Enteritis eosinofílica como causa de abdomen agudo

M. P. CEBOLLERO BENITO, F. FUENTES SOLSONA*, J. ESCARTÍN
VALDERRAMA, M. J. VALENZUELA MARTÍNEZ, J. P. IBÁÑEZ MIRALLAS,
J. ESARTE MUNIÁIN

*Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. *Servicio de Medicina Interna.
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza*

EOSINOPHILIC ENTERITIS AS ACUTE ABDOMEN ETIOLOGY

RESUMEN

Presentamos un nuevo caso de enteritis eosinofílica que debutó como abdomen agudo y cuyo diagnóstico fue postoperatorio. Tras el tratamiento quirúrgico no ha tenido recurrencia de la enfermedad y no ha precisado esteroides.

PALABRAS CLAVE: Enteritis eosinofílica. Abdomen agudo.

ABSTRACT

We report a new case of eosinophilic enteritis whose first manifestation was acute abdomen and the diagnosis was done postoperatively. After surgery the patient hasn't had recurrence of the symptoms and he hasn't required steroids.

KEY WORDS: Eosinophilic enteritis. Acute abdomen.

Cebollero Benito MP, Fuentes Solsona F, Escartín Valderrama J, Valenzuela Martínez MJ, Ibáñez Mirallas JP, Esarte Muniáin J. Enteritis eosinofílica como causa de abdomen agudo. An Med Interna (Madrid) 2002; 19: 241-242.

INTRODUCCIÓN

La gastroenteritis eosinofílica (GE) es una enfermedad rara (1-3) cuya etiopatogenia permanece desconocida. Se caracteriza por la infiltración de eosinófilos de forma parcheada en una o más capas del tubo digestivo. El tratamiento conservador lo constituyen los corticoides. En casos rebeldes, se puede administrar cromoglicato disódico con o sin ketotifeno. Entre un 30-65% se presentan como abdomen agudo (4); así, la cirugía es otro medio diagnóstico y en casos de afectación aislada podría tener carácter curativo.

CASO APORTADO

Varón de 56 años con antecedentes de hemorragia digestiva por ulcus gástrico, TBC a los 12 años e intoxicación por sulfatos hace 10 años. No alergias conocidas. Ingresó en Urgencias por dolor abdominal de 24 horas de evolución en epigastrio acompañado de vómitos. A la exploración presentaba abdomen distendido, timpanizado y sensación de ocupación en FID. En la analítica destacaba leucocitosis de 15680/microL con neutrofilia (89,8%) pero sin eosinofilia (0,6%).

Con el diagnóstico de abdomen agudo se intervino encontrando líquido seroso en pequeña cantidad y un segmento de 15-20 cm. en

ileon con inflamación mural. Se realizó apendicectomía y resección de intestino delgado. El diagnóstico anatomopatológico fue enteritis eosinofílica y fibrosis apendicular.

El postoperatorio cursó sin complicaciones. Se remitió a consultas de Medicina Interna para estudio de extensión. En la cuantificación de Ig destacaba el aumento de la IgE con unas cifras de 474 ku/L. Además se realizaron múltiples serologías (brucelosis, hidatidosis, yersiniosis, Lyme, rickettias), coprocultivos y urocultivos que resultaron negativos. En las analíticas seriadas en ningún caso los eosinófilos han superado las cifras absolutas de 290. La velocidad de sedimentación globular ha sido normal. Otras determinaciones realizadas también han resultado normales: complemento total, C3, C4, C3p, anticuerpos antigliadina A, antigliadina G, antiendomiso, enzima convertidora de angiotensina, anticuerpos cANCA, pANCA, pruebas de cortisol y estudios hormonales.

El paciente refería desde hacía unos meses la existencia de lesiones cutáneas múltiples en antebrazos, de 0,5-1 cm, no pruriginosas, marronáceas y ligeramente descamativas. Se biopsiaron y el diagnóstico fue de lupus cutáneo. Se ha realizado toda la batería de autoanticuerpos (ANA, AMA, ASMA, PACA, AntiDNA) que han sido negativos.

En el fraccionamiento de proteínas había disminución de la alfa 1 globulina 1,7% (normal de 5-8). El estudio gastrointestinal fue normal. A los 2 años del diagnóstico el paciente se encuentra asintomático y no ha precisado tratamiento corticoideo.

Trabajo aceptado: 14 de noviembre de 2000

Correspondencia: M^a Pilar Cebollero Benito. Avda. Gómez Laguna 46 - 9º A. 50009 Zaragoza

DISCUSIÓN

En el mundo se han descrito unos 250 casos de gastroenteritis eosinofílica y en España, la cifra se encuentra en torno a los 37 casos (4). Para su diagnóstico se deben cumplir los siguientes criterios: a) presencia de síntomas gastrointestinales; b) demostración por biopsia de infiltración eosinófila en la pared del tubo digestivo en una o más áreas; c) ausencia de compromiso eosinofílico en órganos extradigestivos, y d) ausencia de infección parasitaria.

