

Colitis eosinofílica

Eosinophilic colitis

Dr. David Martínez Pérez, Dr. Miguel A. Yanes Quesada, Dra. Julieta Sánchez Ruiz, Dra. Yamilé Roselló Azcanio, Dr. Carlos Domínguez Álvarez, Dr. Rubén Ernesto Jardines Cantillo

Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

RESUMEN

La gastroenteritis eosinofílica es una enfermedad rara que se caracteriza por la presencia de eosinofilia hística que afecta diferentes capas de la pared intestinal por lo que desde el punto de vista histológico se clasifica en mucosa, muscular o serosa, según la capa de la pared intestinal en la que predomine el infiltrado. Puede localizarse en cualquier porción del tubo digestivo, pero excepcionalmente en el colon. Se presentó un caso de colitis eosinofílica en un paciente de 26 años de edad con síndrome diarreico crónico. Se exponen datos clínicos y estudios patológicos. Se revisó el tema.

Palabras clave: Eosinofilia, colitis, enfermedad gastrointestinal.

ABSTRACT

The eosinophilic gastroenteritis is a rare disease characterized by presence of histic eosinophilia involving different layers of the intestinal wall classified from the histological point of view in mucosa, muscular or serous, according to the layer of the intestinal wall with predominance of infiltrate. It may be located in any portion of the digestive tract, but exceptionally in the colon. This the case of eosinophilic colitis in a patient aged 26 with chronic diarrheic syndrome. Clinical data and pathologic studies results are showed. This matter was reviewed.

Key words: Eosinophilia, colitis, gastrointestinal disease.

INTRODUCCIÓN

La gastroenteritis eosinofílica fue descrita, por primera vez, en 1937,^{1,2} es una enfermedad poco común caracterizada por un infiltrado eosinofílico que puede comprometer las diferentes capas de la pared del tubo digestivo.³ Se desconoce su causa y los mecanismos patogénicos, se ha postulado con fuerza la causa alérgica porque en gran número de pacientes se recogen antecedentes personales y familiares de atopia.⁴ La eosinofilia periférica solo se encuentra en 20 % de los pacientes.¹ Los hallazgos clínicos dependen de la capa predominante de la pared intestinal comprometida, puede afectar cualquier área del tracto gastrointestinal, desde el esófago hasta el recto, el estómago y el intestino delgado son las localizaciones más frecuentes, raramente se circunscribe al colon.⁵

Criterios para diagnosticar eosinofilia periférica²

1. Síntomas gastrointestinales.
2. Infiltración eosinofílica de una o más áreas del tubo digestivo, demostrada mediante biopsias.
3. Ausencia de infiltración eosinofílica de otros órganos fuera del tubo digestivo.
4. Ausencia de infestación parasitaria.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Motivo de ingreso: Diarreas.

Historia de la enfermedad actual: Paciente masculino de 26 años de edad y de procedencia urbana. Refiere que desde hace 3 años viene presentando diarreas líquidas, abundantes en cantidad y frecuencia, de 4 a 5 deposiciones al día, se acompañan de cólico abdominal que se alivia tras defecar, las deposiciones no tienen sangre, ni moco ni flemas. Durante este tiempo ha evolucionado a forma de recidiva de meses y remisión de semanas, en el último mes se ha exacerbado el cuadro con la aparición de fiebre de 39 °C que no es precedida de pródromos y, en ocasiones, disminuye con la administración de dipirona vía oral, también ha perdido alrededor de 12 kg de peso sin relación con dieta.

Antecedentes patológicos personales: No refiere.

Antecedentes patológicos familiares: Madre con hipotiroidismo.

Reacción alérgica a medicamentos: No refiere.

Transfusiones previas: No refiere.

Operaciones previas: Apendicectomizado en el 2009. Sin complicaciones.

Hábitos tóxicos: No refiere.

Datos positivos al examen físico

Peso: 50 kg. Talla: 169 cm. IMC: 17,5 kg/m².

Abdomen: Se observa cicatriz de aproximadamente 2 cm en fosa iliaca derecha en relación con apendicetomía, el abdomen es excavado, blando, doloroso a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha, no se palpa tumoración ni visceromegalia.

Exámenes complementarios realizados

Hemograma

Hemoglobina: 118 g/L; hematócrito: 0,382 L/L; leucocitos: $6,5 \times 10^9/L$ (leucocitos: 12,3 %; neutrófilos: 67,2 %; linfocitos: 22,3; monocitos: 6,9 %; eosinófilos: 2,6 %; basófilos: 1 %); plaquetas: $417 \times 10^9/L$.

