

# Gastroduodenitis eosinofílica: a propósito de un caso

**Autores** Yanett L. Flores T,<sup>1</sup> Pierina Petrossino,<sup>2</sup> Sirlene Ramírez,<sup>3</sup> Oriany Rojas,<sup>4</sup> Silvia Rojas,<sup>4</sup> Alejandro De Faria<sup>4</sup>

**Afiliaciones** Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Mérida, Edo. Mérida.

<sup>1</sup>Adjunto Unidad de Gastroenterología IAHULA. <sup>2</sup>Anatomopatólogo Biopsias Mérida. <sup>3</sup>Adjunto Unidad de Gastroenterología IVSS. <sup>4</sup>Residente Postgrado Gastroenterología IAHULA.

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2015;69(2):50-53. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 0016-3503.

Autor correspondiente: Yanett Flores. Adjunto Unidad de Gastroenterología IAHULA. Correo-e: yleticiaforres@hotmail.com

## Resumen

**Introducción:** La Gastroenteritis eosinofílica, se refiere a la eosinofilia en cualquiera de las capas de la pared del tracto gastrointestinal, es una patología rara, con incidencia no reportada y de patogenia desconocida, asociada a antecedentes de atopias y alergias alimentarias. Se requiere para su diagnóstico la evidencia histológica de eosinofilia, la ausencia de ésta en órganos extraintestinales y sin presencia de infección parasitaria. **Caso clínico:** Se reporta el caso de una paciente femenina de 39 años de edad, con clínica de 4 meses que inició posterior a intoxicación alimentaria y caracterizada por dolor abdominal difuso con predominio de epigástrico, opresivo, de fuerte intensidad, que mejoraba con uso de antiespasmódicos y se intensificaba con la ingestión de alimentos, acompañado de náuseas y vómitos. Se planteó el diagnóstico por imágenes de litiasis vesicular, siendo sometida a colecistectomía laparoscópica. Por persistencia de la sintomatología se realizó endoscopia digestiva superior con hallazgos sugestivos de: gastroduodenitis parasitaria y la biopsia reportó: gastroduodenitis crónica severa eosinofílica. Se indicó tratamiento a base de prednisona, obteniendo resolución completa del cuadro clínico.

**Palabras clave:** gastroenteritis eosinofílica, eosinofilia, alergias alimentarias.

## EOSINOPHILIC GASTRODUODENITIS: CASE REPORT

### Summary

**Background:** eosinophilic gastroenteritis, refers to eosinophilia in any of the layers of the wall of the gastrointestinal tract, it is a rare condition, with no reported incidence and unknown pathogenesis associated with a history of atopy and food allergies. It required for diagnosis histologic evidence of eosinophilia, its absence in intestinal organs without presence of parasitic infection. **Case report:** The case of a female patient of 39 years old, with clinical started 4 months after food poisoning, characterized by a predominance of diffuse abdominal pain epigastric, oppressive, strong intensity, which improved with use is reported antispasmodics and intensified with food intake, with nausea and vomiting. The imaging of gallstones was raised, undergoing laparoscopic cholecystectomy. Persistence of symptoms upper endoscopy is performed with suggestive findings: parasitic gastroduodenitis and biopsy reported: severe chronic eosinophilic gastroduodenitis. Treatment with prednisone was indicated, obtaining complete resolution of symptoms.

**Key words:** eosinophilic gastroenteritis, eosinophilia, food allergies.

## Introducción

La gastroenteritis eosinofílica, es una patología rara, con incidencia no reportada, solo se han descrito menos de 300 casos en la literatura.<sup>1</sup> Está caracterizada por la infiltración eosinofílica en cualquiera de las capas de la pared del tracto gastrointestinal.<sup>2</sup> Su patogenia es hasta ahora desconocida, y se ha asociado a antecedentes de atopias y alergias alimentarias.<sup>3</sup> Kaijser, fue el primero en describirla en el año 1937,<sup>4</sup> desde entonces se ha logrado definir esta patología e idear una clasificación basada en la capa del tracto gastrointestinal afectada, originando manifestaciones clínicas de acuerdo al lugar afectado. Se requiere para su diagnóstico la presencia de síntomas, la evidencia histológica de eosinofilia, la ausencia de ésta en órganos extraintestinales y la ausencia de infección parasitaria.<sup>5</sup>

## Caso clínico

Se reporta el caso de una paciente femenina de 39 años de edad, con clínica de 4 meses que inició posterior a intoxicación alimentaria y se caracterizaba por dolor abdominal difuso con predominio de epigástrico, opresivo, de fuerte intensidad, que mejoraba con uso de antiespasmódicos y se intensificaba con la ingestión de alimentos, acompañado de náuseas y vómitos.

Desde el punto de vista de sus antecedentes personales no refería atopias, y entre sus antecedentes familiares refería madre y hermano portadores de Asma Bronquial.

Al intensificarse los síntomas acude de emergencia y le realizan ultrasonido abdominal evidenciando litiasis vesicular, es valorada por cirugía general y con diagnóstico de cólico biliar persistente se le realiza colecistectomía laparoscópica, cuyo análisis histopatológico de la pieza quirúrgica reportó colecistitis crónica.

