

# Casos de correlación endoscópico-patológica

Pedro Llorens S.<sup>1</sup> y Luis Contreras M.<sup>2</sup>

## Cases with endoscopic-pathologic correlation

We present an obese, 42 year-old lady, with gastro-esophageal reflux and a sliding hiatal hernia diagnosed in 2004. Since then she has been treated with Omeprazole. Since 2007 the gastro-esophageal reflux symptoms have become more severe. By a month ago the symptoms became intolerable with increased heartburn, epigastric and chest pain. The upper endoscopy showed characteristic changes of eosinophilic esophagitis with esophageal ringed appearance, longitudinal ridges and whitish spots. Serial biopsies of the esophagus confirmed the diagnosis with more than 20 intraepithelial eosinophils per field higher magnification (CMA) and biopsies of stomach and duodenum showed practically no eosinophils. The keys to the endoscopic and histopathological diagnosis are fulfilled in this case.

**Key words:** Eosinophilic esophagitis, endoscopic and histopathological correlation.

<sup>1</sup>Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Clínica Tabancura.  
<sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica Clínica Las Condes.

Recibido: 04 de abril de 2010

Aceptado: 07 de abril de 2010

**Correspondencia a:**  
Pedro Llorens Sabaté  
E-mail: gastrollorens@gmail.com

## Introducción

En este número iniciamos esta sección dedicada a estudiar la correlación entre los hallazgos endoscópicos con la histología. Nuestra intención es ofrecer casos que sean demostrativos y útiles para la experiencia clínica y no pretendemos entregar casos que destaquen por su dificultad o rareza, aunque ocasionalmente estimemos conveniente presentar alguno de ellos. Hemos aceptado la invitación de los editores con entusiasmo, ya que consideramos que el gastroenterólogo y el endoscopista deben trabajar estrechamente con el patólogo, alimentándose de la mutua experiencia y explorando nuevas áreas del conocimiento que siempre son necesarias y a veces pueden llegar a ser apasionantes.

## Esofagitis Eosinofílica: Claves para su diagnóstico e histopatológico, a propósito de un caso clínico

### Antecedentes clínicos

Se trata de una mujer de 42 años obesa tipo II, muy cerca de obesidad mórbida, que pesa 111 kg y mide 1,69 metros, con el antecedente de reflujo gastro-esofágico patológico (RGEP) con una hernia hiatal por deslizamiento diagnosticada en el año 2004. Desde entonces recibió omeprazol en forma discontinuada. En el 2007, los síntomas de RGEP se hacen más intensos. Consulta porque desde hace un mes la pirosis y la epigastralgia se hacen intolerables y además presenta dolor al pecho, sin disfagia. Además de varios exámenes de laboratorio se solicita panendoscopia.

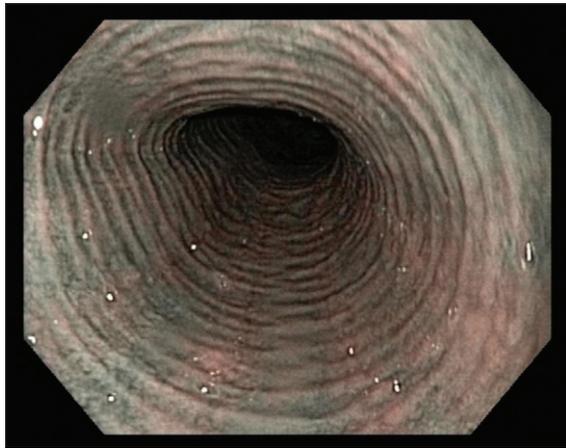
### Endoscopia digestiva alta

En la Figura 1 podemos observar apenas abordamos el esófago alto una imagen en anillado de la mucosa, también llamada “en cartón corrugado”. Esta alteración es también bien evidente con la NBI (Imagen de banda angosta). En la Figura 2, con tipo de imagen normal, podemos observar que hacia el esófago distal se observan algunos surcos dispuestos longitudinalmente con algunos grumos blanquecinos que no se movilizan con el lavado bajo visión directa. En las Figuras 3 y 4, con NBI, se observan claramente tanto los surcos como los grumos blanquecinos. Finalmente, en las Figuras 5 y 6 podemos observar la unión gastroesofágica con la línea “Z” muy cartográfica y levemente erosiva. Los hallazgos endoscópicos en estómago y duodeno no fueron relevantes en relación con el diagnóstico endoscópico formulado y, como siempre hacemos en estos casos, tomamos biopsias gástricas y duodenales (además de las esofágicas) para confirmar que el compromiso de eosinófilos es solamente del esófago. El test de ureasa fue negativo.

