



Gastroenteritis eosinofílica como causa de obstrucción intestinal

Sr. Director:

La gastroenteritis eosinofílica (GEE) es una entidad poco habitual caracterizada por la infiltración de eosinófilos en la pared gastrointestinal en grado variable¹. En muchos casos la GEE se diagnostica y se trata mediante métodos no quirúrgicos. Sin embargo, en otros, los menos, no es hasta la resolución de un problema subsidiario de cirugía cuando se logra identificar la GEE como causa primera del cuadro. Presentamos un caso correspondiente a este segundo grupo, llamando la atención acerca de esta entidad a la hora de un posible diagnóstico diferencial dentro del marco de ciertas patologías quirúrgicas, ya que un tratamiento médico en ocasiones puede llegar a resolver el caso sin necesidad de acudir a la cirugía.

Se trataba de un paciente de 60 años de edad que acudió a urgencias por dolor abdominal en el hemiabdomen inferior de 3 días de evolución asociado a estreñimiento, con ausencia de náuseas o vómitos. Como antecedentes personales presenta hipertensión arterial, vagotomía y piloroplastia y, posteriormente, antrectomía y derivación gastroyeyunal de Billroth II, en relación con enfermedad ulcerosa perforante.

En la exploración destacaba una palidez cutaneomucosa, con un abdomen doloroso a la palpación de manera difusa, distendido y timpánico, con ruidos hidroaéreos aumentados de carácter metálico, pero sin signos de irritación peritoneal. En las pruebas complementarias destacaba una analítica con linfopenia del 13,1% y basofilia del 5,7%. En la radiografía de abdomen se apreciaba la dilatación de asas de intestino delgado compatible con obstrucción intestinal.

Se decidió cirugía, en la que se detectó líquido libre intraabdominal, así como engrosamiento de unos 15 cm en el fleon distal, y adenopatía mesentérica. Se realizó resección del segmento afectado con anastomosis terminoterminal. La anatomía patológica de la pieza es informada como enteritis eosinofílica transmural, ulcerada y perforada, con linfadenitis eosinofílica. El paciente fue dado de alta el séptimo día del postoperatorio, y fue remitido al servicio de aparato digestivo para el seguimiento de su enfermedad.

La GEE se presenta con mayor frecuencia en el estómago y el intestino delgado proximal², variando su clínica de aparición

según el tramo y la capa de la pared intestinal afectadas. Así, si predomina la infiltración de la mucosa pueden aparecer anemia ferropénica, hipoalbuminemia por enteropatía pierde-proteínas y ligera esteatorrea; si es la capa muscular, surgirá clínica obstructiva, y si predomina la infiltración de la serosa puede manifestarse como ascitis o perforación^{1,3}. En ocasiones existen formas clínicas mixtas, como en el caso que presentamos.

El diagnóstico de la GEE es de exclusión. A veces se llega a la identificación de esta entidad tras el estudio de la pieza en los casos en los que la presentación de la misma es a través de un cuadro de tratamiento quirúrgico. De esta manera, sería importante descubrir posibles indicadores de la GEE con el fin de alcanzar un diagnóstico previo a la intervención quirúrgica; en dichas ocasiones, la terapia corticoide puede llegar a resolver el problema³⁻⁵. En este sentido, se podría apuntar la eosinofilia periférica, que suele estar presente en el 85% de los casos².

A pesar de que en muchas ocasiones la GEE se identifica, o al menos se sospecha, clínicamente, en ciertas circunstancias surge como causa de obstrucción intestinal y de otros cuadros quirúrgicos del tipo de la perforación y, por tanto, subsidiaria de cirugía⁶. Antes de ésta, no hay que olvidar la posibilidad de su resolución mediante la corticoterapia, evitando así en ocasiones la intervención. No obstante, esta posibilidad resultará válida sólo en aquellos presupuestos en los que no exista abdomen agudo claro, ya que en estos enfermos no se ha de diferir la terapéutica quirúrgica.

J. Perea García, J.R. Ots Gutiérrez, J.R. Martín Ruiz, B. Quijada García, M. Rodríguez Martín y J. Francino Serrano

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo I. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Bibliografía

- Greenberger NJ, Isselbacher KJ. Transtornos de la absorción. En: Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL, editores. *Principios de medicina interna*. Madrid: McGraw-Hill Inc., 1994; 1592-1612.
- Box JC, Tucker J, Watne AL, Lucas G. Eosinophilic colitis presenting as a left-sided colocolonic intussusception with secondary large bowel obstruction: an uncommon entity with a rare presentation. *Am Surg* 1997; 63: 741-743.
- Spiro HM. Eosinophilic gastroenteritis. En: *Clinical gastroenterology*. Nueva York: McGraw-Hill, 1993; 213-215.
- Duvall CP, Coleman WA. Conservative management of eosinophilic infiltration of the gastrointestinal tract: a case report. *Am J Dig Dis* 1967; 12: 107-109.
- McNabb PC, Fleming CR, Higgins JA, Davis GL. Transmural eosinophilic gastroenteritis with ascites. *Mayo Clin Proc* 1979; 54: 119-122.
- Cozar Ibáñez A, Olmo Escribano M, Bernet Vegue E, González Olid MD, Gómez Ortega A, Dueñas Rodríguez B et al. Gastroenteritis eosinofílica y cirugía. *Cir Esp* 1996; 60: 41-44.

(*Cir Esp* 2001; 69: 431)