



PRESENTACIÓN DE CASO

Colitis eosinofílica

Eosinophilic colitis

Bárbara María Esquijarosa Roque^{1*} <http://orcid.org/0000-0002-5489-3153>
Ana Mercedes Guillén Cánovas¹ <http://orcid.org/0000-0002-2471-9576>
Emilio Andrés Rodríguez Ramírez¹ <http://orcid.org/0000-0001-5627-3049>
Luis Enrique Echevarría Martínez² <http://orcid.org/0000-0003-0993-7556>
Lázaro Osmani Rico Esquijarosa³ <http://orcid.org/0000-0003-1231-0287>

¹ Universidad Ciencias Médicas de Pinar del Río. Hospital Pediátrico Provincial Docente Pepe Portilla. Pinar del Río, Cuba.

² Universidad Ciencias Médicas de Pinar del Río. Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río, Cuba.

³ Universidad Ciencias Médicas de Pinar del Río. Facultad de Ciencias Médicas Ernesto Guevara de la Serna. Pinar del Río, Cuba.

*Autor para la correspondencia: barby65@infomed.sld.cu

Recibido: 24 de enero 2019

Aceptado: 30 de mayo 2019

Publicado: 1 de julio 2019

Citar como: Esquijarosa Roque BM, Guillén Cánovas AM, Rodríguez Ramírez EA, Echevarría Martínez LE, Rico Esquijarosa LO. Colitis eosinofílica. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2019 [citado: fecha de acceso]; 23(4): 567-577. Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3886>

RESUMEN

Introducción: la colitis eosinofílica es un trastorno gastrointestinal caracterizado por un infiltrado inflamatorio en colon y recto, con predominio de eosinófilos, su clínica se manifiesta en dependencia de la capa del epitelio intestinal afectada, la afectación exclusiva del colon es excepcional, se muestra con obstrucción intestinal y es una



enfermedad de difícil diagnóstico, donde el estudio histológico es concluyente. Se presenta de uno a 20 habitantes por cada 100 000, la etiología es poco clara, se ha determinado que hay un componente genético y alérgico importante. Los corticoesteroides son el tratamiento de primera elección.

Presentación del caso: paciente de 12 años de edad, ingresa por dolor y distensión abdominal, evolucionó con signos clínicos y radiológicos de un íleo mecánico con empeoramiento progresivo, por lo que se decidió laparotomía exploradora y toma de biopsia de colon. Se le diagnosticó colitis eosinofílica, se le trató con corticoesteroides. Mostró una evolución satisfactoria a las 72 horas, con regresión del cuadro clínico.

Conclusión: es una patología rara y poco estudiada que, de forma menos frecuente, afecta la capa muscular en forma de obstrucción intestinal, por lo que se debe tener en cuenta como diagnóstico diferencial de abdomen agudo en los pacientes pediátricos.

DeCS: PEDIATRÍA.COLITIS; OBSTRUCCIÓN INTESTINAL; EOSINOFILIA, DIARREA.

ABSTRACT

Introduction: eosinophilic colitis is a gastrointestinal disorder characterized by an inflammatory infiltration in the colon and rectum, with predominance of eosinophils, its clinical manifestation depends on the affected intestinal epithelium layer, the exclusive affection of the colon is exceptional, intestinal obstruction is the most evident manifestation and it is a disease of complex diagnosis, where the histological study is conclusive. It is present from 1 to 20 inhabitants per 100.000, its etiology is imprecise, it has been determined that there is an important genetic and allergic component. Corticosteroids are the treatment of first choice.

Case report: a 12-year-old patient, presented abdominal pain, distension and was admitted, evolved with clinical and radiological signs of a mechanical ileus with progressive worsening, it was decided an exploratory laparotomy and colon biopsy. The patient was diagnosed with eosinophilic colitis and treated with corticosteroids, showing a satisfactory progression at 72 hours, with regression of the clinical chart.

Conclusion: it is rare and little study pathology, not frequently found, it affects the muscular layer as a type of intestinal obstruction, this should be taken into account as a differential diagnosis of acute abdomen in pediatric patients.