Química sanguínea

Glucemia: 4,3 mmol/L; creatinina: 84 $\mu\text{mol/L}$; urea: 3,9 mmol/L; proteínas totales: 82 g/L; albúmina: 34,8 g/L; ASAT: 14,5 U/L ALAT: 31,7 U/L; LDH: 107 U/L; GGT: 48 U/L.

Proteína C reactiva: 74,53 mg/L.

Anticuerpos para VIH: Negativo.

VDRL: No reactivo.

K: 3,42 mmol/L; Na: 139,6 mmol/L.

Heces fecales: Negativo en 3 ocasiones y en días alternos.

Coprocultivo: Negativo.

Estudios de imagen

Ultrasonido de hemiabdomen superior (US-HAS): Hay engrosamiento difuso de las paredes del colon derecho que llegan a tener un grosor de 6 mm, el cual se encuentra ocupado por abundante material fecal y aire, la peristalsis es pobre, y el aspecto, inflamatorio crónico (colitis). Se observa engrosamiento de las paredes del ilion terminal el cual se encuentra fijo, se aprecia alteración de la grasa que lo rodea. Hay ligera hepatomegalia difusa, engrosamiento de los pliegues mucosos gástricos. La vesícula, los riñones, el bazo y el páncreas tienen aspecto normal.

Estudios endoscópicos

Endoscopia oral superior: Pangastritis eritematosa moderada, esofagitis distal grado I (Savary Miller). Se toma muestra de primeras asas de yeyuno para biopsia.

Biopsia de yeyuno: Yeyunitis crónica inespecífica.

Colonoscopia video: Se introduce el colonoscopio hasta visualizar el ciego y la válvula ileocecal, ambos de características normales. Se realizan intentos por pasar la válvula ileocecal, pero resultan infructuosos, se observan múltiples formaciones blanquecinas ligeramente elevadas, diseminadas, de 2-3 cm en el resto del colon, algunas de ellas cubiertas con flemas y secreciones blanquecinas. En algunos segmentos hay pérdida del patrón vascular. Conclusiones: Colitis inespecífica. Observaciones: Se tomaron múltiples muestras de las lesiones para biopsias (Figs. 1, 2, 3, 4 y 5).

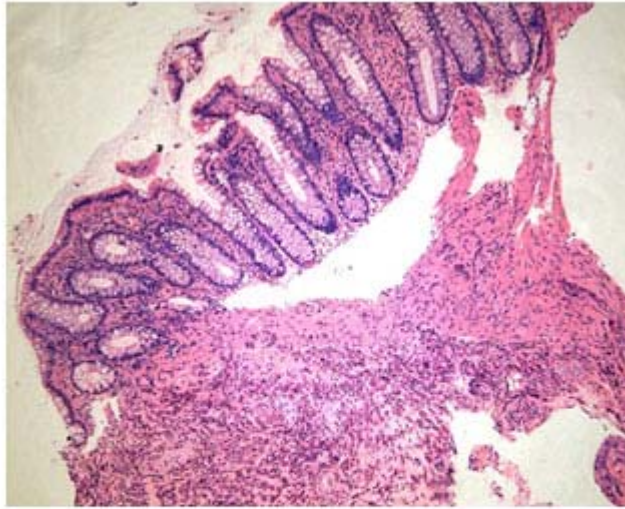


Fig. 1. Imagen microscópica de biopsia de colon en la que se aprecia infiltrado inflamatorio denso y difuso de la submucosa, constituido por eosinófilos. H/E x10.

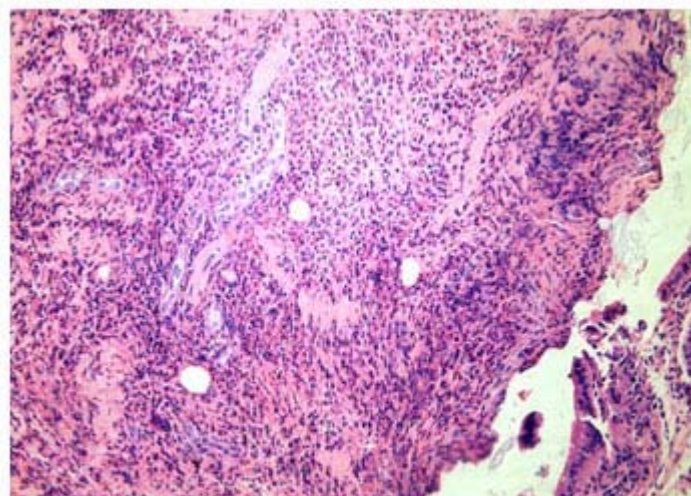


Fig. 2. Biopsia de colon: infiltración difusa de la submucosa por eosinófilos. H/E x10.

