

# Colitis eosinofílica: reporte de un caso y revisión de la literatura

**Autores** Virginia Armas<sup>1</sup>, Laura Peña<sup>2</sup>, Carla Dias<sup>3</sup> , Jorge Landaeta<sup>2</sup>

**Afiliación** 1 Policlínica Metropolitana – GastroExpress. Caracas, Venezuela.  
2 Policlínica Metropolitana. Caracas, Venezuela.  
3 Clínica Santa Paula. Caracas, Venezuela.

Autora de Correspondencia: Carla Dias. Correo: [carladiasgastro@gmail.com](mailto:carladiasgastro@gmail.com) ORCID: [0000-0003-3359-3508](https://orcid.org/0000-0003-3359-3508)

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2021; 75(4): 194-197.  
© Sociedad Venezolana de Gastroenterología. Caracas, Venezuela- ISSN 2477-975X.

**Fecha de recepción:** 13/09/2021

**Fecha de revisión:** 22/10/2021

**Fecha de Aprobación:** 29/11/2021

## Resumen

La colitis eosinofílica (CE) es una entidad rara, que afecta principalmente a neonatos y adultos jóvenes, se caracteriza por infiltración eosinofílica de la pared del colon, dolor abdominal, diarrea y elevación de los eosinófilos en sangre, en los pacientes sintomáticos. Estas características diferencian la CE de la eosinofilia primaria de colon, la cual es asintomática y no requiere tratamiento. Además, la CE es un diagnóstico de exclusión, otras causas de eosinofilia de colon deben ser descartadas (Alergias, infecciones, drogas). El tratamiento inicial consiste en la dieta de restricción de alérgenos y dentro del arsenal farmacológico, se emplea prednisona, así como la budesonida y los inmunomoduladores en los casos refractarios, con lo cual se logra una adecuada respuesta. Presentamos el caso de un paciente femenino con diarrea crónica, dolor abdominal y eosinofilia que posterior a evaluación se diagnóstica CE.

**Palabras clave:** colitis eosinofílica, dolor abdominal, diarrea, dieta, esteroides.

## EOSINOPHILIC COLITIS: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

### Summary

Eosinophilic colitis (EC) is a rare entity, which mainly affects neonates and young adults, and is characterized by eosinophilic infiltration of the colon wall in symptomatic patients, with abdominal pain and diarrhea being the most frequent symptoms. They may have elevated blood eosinophils. These characteristics differentiate EC from primary colon eosinophilia, which does not require treatment. Furthermore, CE is a diagnosis of exclusion, other causes of colon eosinophilia must

be ruled out (allergies, infections, drugs). The initial treatment consists of the allergen-restriction diet and with in the pharmacological arsenal, prednisone is used, as well as budesonide and immunomodulators in refractory cases, with which an adequate response is achieved. We present the case of a female patient with chronic diarrhea, abdominal pain and eosinophilia who, after evaluation, was diagnosed with CE.

**Key words:** eosinophilic colitis, abdominal pain, diarrhea, diet, steroids.

## Introducción

La colitis eosinofílica (CE) es una enfermedad inflamatoria rara, que se caracteriza por infiltración eosinofílica de la pared del colon, incluida dentro de la enfermedad gastrointestinal eosinofílica (EGIE). El primer estudio de EGIE fue publicado por Kaijser en 1937<sup>1</sup>. En 1959, emergió la primera publicación sobre esta patología en la literatura inglesa. Dicho trabajo hizo referencia a un caso de colitis eosinofílica (EC)<sup>2</sup>.

La sintomatología digestiva de la colitis eosinofílica es muy variable e inespecífica; los síntomas clínicos predominantes son diarrea y dolor abdominal, otros síntomas menos frecuentes son: náuseas, vómito, desnutrición, trastornos de motilidad, obstrucción intestinal y ascitis eosinofílica. No existe un consenso histológico para establecer el diagnóstico de colitis eosinofílica, pero con un conteo de eosinófilos mayor a 40 por campo de mayor aumento en al menos dos segmentos colónicos diferentes, podría ser el criterio utilizado para el diagnóstico<sup>3</sup>.

## Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 50 años, sin antecedentes médicos conocidos, en particular niega

antecedentes de enfermedades atópicas, alergia alimentaria o a fármacos, además no refiere viajes recientes. Acude a nuestra consulta por presentar desde hace 3 meses aproximadamente episodios autolimitados de diarrea sin moco ni sangre, de 3 días de duración y en número de 4 – 5 /días, dolor abdominal difuso, a predominio de hemiabdomen inferior, punzante asociado a distensión abdominal y flatulencias. Al examen físico, la paciente se encontraba hemodinámicamente estable, temperatura a 36,5 °C, leve dolor abdominal a la palpación profunda de flanco y fosa derecha. Se realizan paraclínicos donde se evidencia eosinofilia 6% y el perfil diarreico dentro de límites normales.

Se realiza colonoscopia utilizando videocolonoscopio OLYMPUS CF-180HL, progresando desde ano hasta ciego, se franquea válvula ileocecal y se evalúan los últimos 20 cm de íleon terminal cuya mucosa se encuentra sin alteraciones macroscópicas aparentes y con vellosidades intestinales indemnes; resto de la mucosa evaluada sin alteraciones macroscópicas aparentes y con patrón vascular submucoso conservado, se toma biopsia de segmento cecoascendente y sigmoides para estudio histológico (Figura 1).

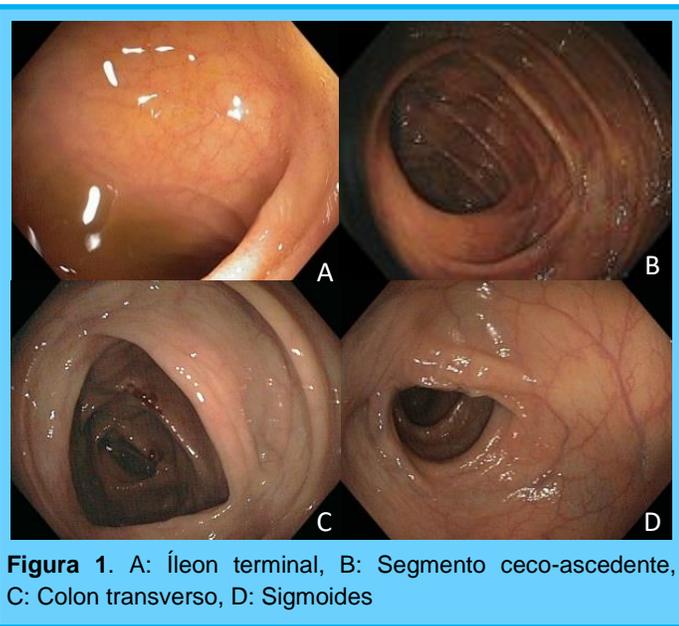


Figura 1. A: Íleon terminal, B: Segmento ceco-ascendente, C: Colon transverso, D: Sigmoides

El estudio anatomopatológico reporta arquitectura críptica conservada, secreción mucosa conservada, moderado infiltrado inflamatorio linfocitario con polimorfonucleares y eosinófilos, grado de actividad según clasificación de RUTTER: grado, conteo de eosinófilos más de 80 en 10 campos de mayor aumento (Figura 2).

Frente a la eosinofilia sanguínea, la presencia de eosinófilos en el estudio histológico de las biopsias colónicas, la negatividad del perfil diarrea y la ausencia de causas secundarias de eosinofilia colónica, se realiza el diagnóstico de colitis eosinofílica y se inicia en terapia con corticosteroides (prednisona) por vía oral con una dosis completa de 1 mg / kg / día durante 1 mes y luego disminuir durante 8 semanas asociado con la dieta de restricción (no soja, trigo, huevos,

lácteos, frutos secos, mariscos) durante 6 semanas y luego reintroducción gradual de cada producto.

