diagnóstico diferencial:** El diagnóstico diferencial incluye una variedad de patologías (infecciones parasitarias y fúngicas, anillos congénitos, enfermedad de Crohn, fármacos, enfermedad celíaca, vasculitis, vómitos recurrentes por otras causas, enfermedades del tejido conectivo, penfigoide ampuloso, acalasia, carcinoma y una serie de causas de eosinofilia periférica) siendo la más frecuente la enfermedad del reflujo gastroesofágico.

**Comentario final:** La esofagitis eosinofílica es una enfermedad crónica, inmune (antígeno-mediada), caracterizada clínicamente por síntomas relacionados con disfunción esofágica e histológicamente por inflamación predominante de eosinófilos. Debe sospecharse en pacientes con antecedentes de impactación alimentaria, con disfagia persistente o con reflujo gastroesofágico

(ERGE) que no responde al tratamiento médico (al menos 2 meses de IBP). Se han desarrollado modelos de predicción para identificar pacientes con esofagitis eosinofílica y distinguirlos de pacientes con ERGE que incluyen características clínicas y endoscópicas como edad más joven, sexo masculino, presencia de disfagia y alergias alimentarias, presencia de anillos esofágicos, surcos y placas y ausencia de hernia hiatal que predijeron la esofagitis eosinofílica con una precisión del 84% y especificidad del 92%. La prueba diagnóstica suele ser una endoscopia superior con biopsias esofágicas del segmento superior e inferior, aunque los hallazgos radiológicos y de laboratorio pueden apoyar el diagnóstico. El manejo terapéutico incluye intervenciones dietéticas, farmacológicas (IBP, antiácidos, glucocorticoides tópicos o sistémicos, antihistamínicos, inmunosupresores e inmunomoduladores) y endoscópicas (en casos de complicaciones como estenosis esofágica).

## **Bibliografía**

1. Dellon ES, Rusin S, Gebhart JH, et al. A Clinical Prediction Tool Identifies Cases of Eosinophilic Esophagitis Without Endoscopic Biopsy: A Prospective Study. *The American Journal of Gastroenterology*. 2015;110(9):1347-54.
2. Dellon ES, Gibbs WB, Fritchie KJ, Rubinas TC, Wilson LA, Woosley JT, et al. Clinical, Endoscopic, and Histologic Findings Distinguish Eosinophilic Esophagitis From Gastroesophageal Reflux Disease. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2009;7(12):1305-13.
3. Furuta GT, Katzka DA. Eosinophilic Esophagitis. *N Engl J Med*. 2015;373(17):1640-8.
4. Liacouras CA, Furuta GT, Atkins D, et al. Eosinophilic esophagitis: Updated consensus recommendations for children and adults. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2011;128(1):3-20.