La eosinofilia periférica no es un criterio diagnóstico. Según los estudios, un 70-96 % de los pacientes tienen cifras elevadas (2) y dicha elevación no suele ser muy importante. Esta característica junto a la ausencia de elementos inmaduros de su serie, sirven para hacer el diagnóstico diferencial con el síndrome hipereosinofílico idiopático (2).

La etiopatogenia permanece desconocida aunque se han propuesto mecanismos de tipo alérgico e inmunológico basados en el papel de los eosinófilos y de la Ig E (1,3) en otros procesos alérgicos. Sobre este punto quedan muchos estudios por realizar sobre los eosinófilos del tubo digestivo que pudieran tener características diferentes a los de sangre periférica. Dentro del contenido de sus gránulos podemos destacar la proteína básica mayor del gránulo eosinófilo que parece ser la mediadora de la lesión tisular (4,5). Se ha considerado la hipersensibilidad a determinados alimentos pero en la mayoría de los pacientes no se observa una relación causal y el tratamiento con dieta restringida no ha dado bue-

nos resultados. Esta hipersensibilidad se hace más patente en los niños (1) aunque esta enfermedad excepcionalmente se presenta en menores de 20 años.

En un trabajo publicado en el Hospital La Paz (5) se hace referencia a que el 63,6% de los pacientes eran fumadores y un 45,5% eran bebedores.

La localización en el intestino delgado de forma aislada supone menos del 10 % y concretamente el ileon representa un 8% (4).

El diagnóstico de la GE es anatomopatológico y se consigue por biopsia endoscópica o peroral o con la pieza quirúrgica. La biopsia debe ser múltiple, con un mínimo de 8 y aún así, puede haber falsos negativos pues la infiltración suele ser parcheada y puede afectar a capas profundas (2).

El tratamiento con prednisona a 20-40 mg/día obtiene muy buena respuesta en 7-10 días (3,6) y posteriormente se puede disminuir la dosis dejando una dosis de mantenimiento o incluso suprimiéndolo, pero en este caso se han descrito recurrencias de la enfermedad (7). Se han probado otros fármacos en casos que no han respondido a los esteroides como el cromoglicato disódico con o sin ketotifeno (2,4).

La cirugía también tiene su lugar cuando hay dudas en el diagnóstico, complicaciones o no hay respuesta al tratamiento médico. Algunos autores opinan que podría tener intención curativa en casos de localización única (8). Las indicaciones del tratamiento conservador serían los casos ya diagnosticados de GE que tuvieran recurrencia del cuadro o cuando la clínica es clara y el paciente se encuentra clínicamente estable.

Bibliografía

1. Wershil BK, Walker WA. The mucosal barrier, Ig E mediated gastrointestinal events, and eosinophilic gastroenteritis. *Gastroenterol Clin North Am* 1992; 21: 387-404.
2. 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.
3. Remacha Tomey B, Palau A, Colom J, Ripollés V. Gastroenteritis eosinofílica. *An Med Interna (Madrid)* 1998; 15: 554-9.
4. Cózar Ibáñez A, del Olmo Escribano M, Bernet Vegué E, González Olid MD, Gómez Ortega A, Dueñas Rodríguez B y cols. Gastroenteritis eosinofílica y cirugía. *Cir Esp* 1996; 60: 41-44.
5. García-Sancho L, Hardisson D, García-Sancho L, Martínez P, Rodríguez JA, Sastre A y cols. Abdomen agudo por gastroenteritis eosinofílica: revisión de 11 casos. *Cir Esp* 1996; 60: 274-281.
6. Martínez Albaladejo M, Alguacil García G, González Pina B, De Paco Moya M, Herranz Marín T, Moreno-Requena J. Gastroenteritis eosinofílica, a propósito de un nuevo caso. *An Med Interna (Madrid)* 1997; 14: 187-9.
7. Miguel JE, Aguinaga MV, González JA, López-Ríos F, Parada R, Soleto E y cols. Abdomen agudo por gastroenteritis eosinofílica. Estudio de dos casos. *Rev Esp Enferm Dig* 1991; 80: 204-6.
8. Placer Galán C, Bordas Rivas JM, Arrinda JM, Mar Medina B, Frías Ugarte JF, Colín Alonso A. Abdomen agudo por enteritis eosinofílica transmural. *Rev Esp Enferm Dig* 1992; 82: 351-3.