

Colitis eosinofílica: reporte de un caso clínico

Rodrigo Sánchez,¹ Gabriela Zavala,¹ Bolívar Lee,² Nelson Molina²

¹Facultad de Medicina, Universidad Mayor, Campus Temuco.

²Hospital San José de Victoria, Servicio de Salud Araucanía Norte, IX Región, Victoria, Chile.

Acta Gastroenterol Latinoam 2018;48(3):159-162

Recibido: 21/05/2017 / Aceptado: 17/04/2018 / Publicado online: 17/09/2018

Resumen

La colitis eosinofílica es una enfermedad poco frecuente. Forma parte de las gastroenteritis eosinofílicas, caracterizada por la infiltración eosinofílica de los tejidos. Puede afectar cualquier segmento del tubo digestivo, pero más frecuentemente el estómago e intestino delgado y raramente el colon de forma aislada. Se describe el caso clínico de una paciente de 49 años, que consulta en el año 2013 por diarrea de 4 meses de evolución y dolor abdominal difuso. La analítica demostró: ausencia de leucocitos fecales, coproparasitológico negativo, anticuerpos antiendomiso, antigliadina, antitransglutaminasa e inmunoglobulina G negativo, hemograma con eosinófilos de 2,7%. La colonoscopia con biopsia escalonada confirmó una colitis eosinofílica, se inició tratamiento con loperamida, el cual no fue tolerado y se cambió a prednisona oral, con buena respuesta. Las gastroenteritis eosinofílicas son de curso benigno, con importante infiltración de eosinó-

filos en la pared del tubo digestivo, que rara vez compromete solamente el colon. Se desconoce su causa y los mecanismos patogénicos; clásicamente se presenta en pacientes entre la tercera y quinta década de la vida, aunque puede afectar a cualquier grupo de edad. Los criterios diagnósticos son: 1) síntomas gastrointestinales; 2) infiltración eosinofílica de una o más áreas del TD demostrados por biopsia; 3) ausencia de infiltración eosinofílica en órganos fuera del TD; y 4) ausencia de infección parasitaria. Las gastroenteritis eosinofílicas son patologías que requieren alto índice de sospecha para su diagnóstico, y hemos observado que el tratamiento con corticoides mejoró la sintomatología, lo que coincide con otras series clínicas.

Palabras claves. Colitis eosinofílica, diarrea crónica, corticosteroides.

Eosinophilic colitis: a clinical report

Summary

Eosinophilic colitis is a rare disease and is characterized by eosinophilic infiltration of tissues. It can affect any segment of the gastrointestinal tract, but most commonly the stomach and small intestine and rarely in colon. The case of a patient, feminine sex, aged 49, controlled as outpatient in 2013 with 4 months of diarrhea and diffuses abdominal pain. Analytic showed: absence of fecal leukocytes, intestinal parasitic, endomysial antibodies, gliadin, transglutaminase

Correspondencia: Rodrigo Sánchez Sepúlveda
Avda. Alemania 0281. Universidad Mayor, Sede Temuco. Temuco, Chile
Tel. cel.: 56 9 89014576
Correo electrónico: rodrigo.sanchezs@mayor.cl

and immunoglobulin G negative, eosinophil blood count of 2.7%. Colonoscopy with biopsy confirmed eosinophilic colitis, beginning treatment with loperamide, which was not tolerated, and the therapy was changed to oral prednisone, which had good response. Eosinophilic gastroenteritis is a benign pathology, with significant infiltration of eosinophils into the gut wall, which rarely involves only the colon. Its causes and pathogenic mechanisms are unknown; classically occurs in patients between the third and fifth decade of life, although it can affect any age group. The diagnostic criteria are: 1) gastrointestinal symptoms; 2) eosinophilic infiltration of one or more gastrointestinal areas demonstrated by biopsy; 3) absence of eosinophil infiltration into organs outside the gastrointestinal areas; and 4) absence of parasite infection. Eosinophilic gastroenteritis are pathologies that require high index of suspicion for diagnosis and we have observed that the therapy with corticosteroids improved the symptoms, what matches with another clinical series.