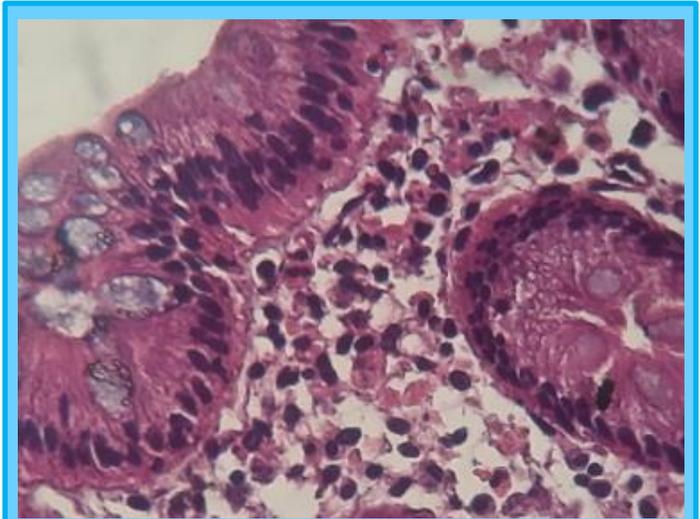


Figura 2. Anatomía patológica

La evolución con la corticoterapia y la dieta fue favorable con desaparición de los síntomas, tanto la diarrea como el dolor abdominal a partir de la primera semana de corticoterapia. En el control de hematológico a la 2ª semana de tratamiento mostró una disminución del nivel de eosinófilos en sangre a 3%. Se realizará control endoscópico al finalizar tratamiento y verificar mejora del conteo de eosinófilos.

Discusión

La colitis eosinofílica (CE) es una enfermedad rara incluida en el grupo de las EGIE, caracterizadas por una infiltración eosinofílica de la pared gastrointestinal, sin evidencia de otras causas de infiltración eosinofílica<sup>4,5</sup>. No existe consenso mundial respecto a los criterios diagnósticos de la CE; no obstante, se considera que para establecer dicho diagnóstico el paciente debe presentar síntomas gastrointestinales, eosinofilia en la hematología y el hallazgo histológico de infiltración eosinofílica en uno o varios segmentos del colon. En el caso de pacientes asintomáticos con un aumento significativo de eosinófilos colónicos, se prefiere hablar de eosinofilia primaria del colon (EPC)<sup>6</sup>.

La CE, parece tener una distribución por edades bimodal, con un primer pico en los recién nacidos y un segundo pico en los adultos (30 – 50a)<sup>7,8</sup>. Una revisión reciente de una base de datos poblacional en los EEUU, que incluyó más de 35 millones de niños y adultos, informó una prevalencia general de CE de 2,1 por 100.000 habitantes, con una prevalencia de 2,3 por 100.000 en adultos y 1,6 por 100.000 en niños<sup>9</sup>.

La etiología de la CE es poco conocida, varios estudios sugieren un componente alérgico importante, en particular alergias alimentarias, que provoca una respuesta inmune tipo-Th2 que conduce a la producción de citocinas, tales como interleucinas, IL-4, IL-5, IL-13 y eotaxinas-3. Esta da como resultado

eosinofilia intestinal, que además causa inflamación mediante la liberación de proteínas catiónicas tóxicas<sup>10</sup>. Puede probablemente ser una enfermedad mediada tanto por IgE como no mediada por IgE<sup>4</sup>.

Los síntomas que presenta el paciente con CE dependen de la capa colónica comprometida. La CE con compromiso de la mucosa (forma más común), se asocia con lesión de la mucosa y se presentan con dolor abdominal, náuseas, vómito, diarrea y desnutrición (malabsorción y enteropatía perdedora de proteínas). La enfermedad transmural, menos frecuente, se presenta con engrosamiento de la pared del colon y cursan con obstrucción intestinal aguda (invaginación intestinal o vólvulo cecal), trastornos de motilidad o incluso perforación; si la capa serosa se encuentra comprometida, se puede presentar una ascitis eosinofílica<sup>11,12</sup>.