MeSH: PEDIATRICS; COLITIS; INTESTINAL OBSTRUCTION; EOSINOPHILIA; DIARRHEA.

INTRODUCCIÓN

Los desórdenes eosinofílicos gastrointestinales descritos por primera vez por Kaijser en 1937, son un grupo heterogéneo de trastornos poco frecuentes que afectan tanto a niños como adultos, sin preferencia de género. Se caracterizan por la presencia de un intenso infiltrado eosinofílico en la histopatología de uno o múltiples segmentos desde el esófago hasta el recto, donde se describen trastornos órgano específicos: esofagitis, gastritis, gastroenteritis y colitis eosinofílica (CE), en dependencia de la zona afectada y en ausencia de causas conocidas de eosinofilia tisular (reacciones medicamentosas, infecciones parasitarias, malignidad, enfermedades extraintestinales).^(1,2,3)



La afectación de colon y recto (colitis eosinofílica), tiene una baja incidencia y se presenta de uno a 20 habitantes por cada 100,000, la etiología es poco clara, pero se ha determinado que hay un componente genético y alérgico importante: el 16 % de los pacientes presentan familiares con desórdenes similares, el 80 % tienen evidencia de atopia y el 62 % sensibilidad alimentaria; esta última provocada por la alergia a la proteína de leche de vaca, es la más frecuente.^(1,3,4)

En el tracto gastrointestinal es habitual encontrar eosinófilos encargados de la inmunidad innata parasitaria, regulación de linfocitos, presentación de antígenos y vigilancia tumoral. El reclutamiento de los eosinófilos desde la circulación periférica hasta los tejidos, se logra por la IL-5, una citoquina producida por células Th2 que induce el crecimiento, diferenciación, activación y supervivencia de los eosinófilos, estos a su vez poseen diversas citocinas, quimiocinas (eotaxin 1), que al liberarse producen daño tisular con inflamación crónica y posterior fibrosis; mecanismos responsables del desarrollo de la enfermedad.^(3, 5,6)

Las manifestaciones clínicas son variables y los síntomas están condicionados por la capa intestinal que esté infiltrada por eosinófilos. La enfermedad que predomina en mucosa es la forma más común de la enterocolitis eosinofílica que ocasiona enteropatía perdedora de proteína, dolor abdominal, náuseas, vómitos, malabsorción, malnutrición, y diarrea sanguinolenta. En la muscularis propia prevalece la enfermedad que se manifiesta con obstrucción intestinal y engrosamiento de la pared intestinal, esto ocasiona invaginación intestinal, perforación y vólvulos; la manifestación clínica en serosa es la presencia de ascitis secundaria a la inflamación local que afecta al peritoneo visceral adyacente.^(3,4,6)

La eosinofilia periférica está ausente en casi el 20 % de los pacientes, por lo que no se considera un criterio diagnóstico.⁽⁷⁾

Los cambios endoscópicos son inespecíficos, pues pueden presentarse edema, pérdida del patrón vascular normal, eritema en parches, hiperplasia linfonodular e incluso, ulceraciones superficiales, y en algunos casos la mucosa puede tener una apariencia normal.^(3,4)

La biopsia suele evidenciar grupos de eosinófilos que infiltran la lámina propia, es frecuente que sea extensivo a la submucosa a través de la muscular propia, y con un gradiente eosinofílico de proximal a distal, con la mayor densidad (mayor de 20/campo de alto poder) sobre todo en el ciego.⁽⁴⁾

Los corticoesteroides son el tratamiento de primera elección con excelentes resultados y tolerancia, en especial las formas con afectación serosa y muscular en las que se consigue la reversión de los cuadros obstructivos en pacientes que ha sido diagnosticados, sin necesidad de tratamiento quirúrgico.^(4,7)

Un número importante de pacientes con gastroenteritis eosinofílica permanecen sin diagnóstico o no son reportados, por lo que se requiere una alta sospecha diagnóstica. La localización más frecuente es la gástrica y duodenal, la afectación exclusiva del colon



excepcional y la toma de su capa muscular en forma de obstrucción intestinal es la menos frecuente; ^(6, 7,8) por lo que se consideró importante presentar este caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina, de la raza blanca, 12 años de edad, con antecedentes de episodio de dolor y distensión abdominal. Es evaluada en el servicio de urgencia del Hospital Pediátrico Docente Pepe Portilla de Pinar del Río, por dolor en región lumbar que se irradiaba al hipogastrio, de cinco días de evolución.