Key words. *Eosinophilic colitis, chronic diarrhea, corticosteroids.*

La colitis eosinofílica es una patología poco frecuente, ya que su incidencia es aproximadamente de 1/100.000 habitante y menos de 300 casos han sido descritos en la literatura.¹ Forma parte de las gastroenteritis eosinofílicas, entidad caracterizada por la infiltración eosinofílica de los tejidos, con un cuadro clínico característico descrito por primera vez por Kaijer en 1937.² Puede afectar cualquier segmento del tubo digestivo, más frecuentemente el estómago e intestino delgado y raramente el colon de forma aislada.^{3, 4} Puede aparecer a cualquier edad, pero es más frecuente entre la 3ª y la 6ª década de vida. Los síntomas más frecuentes son diarrea crónica, dolor abdominal, anorexia y pérdida de peso.^{3, 4} Las localizaciones anatómicas de infiltrados eosinófilos y la profundidad del compromiso (mucosa, muscular y serosa) determinan los síntomas clínicos.^{5, 6} La confirmación diagnóstica es histológica, a través de una colonoscopia con biopsias escalonadas, incluso en áreas macroscópicamente normales y en un número no inferior a seis.^{7, 8} El tratamiento ha sido diverso, utilizándose antihistamínicos H1, cromoglicato de sodio, antagonistas de los leucotrienos, anticuerpos anti-interleukina 5, omalizumab y corticoides.⁶ La complicación más grave de esta patología si no se diagnostica y se trata adecuadamente es la ascitis y la obstrucción intestinal.⁹

Se presenta este caso, debido a su escasa frecuencia y la diversidad de respuesta al tratamiento al no tener una fisiopatología definida. La mejoría de la sintomatología de la paciente es un aporte para la terapia médica futura de esta patología.

Caso clínico

Se firma el consentimiento informado y con autorización de la paciente y del Comité de Ética de la Universidad Mayor para publicar los datos clínicos.

Paciente de sexo femenino, 49 años, con antecedentes de nefrolitiasis derecha, esofagitis erosiva y gastropatía crónica, consulta en el año 2013 por diarrea de 4 meses de evolución, con aproximadamente 2 deposiciones diurnas y 2 nocturnas, de característica acuosa sin elementos patológicos. Al examen físico abdominal se destaca la sensibilidad periumbilical difusa, sin otros hallazgos. Se realiza analítica en los meses posteriores que determina ausencia de leucocitos fecales, coproparasitológico sin desarrollo bacteriano, y los exámenes para evaluar respuesta inmune como anticuerpos antiendomiso, anti gliadina, antitransglutaminasa e inmunoglobulina G fueron negativos. Se inicia prueba terapéutica con loperamida 2 mg cada 8 horas, la cual es mal tolerada por lo que se suspende. Se realizó colonoscopia hasta ciego con biopsias escalonadas (2 muestras obtenidas en colon ascendente, 2 muestras en colon transversal y 3 muestras en colon sigmoide). La colonoscopia revela hemorroides externas no complicadas, sin otras alteraciones. La histología confirma el diagnóstico de colitis eosinofílica donde se evaluaron fragmentos de mucosa colónica con aumento mayor (objetivo 40x), observándose epitelio cilíndrico simple con células caliciformes intercaladas, con escasa migración intraepitelial de eosinófilos, corion con leve edema, leve hiperemia capilar superficial, con infiltrado leve inflamatorio crónico compuesto por linfocitos aislados o conformando folículos linfoides, plasmocitos, destacando infiltrado eosinófilo 15 a 20 por campo de aumento mayor. En algunos fragmentos se observa muscular de la mucosa de aspecto conservada (Figura 1). Confirmado el diagnóstico se realiza hemograma completo y perfil hematológico ante la sospecha de síndrome hipereosinofílico. El hemograma no presenta alteraciones con un 2,7% de eosinófilos, y solo se destaca una hiperbilirrubinemia de predominio indirecto (Tabla 1). Se inicia tratamiento con prednisona oral, 40 mg AM, 20 mg PM, el cual tuvo una adecuada respuesta y remisión de la sintomatología, y posteriormente se reduce la dosis de prednisona a 20 mg AM, 20 mg PM no presentando reagudización de los síntomas.