Por persistencia de la sintomatología, pese recibir tratamiento sintomático, es referida a gastroenterología se solicita exámenes de laboratorio, incluyendo hematología completa que reporta hemoglobina 12 grs, hematocrito 38%, leucocitos 7.400 con predominio de eosinofios del 64% y coprocultivo sin hallazgos patológicos. Adicionalmente se realizó endoscopia digestiva superior evidenciando: en mucosa de fundus, cuerpo, antro y duodeno múltiples lesiones planas, blanquecinas, serpentinales algunas confluentes, por lo que se planteó el diagnóstico de: gastroduodenitis parasitaria. **Figuras 1 y 2.** La biopsia mostró tanto en mucosa de estómago como en duodeno; Severo infiltrado inflamatorio mononuclear con presencia de abundantes eosinofios (mayor a 20 por campo de alto poder) dispuestos en forma difusa, con migración hacia el epitelio glandular y de revestimiento superficial, concluyendo: gastroduodenitis crónica severa eosinofílica. **Figuras 3 y 4.**

Adicionalmente se realizó coloración Giemsa resultando negativo para *Helicobacter pylori*. Se indicó tratamiento médico a base de prednisona 50 mgrs/día por un mes con descenso progresivo de la dosis, obteniendo resolución completa del cuadro clínico. Se realizó endoscopia digestiva control un mes después del tratamiento encontrando resolución de las lesiones

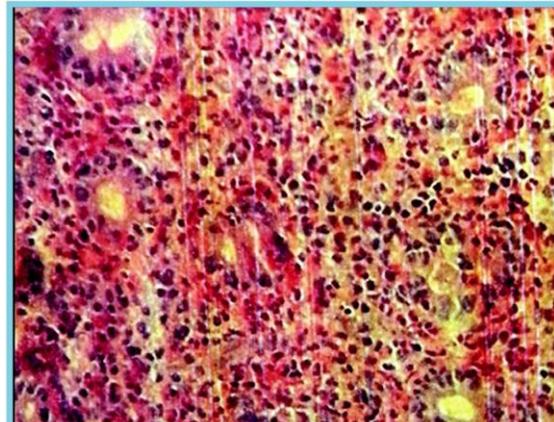
macroscópicas, se espera resultado de la biopsia control. **Figuras 5 y 6.**



**Figura 1** Endoscopia que muestra la mucosa de cuerpo y antro gástrico con múltiples lesiones planas, blanquecinas, serpentinales.



**Figura 2** Imagen endoscópica de duodeno con lesiones planas, blanquecinas, serpentinales.



**Figura 3** Corte histológico de mucosa gástrica mostrando un infiltrado de eosinofios mayor a 20 x campo.



**Figura 4** Corte histológico de duodeno donde se evidencia infiltrado predominantemente eosinofilo



**Figura 5** Endoscopia de cuerpo y antro gástrico, post-tratamiento donde se evidencia mucosa de aspecto normal.



**Figura 6** Endoscopia de duodeno post-tratamiento que muestra la mucosa duodenal sin lesiones.

## Discusión

La gastroenteritis eosinofílica, es una patología caracterizada por la infiltración eosinofílica de cualquiera de las capas de la pared gastrointestinal y afecta a individuos entre la tercera y quinta década de la vida.<sup>1,2,5</sup>

Se han descrito distintas hipótesis en relación a su patogenia, destacándose como la principal una posible reacción de hipersensibilidad de Tipo I, desencadenada por una alergia alimentaria, donde los eosinófilos y sus numerosas proteínas catiónicas, serían los responsables directos de las lesiones. Habitualmente, existen antecedentes personales o familiares de Asma bronquial y/o atopias que sustentan dicha teoría. Por otro lado, muchos pacientes inician la sintomatología posterior a una intoxicación alimentaria, en especial de una sustancia alimenticia inofensiva para la mayoría de la población.<sup>3,5</sup>

La gastroenteritis eosinofílica puede afectar a cualquier segmento del tracto gastrointestinal, pero es el estómago e intestino delgado los más comúnmente afectados. Asimismo, las manifestaciones clínicas dependerán de la capa tisular afectada y su ubicación. En 1970, Klein et al reconocieron 3 patrones de afectación: mucoso, muscular y subseroso. En el caso presentado el compromiso es el gastroduodenal es decir, el más frecuentemente descrito y que histológicamente se describe como la presencia de un infiltrado de eosinófilos mayor a 20 por campo con objetivo de alto poder.<sup>6</sup>

El patrón predominantemente mucoso es el más frecuente, prevaleciendo en más del 50% de los casos, clínicamente se manifiesta por dolor abdominal tipo cólico, náuseas, vómitos, diarreas, trastornos malabsortivos y pérdida de peso. Es el más asociado a antecedentes personales y/o familiares de atopias o intolerancia alimentarias.<sup>5</sup> En el caso presentado ocurrió como en la mayoría de los pacientes, en los cuales por lo inespecífico de los síntomas y lo infrecuente de la patología, el diagnóstico se hace tardíamente, inclusive se recurre a cirugía al plantear otros diagnósticos diferenciales con resolución quirúrgica, o en otras oportunidades la laparoscopia es de utilidad en ausencia de un diagnóstico específico y por persistencia de los síntomas especialmente en presencia de ascitis.