Síntomas: intensificación del dolor abdominal, rechazo al alimento, vómitos postprandiales precoz y temperatura de 37,4°C.

Examen físico: piel pálida, boca seca, abdomen: ligeramente distendido en hipogastrio, suave, depresible, no reacción peritoneal, timpánico a la percusión, aislados ruidos hidroaéreos.

Por tal motivo, se interconsulta el caso con el servicio de cirugía y radiología.

Se le realizan exámenes complementarios:

Ultrasonido abdominal: se constata escasa cantidad de líquido libre en cavidad, que bordea la cara posterior del bazo, desde el polo superior y en ángulo parieto-cólico derecho e inter-asas. Gran cantidad de gases que ocupan todo el epigastrio y mesogastrio. Hígado de tamaño normal, con aumento de la ecorrefrigencia perivascular hepática. Vejiga vacía.

Rx abdomen simple: se visualizan asas intestinales gruesas, distendidas de forma marcada, en toda su extensión (fig.1), con edema de su pared. En la vista de pie, presencia de niveles hidroaéreos en escalera, y gas en la proyección de la excavación pélvica (fig.2).



Fig. 1 Rx abdomen simple: asas intestinales gruesas distendidas.



Fig. 2 Rx abdomen simple: niveles hidroaéreos, presencia de gas en la proyección de la excavación pélvica.

Analíticas completas de sangre y de heces: normal.

Por el estado clínico de la paciente, con signos clínicos y radiológicos de un íleo mecánico, se decide traslado a unidad de cuidados intensivos pediátricos (U.C.I.P.), con el siguiente tratamiento: vía oral suspendida, sonda nasogástrica abierta a bolsa, oxigenación por catéter nasal, sonda rectal, administración de volumen a 20 cc/kg.

A las dos horas de ingreso en UCIP persisten los signos de deshidratación, a pesar del aporte de volumen en cantidad de 45 ml/kg/h, el abdomen se mantiene distendido y doloroso a la palpación, con ruidos hidroaéreos de lucha. Se decide realizar radiografía de abdomen simple anteroposterior y lateral evolutiva, donde se observa gran dilatación de asas intestinales, con edema interasas, presencia de niveles hidroaéreos, no gas en recto. Se discute en conjunto con cirugía y es llevada al quirófano con diagnóstico presuntivo de obstrucción intestinal mecánica.

Informe operatorio: marcada distensión de todo el colon, con prevalencia del sigmoide y colon descendente (fig.3). Se revisa de manera externa todo el intestino delgado y grueso (fig.4) y no se encuentra lesión orgánica de pared, ni brida congénita como causa de la distensión. Se toma muestra para biopsia.



Fig. 3 marcada distensión de todo el colon

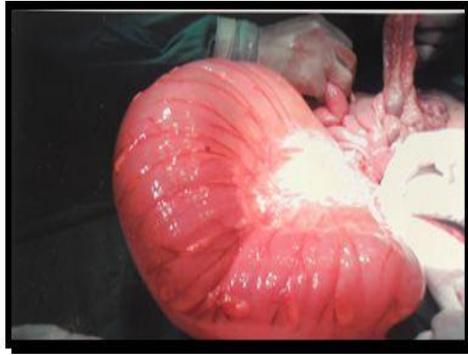


Fig. 4 Revisión externa de todo intestino delgado y grueso.