Figura 1. Histología de la biopsia de mucosa colónica con infiltrado leve inflamatorio crónico compuesto por linfocitos aislados, destacándose infiltrado eosinófilo (campo de aumento 40x).

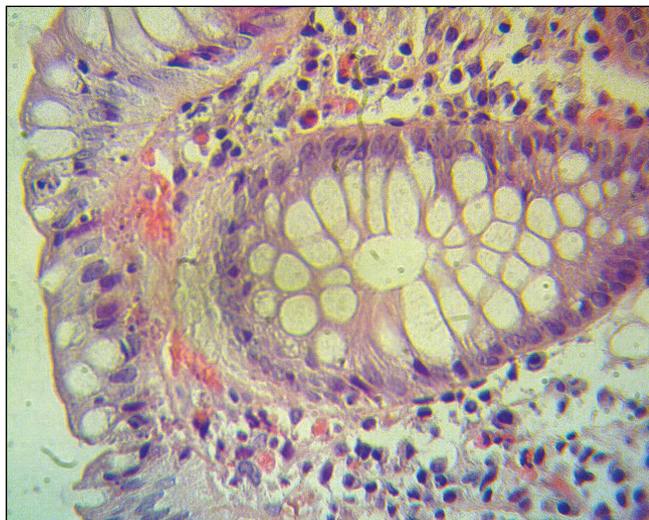


Tabla 1. Evaluación de laboratorio durante el estudio clínico de paciente con sospecha de colitis eosinofílica.

Examen	Resultado	Valor de referencia
Anticuerpo antiendomiso	Negativo	Adultos: menor o igual a 20 UR/ml
Anticuerpo antigliadina	Ig A: 8,7 UI	Adultos: < 34 UI
	Ig G: 7,1 UI	Adultos: < 42 UI
Anticuerpo antitransglutaminasa	Ig A: 1,7 U/ml	Adultos: 3 U/ml
Vitamina B12	451 pg/mL	Adultos: 187 – 1059 pg/mL
Inmunoglobulina G	1340 mg/dL	Adultos: 564 – 1765 mg/dL
Inmunoglobulina M	81,3 mg/dL	Adultos: 45 – 250 mg/dL
Inmunoglobulina E total	46,9 UI/mL	Adultos: Hasta 87

Discusión

Las gastroenteritis eosinofílicas son de curso benigno, con importante infiltración de eosinófilos hacia la pared del tubo digestivo, que rara vez compromete solamente el colon.^{5,6} Esta patología se produce en un amplio rango de edad, desde la infancia hasta la séptima década, pero

con mayor frecuencia entre la tercera y la quinta década de la vida,^{3,4} con una ligera preponderancia masculina.¹⁰ De ahí la importancia de presentar este caso en una mujer, debido a su escaso número reportado en la literatura mundial, que en la última revisión de esta patología el año 2013 era de 280 casos.¹ Las presentaciones clínicas de la gastroenteritis eosinofílica varían según el sitio y la profundidad del compromiso inflamatorio de las diferentes capas de la pared intestinal. Aproximadamente el 80% tienen síntomas durante varios años.¹¹

Esta enfermedad se puede presentar en niños y adultos. La principal sintomatología en los adultos es el dolor abdominal y la diarrea crónica, y puede presentarse también disfagia, anorexia y pérdida de peso.^{3,4} Esta sintomatología es concordante con los antecedentes clínicos relatados por la paciente del presente caso clínico.