La progresión de la enfermedad en la CE es variable: algunos pacientes tienen un solo episodio sin recaída, mientras que otros se ven afectados por una enfermedad remitente -recurrente o crónica. En particular, el tipo mucoso parece estar asociado con síntomas persistentes crónicos sin remisión, el tipo muscular se asocia con recurrencia y recaídas de los síntomas, mientras que el tipo seroso tiene el mejor pronóstico con un solo brote y generalmente sin recaídas<sup>13</sup>. La colitis eosinofílica en lactantes es relativamente benigna, con frecuencia es una entidad relacionada con los alimentos y la eliminación dietética del agresor a menudo resuelve el trastorno en días, mientras que los pacientes adolescentes o mayores requieren un tratamiento médico más agresivo.

El diagnóstico de colitis eosinofílica es un diagnóstico de exclusión, se basa en la asociación de síntomas gastrointestinales, elevación de eosinófilos en sangre y la demostración de infiltración eosinofílica en las biopsias. En la mayoría de los casos la endoscopia una mucosa generalmente normal, o pueden observarse hallazgos endoscópicos inespecíficos, como áreas parcheadas de mucosa congestiva, eritema puntiforme, lesiones elevadas, mucosa pálida de aspecto granular y ulceraciones tipo afta, aunque estos hallazgos son infrecuentes<sup>14</sup>. Los resultados de las imágenes (tomografía) son inespecíficos y puede mostrar engrosamiento de la pared colónica, así como ascitis en algunos casos.

Desde el punto de vista histológico, se ha evidenciado la presencia de edema, degranulación de eosinófilos, abscesos crípticos e hiperplasia nodular linfoide, con afectación de la submucosa y muscularis mucosae, además distribución anormal de eosinófilos, que normalmente son más abundantes en el colon derecho. Un valor de referencia para establecer un exceso de eosinófilos es >50/HPF en el colon derecho, >35/HPF en el colon transversal y >25/HPF en el colon izquierdo<sup>15</sup>. Sin embargo, estos números de eosinófilos son sugerencias derivadas de series de casos y aún no se han validado en poblaciones diferentes, como es el caso para la esofagitis eosinofílica<sup>16</sup>.

La CE primaria es un diagnóstico de exclusión, entre los principales diagnósticos diferenciales se encuentran infecciones parasitarias por helmintos, uso de fármacos como

como clozapina, carbamazepina, rifampicina, oro, naproxeno y tacrolimus. La CE también puede estar asociada con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), enfermedad celíaca y enfermedades autoinmunes (lupus eritematoso, esclerodermia, síndrome de Churg-Strauss y poliarteritis nodosa), leucemia, linfoma y con el síndrome de hipereosinofilia<sup>17</sup>.

El tratamiento de la enterocolitis eosinofílica sigue siendo un desafío en ausencia de recomendaciones específicas, ya que hasta la fecha no hay ensayos clínicos controlados sobre un tratamiento específico. Una alta proporción de casos de CE están asociados con la alergia alimentaria; por lo tanto, se debe indicar una "dieta de restricción de seis alimentos", evitando lácteos, soja, huevos, trigo, frutos secos y mariscos. Los corticosteroides son la terapia de elección para la inducción de remisión siendo la prednisona la más utilizada, con una dosis inicial de 0.5-1 mg/kg durante 1 mes y luego disminuir durante 6-8 semanas. En el caso de recaídas se requiere una dosis de mantenimiento de 1 a 10 mg/día de prednisolona<sup>13</sup> o budesonida que tiene un mejor perfil de seguridad. Otras terapias inmunomoduladoras se han descrito e incluyen inhibidores de mastocitos como cromoglicato, ketotifeno, antagonistas del receptor de leucotrienos, anticuerpos anti-IL-5, omalizumab y anticuerpos monoclonales anti-IgE; y parecen ser útiles en el tratamiento de síntomas recurrentes o refractarios<sup>18</sup>.

La CE en los adultos es considerada un trastorno crónico con períodos de actividad y de remisión. Estudios con seguimientos a largo plazo han demostrado que hasta el 30% de los pacientes tienen remisiones espontáneas, el 60% responden a esteroides o dieta y hasta un 10% presentan una enfermedad refractaria<sup>4,19</sup>.