Por los hallazgos encontrados en la cirugía se realiza evaluación conjunta con cirugía, gastroenterología, y ante la sospecha de enterocolitis eosinofílica se inicia tratamiento esteroideo con una mejoría clínica y radiológica a las 72 horas. Durante su estadía hospitalaria se recibe informe de la biopsia.

Informe: fragmento de mucosa con extensión a la capa muscular colónica, que muestra infiltración intensa, de eosinófilos, en toda la pared. (Fig.5) Presencia de células ganglionares maduras.

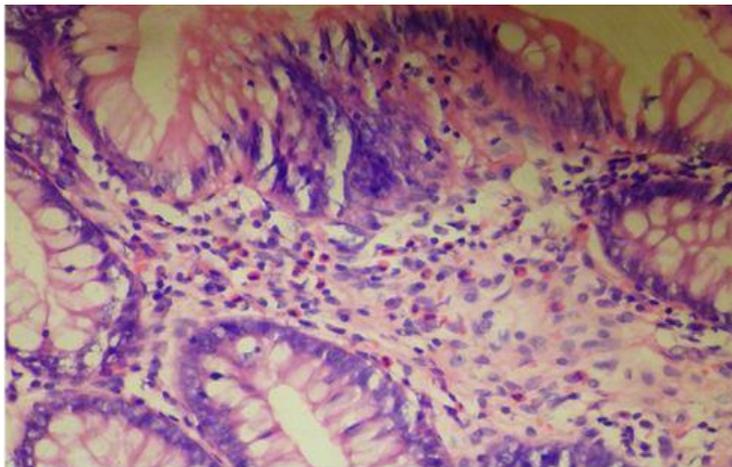


Fig. 5 biopsia intestinal. Infiltración intensa de eosinófilos.

DISCUSIÓN

La infiltración exclusiva del colon, es una enfermedad rara, que afecta cualquier grupo de edad, pero en la infancia tiene una distribución bimodal; un primer pico en lactantes, desde recién nacidos hasta los dos o tres meses, y un segundo pico de los 10 años en adelante, coincidente con la edad de la paciente (12 años de edad).^(4, 7,8)

La colitis eosinofílica es una enfermedad de difícil diagnóstico. Los criterios que la definen son: a) síntomas gastrointestinales en dependencia de la profundidad de la afectación, b) imagen histológica con infiltrado eosinofílico colónico (más de 20 eosinófilos por campo), c) descarte de eosinofilia secundaria (parasitosis, medicamentosa, neoplasia) y d) ausencia de afección eosinofílica en otro órgano (síndrome hipereosinofílico primario), donde el estudio histológico es concluyente. ^(9,10)

Su presentación clínica varía en función de la capa del epitelio intestinal que esté afectada. La enfermedad que predomina en la muscularis propia se manifiesta con obstrucción intestinal y engrosamiento de la pared intestinal que ocasiona invaginación intestinal, perforación y vólvulos. ^(4,7)

El caso que se presenta ilustra la variedad clínica en la que se afecta la capa muscular, con un cuadro de obstrucción intestinal y la biopsia muestra infiltración intensa, de eosinófilos en toda la pared del colon.

La presencia de eosinófilos en el colon puede ser resultado de diversas condiciones, por lo que la colitis eosinofílica es un diagnóstico de exclusión. Diversas condiciones pueden originar infiltración de eosinófilos en el colon, tales como: infecciones parasitarias (*Trichuristrichiura*, *Enterobius vermicularis* y *Strongyloides stercoralis*), o fármacos (carbamecina, rifampicina, naproxeno, inhibidores de calcineurina, oro y clozapina). Otras asociaciones incluyen enfermedades autoinmunes (esclerodermia, síndrome de Churg- Strauss, y el síndrome hipereosinofílico idiopático). ^(3,8)

En la literatura se reportan casos de CE inducida por drogas, pero en el caso que se presenta no se recoge el antecedente de la toma de alguna medicación que pudiera estar relacionada con los hallazgos, lo que descarta esta posibilidad. ⁽¹¹⁾