Las complicaciones están asociadas a los efectos secundarios a una enteropatía perdedora de proteínas, sangrado o problemas de absorción con anemia y hemorragia digestiva baja que puede implicar la participación del colon.¹² El compromiso de la capa muscular puede causar engrosamiento de la pared intestinal y obstrucción intestinal.^{9,13} La forma subserosa, que es menos común, pero puede causar más morbilidad, generalmente se presenta como ascitis eosinofílica, que suele ser un exudado con abundante eosinofilia periférica.¹⁴

Los principales diagnósticos diferenciales son con la enfermedad celíaca; enteropatías perdedoras de proteínas, especialmente a la proteína de leche de vaca y el síndrome hipereosinofílico idiopático.

Los criterios diagnósticos se encuentran bien definidos: 1) síntomas gastrointestinales; 2) infiltración eosinofílica de una o más áreas del tracto digestivo demostrada por biopsia; 3) ausencia de infiltración eosinofílica en órganos fuera del tracto digestivo; y 4) ausencia de infección parasitaria.^{3,15,16} La eosinofilia puede estar ausente en un 20% de los casos, como ocurrió en nuestra paciente, no obstante, este parámetro no se considera criterio diagnóstico.

El diagnóstico puede ser confirmado en el examen histopatológico de las biopsias obtenidas durante una gastroscopía o colonoscopia, y estas muestras deben ser escalonadas con un número no inferior a 6.^{7,8}

Los hallazgos macroscópicos en la endoscopia son variables, desde hiperplasia nodular linfoide hasta imágenes de colitis con eritema, pérdida del patrón de vascularización normal, edema, etc.¹⁷ La microscopía demuestra aumento del número de eosinófilos (a menudo > 50 por campo de alto poder) en la lámina propia y un gran nú-

mero de eosinófilos que están a menudo presentes en la capa muscular y serosa. Estos hallazgos estaban en la histología de las biopsias de mucosa colónica, que mostraba infiltrado leve inflamatorio crónico compuesto por linfocitos aislados o conformando folículos linfoides, plasmocitos, destacando un infiltrado eosinófilo de 15 a 20 por campo de aumento mayor.

Esta patología carece de estrategias de tratamiento aceptadas, ya que la información terapéutica disponible procede, en mayor parte, de observaciones aisladas. Al no existir una etiología definida, el tratamiento ha sido diverso (como el uso de antihistamínicos H1, cromoglicato de sodio, antagonistas de los leucotrienos, anticuerpos anti-interleucina 5, omalizumab y corticoides) pero la escasa evidencia sobre un efecto positivo de estas terapias hace que el uso de corticosteroides sea el tratamiento con mayor efectividad en la remisión de los síntomas de esta enfermedad.^{6, 18} No obstante, la duración apropiada del tratamiento con esteroides es desconocida y la recaída a menudo requiere tratamiento a largo plazo. La historia natural de la esta enfermedad tampoco ha sido bien documentada, por tanto, se debe educar a estos pacientes para que reconozcan alimentos que generalmente se asocian a alergias como la leche, los huevos, el trigo y/o gluten, soja o carne de res. Cuando se presentan síntomas leves y esporádicos se pueden manejar con medidas generales para cuadros diarreicos y observación, pero si aparecen síntomas incapacitantes, durante los brotes y pueden ser controlados con corticoides orales.^{19, 20}

Conclusión

Las gastroenteritis eosinofílicas son patologías que requieren alto índice de sospecha para su diagnóstico y del uso de variados exámenes complementarios, especialmente endoscopia asociada a biopsias escalonadas. El tratamiento con corticoides mejoró la sintomatología presentada por la paciente, coincidiendo con otras series clínicas y validando su uso en el manejo de esta patología poco frecuente.