En conclusión, la CE es una entidad que rara vez se describe y aún sigue siendo un diagnóstico de exclusión, por lo que es necesario realizar más estudios para definir mejor los criterios diagnósticos y la actitud terapéutica ante la colitis eosinofílica.

## Referencias

1. Kaiser R. Zur Kenntnis der allergischen Affektionen des Verdauungskanalstrahmens. Archiv für Klinische Chirurgie. 1937;188: 36-64.
2. Dunstone GH. A case of eosinophilic colitis. Br J Surg. 1959;46(199): 474-76.
3. Gilles Macaigne Adult eosinophilic colitis. Hepato-Gastro & Digestive Oncology. 2018; 25: 792-802.
4. Alfadda AA, Storr MA, Shaffer EA. Eosinophilic colitis: epidemiology, clinical features, and current management. Therap Adv Gastroenterol. 2011; 4:301-09.
5. Alfadda AA, Shaffer EA, Urbanski SJ, Storr MA. Eosinophilic colitis is a sporadic self-limited disease of middle-aged people: a population-based study. Colorectal Dis 2014; 16:123-29.
6. Turner KO, Sinkre RA, Neumann WL, Genta RM. Primary Colonic Eosinophilia and Eosinophilic Colitis in Adults-. Am J Surg Pathol 2017;41: 225-33.

7. Jensen ET, Martin CF, Kappelman MD, Dellon ES. Prevalence of eosinophilic gastritis, gastroenteritis, and colitis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2016; 62:36–42.
8. Díaz del Arco C, Taxonera C, Olivares D, Fernández Acenero MJ. Eosinophilic colitis: case series and literature review. *Pathol Res Pract* 2018; 214:100–104.
9. Mansoor E, Saleh MA, Cooper GS. Prevalence of eosinophilic gastroenteritis and colitis in a population based study, from 2012 to 2017. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2017; 15:1733–41.
10. Cherian ET, Zhang HC, Guttenberg KB, Everett JM, Guha S. Looking Beyond the Obvious: Eosinophilic Enterocolitis. *Am J Med* 2018;131: e227-e229.
11. Dionísio de Sousa IJ, Bonito N, Pais A, Gervásio H. Eosinophilic colitis. *BMJ Case Rep*. 2016: bcr2016214496. doi: 10.1136/bcr-2016-214496.
12. Alhmoud T, Hanson JA, Parasher G. Eosinophilic Gastroenteritis: An Underdiagnosed Condition. *Dig Dis Sci*. 2016 ;61(9):2585-92.
13. Pineton de Chambrun G, Gonzalez F, Canva JY, Gonzalez S, Houssini, Desreumaux P, et al. Natural history of eosinophilic gastroenteritis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2011; 9:950–96.
14. Turner KO, Sinkre RA, Neumann WL, Genta RM. Primary Colonic Eosinophilia and Eosinophilic Colitis in Adults-. *Am J Surg Pathol* 2017;41: 225–33.
15. Turner KO, Sinkre RA, Neumann WL, Genta RM. Primary colonic eosinophilia and eosinophilic colitis in adults. *Am J SurgPathol*2017;41: 225–33.
16. Conner JR, Kirsch R. The pathology and causes of tissue eosinophilia in the gastrointestinal tract. *Histopathology*2017;71:177–99.
17. G. Impellizzeri et al. Eosinophilic colitis: A clinical review *Digestive and Liver Disease* 51 (2019) 769–773
18. Bouchrit S, Errami AA, Samlani Z, Oubaha S, Krati K (2021) Unusual cause of acute abdominal pain: Eosinophilic colitis case report and review of the literature. *Arch Clin Gastroenterol* 7(1): 015-017.
19. Alhmoud T, Hanson JA, Parasher G. Eosinophilic Gastroenteritis: An Underdiagnosed Condition. *Dig Dis Sci*. 2016; 61(9):2585-92.