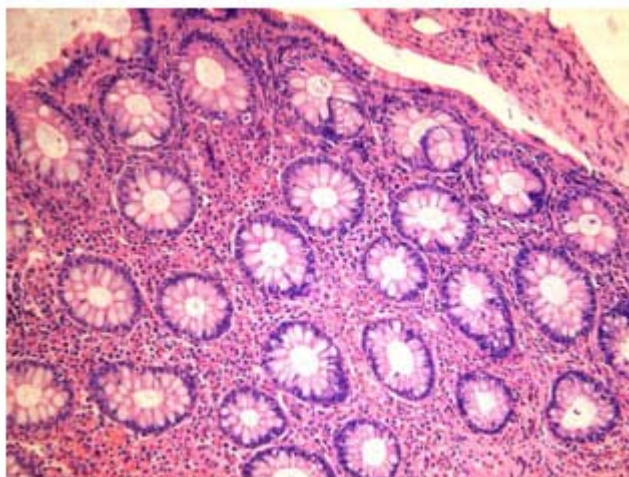


Fig. 3. Biopsia de colon; infiltración difusa de la lámina propia por eosinófilos. H/E x 20.

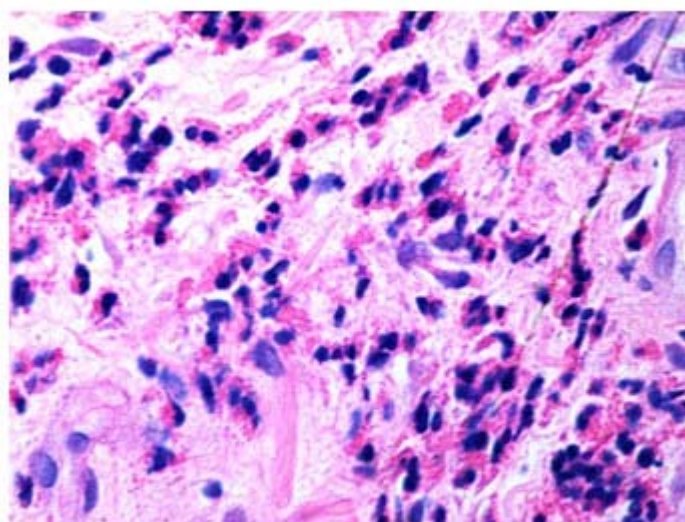


Fig. 4. Biopsia de colon; infiltrado difuso de eosinófilos y presencia de cristales de Charcot Leyden. H/E x 40.

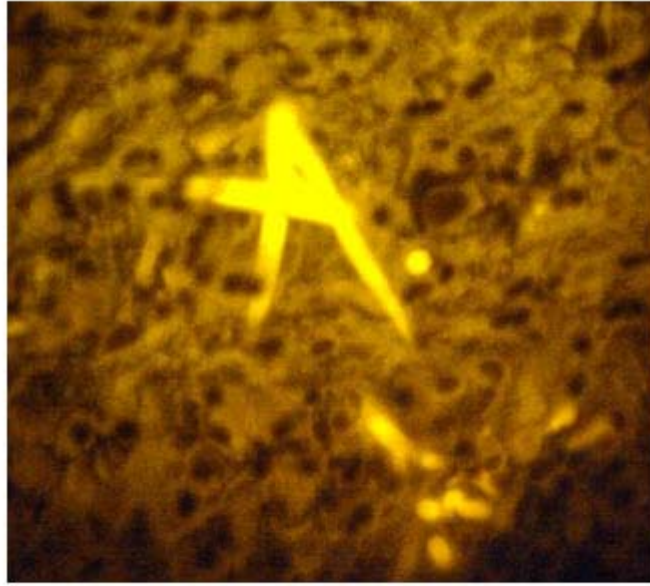


Fig. 5. Cristales de Charcot Leyden con fluorescencia directa.

Biopsias de colon: Colitis eosinofílica.

Tratamiento: Se impuso tratamiento con prednisona, 40 mg al día, se logró remisión de los síntomas a los 15 d y evolución favorable en el seguimiento mensual.

COMENTARIO

La gastroenteritis eosinofílica tiene su nombre específico de acuerdo con el área del sistema digestivo donde se encuentra el mayor número de infiltración hística de eosinófilos, por lo que nos podemos encontrar:

- Esofagitis eosinofílica (EE), en la cual la infiltración eosinofílica está confinada en el esófago.
- Duodenitis eosinofílica: cuando la infiltración está limitada al duodeno.
- Gastroenteritis eosinofílica: si la infiltración es en el estómago y el intestino delgado, este último, es la región afectada con mayor frecuencia.
- Colitis eosinofílica (CE): la porción del intestino afectada es el colon.