Conflictos de interés. Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Referencias

- Ingle SB, Hinge CR. Eosinophilic gastroenteritis: An unusual type of gastroenteritis. *World J Gastroenterol* 2013; 19: 5061-5066.
- Kaijser R. Zur Kenntnis der allergischen Affektionen des Verdauungskannals vom Standpunkt des Chirurgenaus. *Arch KlinChir* 1937; 188: 36-64.
- Klein NC, Hargrove RL, Slesinger MH, Jeffries GH. Eosinophilic gastroenteritis. *Medicine (Baltimore)* 1970; 49: 299-319.
- Kim NI, Jo YJ, Song MH, Kim SH, Kim TH, Park YS, Eom WY, Kim SW. Clinical features of eosinophilic gastroenteritis. *Korean J Gastroenterol* 2004; 44: 217-223.
- Venkataraman S, Ramakrishna BS, Mathan M, Chacko A, Chandy G, Kurian G, Mathan VI. Eosinophilic gastroenteritis - an Indian experience. *Indian J Gastroenterol* 1998; 17: 148-149.
- Aceves SS, Furuta GT, Spechler SJ. Integrated approach to treatment of children and adults with eosinophilic esophagitis. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2008; 18: 195-217.
- Katz AJ, Goldman H, Grand RJ. Gastric mucosal biopsy in eosinophilic (allergic) gastroenteritis. *Gastroenterology* 1977; 73: 705-709.
- Lee CM, Changchien CS, Chen PC, Lin DY, Sheen IS, Wang CS, Tai DI, Sheen-Chen SM, Chen WJ, Wu CS. Eosinophilic gastroenteritis: 10 years' experience. *Am J Gastroenterol* 1993; 88: 70-74.
- Shweiki E, West JC, Klena JW, Kelley SE, Colley AT, Bross RJ, Tyler WB. Eosinophilic gastroenteritis presenting as an obstructing cecal mass - a case report and review of the literature. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 3644-3645.
- Guandalini S. *Essential pediatric gastroenterology, hepatology and nutrition (Essentials of Pediatrics)* 1st Edition. New York: McGraw Hill Companies, Inc 2005; 209.
- Christopher V, Thompson MH, Hughes S. Eosinophilic gastroenteritis mimicking pancreatic cancer. *Postgrad Med J* 2002; 78: 498-499.
- Chehade M, Magid MS, Mofidi S, Nowak-Wegrzyn A, Sampson HA, Sicherer SH. Allergic eosinophilic gastroenteritis with protein-losing enteropathy: intestinal pathology, clinical course, and long-term follow-up. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006; 42: 516-521.
- Matsushita M, Hajiro K, Morita Y, Takakuwa H, Suzaki T. Eosinophilic gastroenteritis involving the entire digestive tract. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 1868-1870. Talley NJ, Shorter RG, Phillips SF, Zinsmeister AR. Eosinophilic gastroenteritis: a clinic pathological study of patients with disease of the mucosa, muscle layer, and subserosal tissues. *Gut* 1990; 31: 54-58.
- Cello JP. Eosinophilic gastroenteritis - a complex disease entity. *Am J Med* 1979; 67: 1097-1104.
- Blackshaw AJ, Levison DA. Eosinophilic infiltrates of the gastrointestinal tract. *J Clin Pathol* 1986; 39: 1-7.
- Chen MJ, Chu CH, Lin SC, Shih SC, Wang TE. Eosinophilic gastroenteritis: clinical experience with 15 patients. *World J Gastroenterol* 2003; 9: 2813-2816.
- Ingle SB, Patle YG, Murdeshwar HG, Pujari GP. A case of early eosinophilic gastroenteritis with dramatic response to steroids. *J Crohns Colitis* 2011; 5: 71-72.
- Zhang MM, Li YQ. Eosinophilic gastroenteritis: A state-of-the-art review. *J Gastroenterol Hepatol* 2017; 32: 64-72.
- Dionísio de Sousa IJ, Bonito N, Pais A, Gervásio H. Eosinophilic colitis. *BMJ Case Rep* 2016; 1-3.