El *Strongyloides stercoralis* es un helminto que se localiza en el intestino delgado en el humano, la hiperinfección resulta de una autoinfección acelerada, con extensión a todo el intestino delgado, e incluso colon. Se han reportado con frecuencia diferentes asociaciones de: dolor abdominal, constipación, anorexia, pérdida de peso, náusea, vómito, peristalsis disminuida, obstrucción intestinal y trastornos electrolíticos. El antecedente de estancia o residencia en zonas endémicas y la presencia de eosinofilia periférica son de utilidad, así como la eliminación, aunque irregular, de larvas en materia fecal, hacen el diagnóstico. ⁽¹²⁾

Se deben excluir otras infecciones parasitarias como la *Tricuriasis*, parásito que habita en el ciego y colon ascendente, se asocia con infección, molestias abdominales vagas, cólicos, distensión abdominal y en las infecciones severas: anemia, diarrea sanguinolenta y prolapso rectal, no se describen cuadros de oclusión intestinal. ⁽¹³⁾

Es importante tener en cuenta otras enfermedades que pudieran confundir a la hora de realizar el diagnóstico diferencial, como sería el síndrome hipereosinofílico, una enfermedad con prevalencia en los adultos, rara vez, o nunca, se manifiesta en niños pequeños, aunque puede aparecer en la adolescencia con criterios establecidos para el diagnóstico, en 1968 por Chusid, y revisados en el 2010: recuento de eosinófilos mayor

a 1500/mm³ en al menos dos ocasiones, ausencia de causas secundarias evidentes de eosinofilia y síntomas o signos de disfunción de órgano blanco, que incluyen la participación de la piel, el corazón, los pulmones, el tracto gastrointestinal o el nervioso.⁽¹⁴⁾

En este grupo se incluyen la enfermedad de Churg Strauss que se caracteriza en un inicio por manifestaciones atópicas de asma, rinitis, y en una segunda fase ocurren infiltrados eosinofílicos en pulmones y tracto gastrointestinal, se manifiesta como un abdomen agudo; el examen de laboratorio que apoya el diagnóstico es la eosinofilia sanguínea (> de 10 % del conteo diferencial de glóbulos blancos o > de 1500 células/ μ l).⁽¹⁵⁾

CONCLUSIONES

La colitis eosinofílica es una patología rara y poco estudiada, que de forma menos frecuente afecta la capa muscular en forma de obstrucción intestinal, por lo que se debe tener en cuenta esta enfermedad como diagnóstico diferencial de abdomen agudo en los pacientes pediátricos.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existe ningún tipo de conflicto de interés

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Blasco Alonso J, Serrano Nieto J, Girón Fernández Crehuet F, Carazo Gallego B, Navas López VM. Colitis eosinofílica en pacientes pediátricos intervenidos de enfermedad de Hirschsprung. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2017 [citado 28/06/2018]; 19(76): [aprox. 4p.]. Disponible en: <https://pap.es/articulo/12597/?id=12597&titulo>
- 2.- Muñoz Guzmán M, Hernández Suyo A, Deriaz Alvarez J, Rodríguez Hurtado D. Eosinophilic gastroenteritis: A case report and a review of the literature. Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2017 Abr [citado 28/06/2018]; 37(2): [aprox. 4p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292017000200013&lng=es.
- 3.- Medina Navarro DA, Martínez Pérez M, Toro Monjaraz E M, López Pérez G. Colitis eosinofílica y comorbilidad alérgica. Presentación de un paciente en edad escolar. Revista asma y alergia [Internet]. 2016 [citado 20/09/2018]; 25(3): [aprox. 1p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/alergia/al-2016/al163d.pdf>.
- 4.- Coste Murillo P, Sauma Rodríguez J. Colitis eosinofílica: presentación endoscópica inusual. Endoscopia [Internet]. 2016 Oct- Dic [citado 28/06/2018]; 28(4): [aprox. 7p.]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-endoscopia-335-articulo-colitis-eosinofilica-presentacion-endoscopica-inusual-S0188989316300690>