Tipos de patrones de gastroenteritis eosinofílica

- Tipo I. Afecta a los niños y la infiltración eosinofílica se encuentra con mayor frecuencia por debajo de la submucosa y muscularis de la región del antro del estómago, en menor medida en el intestino delgado y colon. Típicamente los pacientes presentan cuadros de oclusión intestinal y el antecedente personal o familiar de alergia a alimentos es menos relevante que en los pacientes con un patrón tipo II.

- Tipo II. Las capas afectadas son la mucosa y la submucosa y cursa con cólicos abdominales, náuseas, vómitos, diarreas y pérdida de peso, generalmente se recoge el antecedente personal o familiar de alergia a alimentos. Puede cursar dando un síndrome de malabsorción y como consecuencia, trastornos en el crecimiento y desarrollo, además de trastornos menstruales.

- Tipo III. Se observa afectación de la serosa por lo que la ascitis es lo más encontrado.

En la esofagitis eosinofílica, los síntomas están dados por la inflamación, se describe la disfagia y la odinofagia como los síntomas más frecuentemente descritos.

La colitis eosinofílica cursa con síntomas digestivos bajos como fiebre, diarreas, enterorragia, constipación, pseudo-oclusión e, inclusive, oclusión intestinal, tiene una forma atípica de presentación, produce dolor abdominal intenso en la fosa iliaca derecha que se puede confundir con una apendicitis aguda.

Nuestro paciente tiene el antecedente de un cuadro de dolor abdominal agudo en fosa iliaca derecha que fue interpretado como una apendicitis aguda en el año 2009, no podemos descartar que el cuadro presentado pudiera ser parte de la misma enfermedad. En la literatura revisada se reporta un caso que tuvo una forma clínica de presentación parecida, que mediante el estudio anatomopatológico se concluyó como gastroenteritis eosinofílica, por lo que se ha propuesto esta entidad como diagnóstico diferencial en el abdomen agudo.⁶

El tratamiento de la colitis eosinofílica ha variado conforme al desarrollo de la medicina, en un principio se utilizaron antihistamínicos H1 como el ketotifeno, 2 a 4 mg al día, después se incorporó al tratamiento el cromoglicato de sodio a una dosis de 800 mg al día, pero por la pobre respuesta en los casos estudiados se han dejado como medicamentos de segunda línea. Con la incorporación de los antagonistas de los leucotrienos, suplatast tosilate, anticuerpos anti-interleucina 5 y omalizumab, se ha tratado de evitar el uso de corticosteroides, pero la escasa evidencia demostrada a favor de los primeros no es aún concluyente. Lo cierto es que los corticosteroides siguen siendo el tratamiento con mayor efectividad en la remisión de los síntomas de esta enfermedad.⁷

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Talley NJ. Eosinophilic gastroenteritis. En: Feldman M, Scharschmidt BF, Sleisenger MH, editores. Gastrointestinal and Liver Disease. Philadelphia: WB Saunders; 1998. p. 1679-88.
2. Redondo Cerezo E, Moreno Platero JJ, García Domínguez E. Eosinophilic gastroenteritis presenting as an obstructing cecal mass: comments to a report, literature review and our own experience. Am J Gastroenterol. 2000;95:3655-6.
3. Ruiz Montes F, Reñé Espinet JM, Rubio Caballero M. Gastroenteritis eosinofílica: revisión de los casos publicados en España y comparación con la literatura extranjera. Rev Esp Enferm Dig. 1992;81:270-9.

4. Verdaguer J, Corominas M, Bas J, Walls A, Mestre M, Romeu A, et al. IgE antibodies against bovine serum albumin in a case of eosinophilic gastroenteritis. *Allergy*. 1993;48:542-6.
5. Klein NC, Hagrove RL, Sleisenger MH, Jeffries GH. Eosinophilic gastroenteritis. *Medicine (Baltimore)*. 1970;49:299-319.
6. Yun MY, Cho YU, Park IS. Eosinophilic gastroenteritis presenting as small bowel obstruction: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol*. 2007;13:1758.
7. Aceves SS, Furuta GT, Spechler SJ. Integrated approach to treatment of children and adults with eosinophilic esophagitis. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2008;18:195.

Recibido: 15 de septiembre de 2011.
Aprobado: 17 de noviembre de 2011.

Dr. *David Martínez Pérez*. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras", San Lázaro No. 701 entre Belascoaín y Marqués González, Centro Habana, La Habana, Cuba. CP 10300. medint10a@hha.sld.cu