Cuando la afección es predominantemente muscular, los pacientes suelen debutar con cuadros obstructivos, principalmente síndromes pilóricos o de obstrucción intestinal proximal, y también se han reportado casos de obstrucción por compromiso de íleon distal, esto es debido al engrosamiento y la rigidez de la pared intestinal.<sup>1,3,5,7</sup>

En el caso de la afección subserosa, la ascitis eosinofílica, es el hallazgo más llamativo, En este caso, la inflamación serosa produce un exudado similar al observado en la carcinomatosis peritoneal. En la mayoría de estos casos la afección es transmural.<sup>1,3,5,8</sup>

Se requiere para su diagnóstico la presencia de síntomas, la evidencia histológica de eosinofilia, la ausencia de ésta en órganos extraintestinales y la ausencia de infección para-

sitaria. La endoscopia digestiva más toma de biopsia cuando existe compromiso mucoso, juega un papel fundamental para el diagnóstico, sin embargo, no existen lesiones características o patognomónicas que definan la patología. La endoscopia puede mostrar macroscópicamente desde una mucosa normal, pliegues engrosados, zonas areolares de mucosa hiperémica gástrica y/o duodenal asociada a disminución de pliegues, aftas en colon o úlceras y zonas inflamatorias en el aparato digestivo superior y menos frecuente en enfermedad severa hemorragias u otras complicaciones como fistulas.<sup>9,10</sup>

En este caso en particular los hallazgos endoscópicos no se habían descrito previamente y por sus características se planteó inicialmente una etiología parasitaria que posteriormente fue descartada, esto demuestra que el estudio histológico es quien da el diagnóstico definitivo. Una endoscopia alta con biopsia del estómago e intestino delgado logra el diagnóstico en más del 80% de los pacientes. Debido a la afección 'en parches', deberían tomarse múltiples biopsias (al menos seis especímenes).

En relación al tratamiento, se han planteado la indicación de modificaciones dietéticas, sobre todo en pacientes con afección predominantemente mucosa e historia de alergias alimentarias. Los estabilizadores de los mastocitos como el cromoglicato de sodio y el ketotikeno están siendo utilizados. Sin embargo, los corticosteroides por su importante efecto antiinflamatorio por distintos mecanismos, que incluyen la supresión en la migración de células inflamatorias y por reducir la permeabilidad capilar, representan la piedra angular del tratamiento, presentado evolución rápida y satisfactoria en la mayoría de los pacientes, con tasas de éxito superiores al 90%. La cirugía solo es utilizada en casos muy particulares sobre todo en clínica obstructiva.<sup>1,4,6,9</sup>

## Conclusiones

La gastroduodenitis eosinofílica, es una enfermedad infrecuente, que amerita la exclusión de otras patologías que induzcan eosinofilia tisular, siendo confirmada a través de la histología. Presenta una rápida y favorable mejoría clínica con el tratamiento médico a base de esteroides.

## Clasificación

Área: gastroenterología pediátrica.

Tipo: clínico

Tema: gastroduodenitis eosinofílica.

Patrocinio: este trabajo no ha sido patrocinado por ningún ente gubernamental o privado.

## Referencias bibliográficas

1. Sachin. I, Chitra. HEosinophilic gastroenteritis: An unusual type of gastroenteritis. *World J Gastroenterol.* 2013;21(31): 5061-5066.
2. Fernández L y col. Gastroenteritis eosinofílica. Revisión a

propósito de dos nuevos casos. *Galicia Clin* 2010;71(3): 125-128

3. Triantafillidis JK et al. Eosinophilic gastroenteritis: Current aspects on etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment. *Annals of Gastroenterology* 2002;15(2):106-115.

4. González M y Col. Gastroenteritis Eosinofílica. Reporte del Primer Caso en Cuba. *Consideraciones Patogénicas. Rev. Cubana Med* 2001;40(1):78-84.

5. Sleissenger and Fordtran. *Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas.* 7 ma Edición. Tomo 2. cap. 100. pág 2103.

6. Madroñal N, Gil E. Gastritis eosinofílica: a propósito de un caso *MEDIFAM* 2003;13(2):111-115.

7. Martínez JJ y Col. Ileítis eosinofílica: caso infrecuente de obstrucción intestinal. *Rev Esp Enferm Dig.* 2002;94(4): 226-232.

8. Leal R et al. Unusual presentations of eosinophilic gastroenteritis: Two case reports. *Turk J Gastroenterol.* 2014;25: 323-329.

9. Gómez JB, Morales D. Gastroenteritis eosinofílica. Reporte de Caso. *Rev Soc Peru Med Interna.* 2010;23(4):171-175.

10. Mais L et al. Complicated course of eosinophilic gastroenteritis: a case report and literature review. *Rev Med Interne.* 2014;35(10):683-685.