- 5.- Ríos Touma CM, Calahorrano Acosta J, Banderas Poveda P. Colitis eosinofílica: diagnóstico y tratamiento. A propósito de un caso [Internet]. Ecuador: Universidad San Francisco de Quito; 2018 Sep. [citado 27/12/ 2018]. Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/5902/1/126477.pdf#page=74>.
- 6.- Rodríguez Álvarez J, Zárate Mondragón F, Cervantes Bustamante R, Ramírez Mayans J. Gastroenteropatía eosinofílica: reporte de 12 casos en población pediátrica; descripción histopatológica y asociación clínica en un Centro Hospitalario de la Ciudad de México. *Alerg Asma Inmunol Pediatr* [Internet]. 2017 [citado 27/12/2018]; 26(3): [aprox. 5p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/alergia/al-2017/al173e.pdf>
- 7.- Garibay Vargas OM, Soto Candía D, Ramírez EC, Castrejón Vázquez MI, Vargas Camaño ME, Ramos Acosta G, et al. Gastroenteritis eosinofílica. Caso clínico. *Revista Alergia México* [Internet]. 2014 [citado 28/09/2018]; 61(3): [aprox. 6p.]. Disponible en: revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/download/44/58
- 8.- Ostiz M, Zelaya MV, Laiglesia M, Campillo A, Kutz M, León Brito M. Colitis eosinofílica primaria en paciente con enfermedad celíaca. *An. Sist Sanit Navar* [Internet]. 2018 [citado 12/01/2019]; 41(2): [aprox. 3p.]. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/64296/40718>
- 9.- Bonilla GR, Pérez GG. Gastroenteropatía eosinofílica. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Col Gastroenterol* [Internet] 2014 Oct-Dic [citado 28/09/2018]; 29(4): [aprox. 5p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-99572014000400011&script=sci_abstract&tlng=es
- 10.- Grinblat V. Patologías digestivas eosinofílicas. 3º Jornadas Nacionales Conjuntas de Alergia e Inmunología en Pediatría. Del 21 al 26 Abril de 2016. Clínica Universitaria Reina Fabiola: Sociedad Argentina de Pediatría. Disponible en: http://www.sap.org.ar/docs/Congresos2016/2016%20Aergia%20e%20Inmunolog%C3%A0Da/patologias_digestivas_eosinofilas.pdf.
- 11.- Mogilevski T, Nickless D, Hume S. β -lactam-associated eosinophilic colitis. *BMJ Case Rep* [Internet]. 2015 Jun [citado 12/01/2019]; 2015. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26106168>.
- 12.- Uribarren Berrueta T. Strongyloidosis. [Internet] México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2017 Nov [citado 12/01/2019]. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/parasitologia/strongyloidosis.html>.
- 13.- Guerrero Doria K, Escobedo Chávez MP, Sevilla Bacilio J, Moncada Barrón D, Flores Nava G. Síndrome disintérico, insuficiencia cardíaca y anemia grave por tricuriasis. Presentación de un caso y revisión bibliográfica. *Acta Pediatr Mex* [Internet]. 2018 Mar [citado 12/01/2019]; 39(2): [aprox. 4p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2018/apm182g.pdf>



14.- Cerutti L. Síndrome hipereosinofílico. Archivos de alergia e inmunología clínica [Internet]. 2018 [citado 12/01/2019]; 49(1): [aprox. 24p.]. Disponible en: [http://www.archivos.org.ar/contenido/lst.art.sec.php?recordID=TW9ub2dyYWbDrWE=.](http://www.archivos.org.ar/contenido/lst.art.sec.php?recordID=TW9ub2dyYWbDrWE=)

15.- Hu Liang H, Leitón Chaves A, Salas Mena C. Síndrome de Churg Strauss: a propósito de dos casos en el Hospital San Vicente de Paú. Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica. Fundado en 1845. Rev CI EMed UCR [Internet]. 2016 Oct [citado 12/01/2019]; 6(IV): [aprox. 10p.]. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/26921>