### Examen histológico

En la Figura 7 se observan imágenes obtenidas de biopsias esofágicas de tercio medio. Tanto la fotografía A teñida con HE (200x) como la B teñida con Azul Alcian (100x), presentan numerosos eosinófilos intraepiteliales en cantidad mayor a 20 por campo de mayor aumento (CMA). Las imágenes C y D muestran mucosa gástrica antral y duodenal, prácticamente sin presencia de eosinófilos a nivel de la mucosa.

**Casos Clínicos**



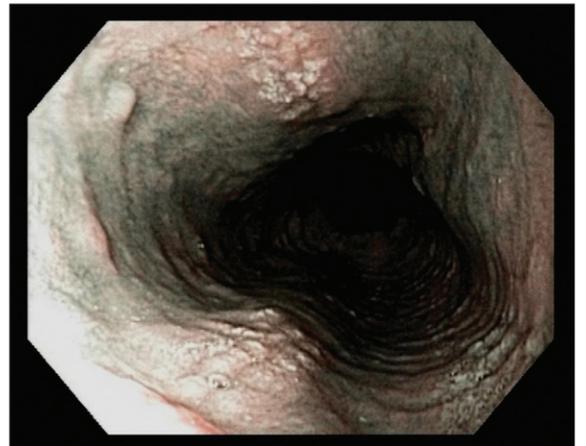
**Figura 1.**



**Figura 2.**



**Figura 3.**



**Figura 4.**



**Figura 5.**



**Figura 6.**

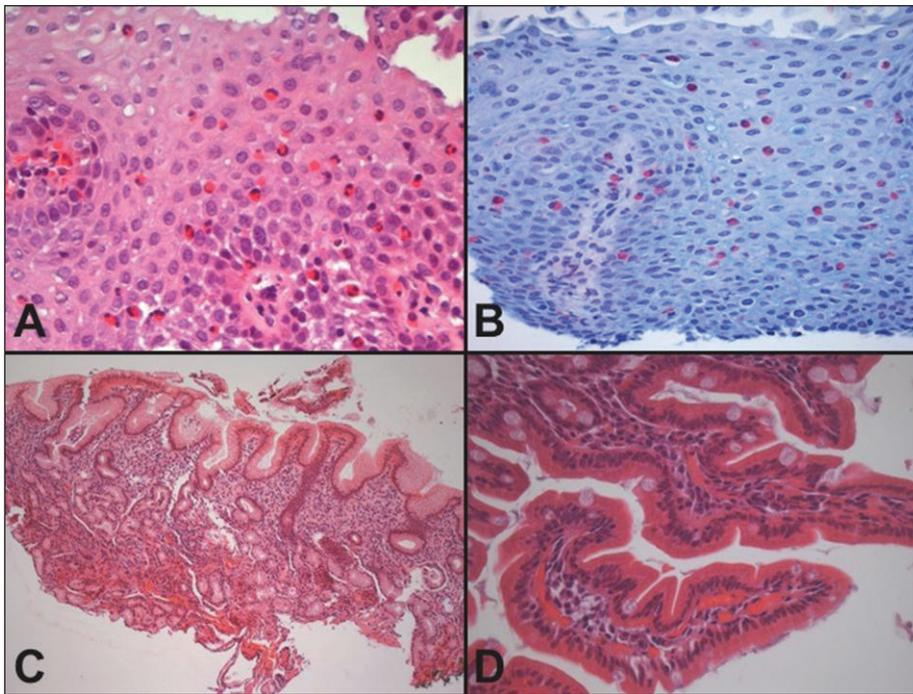


Figura 7.

### Diagnóstico endoscópico patológico

#### *Esofagitis eosinofílica*

Algunos antecedentes de relevancia clínica:

- Antecedentes personales y/o familiares de alergia.
- Síntomas de RGEP, a veces de larga data.
- Desde leves a severas reacciones incluyendo sensación de ahogo y obstrucción de las vías aéreas superiores. A veces con intenso dolor al pecho inmediato a la ingesta de alimentos muy específicos para cada individuo; y que no se relacionan por lo general a aquellos que producen RGEP o desencadenan o acentúan el dolor abdominal en la úlcera péptica, como por ejemplo kiwi, palta, frambuesa y otros.
- Vómitos y en algunos casos síntomas derivados de la impactación del bolo alimenticio en tercio inferior del esófago.
- Pueden existir antecedentes hereditarios de esofagitis eosinofílica.
- Género, la enfermedad es francamente más frecuente en los hombres.

*Claves para el diagnóstico endoscópico de esofagitis eosinofílica:*

- Los hallazgos endoscópicos pueden ser muy variables; desde alteraciones mínimas hasta aquellas que sugieren fuertemente el diagnóstico. Algunos autores comentan que incluso las alteraciones pueden estar ausentes, lo que no es de extrañar,

ya que esta patología puede regresar con medidas terapéuticas utilizadas en el RGEP y/o en las alergias, especialmente si se han utilizado corticoides. No debemos olvidar que luego del tratamiento, en muchos casos, no sólo es posible observar la regresión endoscópica sino también la histológica.

- Las alteraciones endoscópicas suelen ser fácilmente identificadas, como la presencia de surcos longitudinales, anillado (aspecto en cartón corrugado) y grumos blanquecinos que en realidad corresponden a abscesos eosinofílicos y ocasionalmente pueden ser confundidos con micosis.
- Es frecuente que estos pacientes presenten alteraciones endoscópicas en la unión gastroesofágica de acuerdo a su RGEP, incluyendo a veces metaplasia de Barrett.
- Puede existir estenosis esofágica cercana a la unión gastroesofágica, lo que puede demostrarse tanto endoscópica como radiológicamente.
- Es importante recordar que la toma de biopsias debe ser escalonada, aún en zonas en que la mucosa no muestre alteraciones. El rendimiento del diagnóstico por biopsias aumenta cuando las muestras se toman de los abscesos eosinofílicos.
- Debe recordarse que se trata de esófagos frágiles expuestos a complicaciones lo que es valedero tanto para la simple exploración endoscópica, como la toma de muestras y en especial si se hace dilataciones endoscópicas en aquellos casos que presentan estenosis.

## Casos Clínicos

*Claves para el diagnóstico histopatológico de esofagitis eosinofílica:*

- Veinte o más eosinófilos intraepiteliales por CMA, especialmente en muestras proximales, no todas las biopsias pueden estar comprometidas, ya que la lesión generalmente es multifocal, pero no difusa.
- Abscesos eosinofílicos, definidos como agregados de 4 o más de estas células formando colecciones intraepiteliales, también:
  - Gránulos eosinófilos extracelulares.
  - Alineamiento de eosinófilos a lo largo de la superficie epitelial.
  - Puede existir regresión temporal de lesiones luego de la terapia.

### Resumen

Presentamos el caso de una mujer de 42 años, obe-

sa, con reflujo gastroesofágico patológico (RGEP) y una hernia hiatal por deslizamiento diagnosticada el año 2004. Desde entonces ha recibido omeprazol en forma discontinuada. Durante el 2007 los síntomas de RGEP se hacen más intensos e intolerables el último mes, con aumento de la pirosis, epigastralgia y dolor al pecho. La panendoscopia demuestra alteraciones características de esofagitis eosinofílica con aspecto anillado del esófago, surcos longitudinales y grumos blanquecinos.

Las biopsias escalonadas del esófago confirman el diagnóstico con más de 20 eosinófilos intraepiteliales por campo de mayor aumento (CMA) y las biopsias de estómago y duodeno prácticamente no presentan eosinófilos. Las claves para el diagnóstico endoscópico e histopatológico se cumplen perfectamente en este caso.

**Palabras clave:** Esofagitis eosinofílica, correlación endoscópico-patológica.

### Referencias

- 1.- Attwood S, Smyrk T, Demeester T, Jones B. Esophageal eosinophilia with dysphagia. A distinct clinicopathological syndrome. *Dig Dis Sci* 1993; 38: 109-16.
- 2.- Fox V, Nurko S, Furuta G. Eosinophilic esophagitis: it's not just kid's stuff. *Gastrointest Endosc* 2002; 56: 260-70.
- 3.- Kapel R, Miller J, Torres C, et al. Eosinophilic esophagitis: a prevalent disease in the United States that affects all age groups. *Gastroenterology* 2008; 134: 1316-21.
- 4.- Furuta G, Liacouras C, Collins M, et al. First International Gastrointestinal Eosinophil Research Symposium (FIGERS). Eosinophilic esophagitis in children and adults: a systematic review and consensus recommendations for diagnosis and treatment. *Gastroenterology* 2007; 133: 1342-63.
- 5.- Leclercq P, Marting A, Gast P. Eosinophilic esophagitis. *N Engl J Med* 2007; 357: 1446-7.
- 6.- Lucendo A, Carrión G, Navarro M, et al. Esófagitis eosinofílica del adulto, causa emergente de disfagia. Presentación de 9 casos. *Rev Esp Enferm Dig* 2005; 97: 229-39.
- 7.- Llorens P, Contreras L, Esófagitis eosinofílica. Capítulos Escogidos en Afecciones del Tracto Digestivo Superior. Ed. Llorens P. Alfabeta Artes Gráficas 2008; págs 140-9.