

Caso clínico

Gastroenteritis eosinofílica: aspectos clínicos e imagenológicos de una entidad poco frecuente, reporte de caso

Andrés Labra W.¹, Giancarlo Schiappacasse F.¹, Israel Díaz A.²,
Isabel Adlerstein L.², Alex Navarro R.³ y Daniel Carvajal H.⁴

¹Médico Radiólogo. Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo. Departamento Imágenes. Servicio TC y RM, Clínica Alemana. Santiago, Chile.
²Residente de Radiología. Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.
³Médico Gastroenterólogo, Clínica Alemana. Santiago, Chile.
⁴Médico Anatómopatólogo, Clínica Alemana. Santiago, Chile.

Recibido: 7 de mayo de 2020
Aceptado: 4 de junio de 2020

Correspondencia a:
Giancarlo Schiappacasse
Faúndes Vitacura 5951. Santiago.
Teléfono: +56222101073
gschiappacasse@gmail.com

Eosinophilic gastroenteritis: clinical aspects and imagenological features of an infrequent entity, case report

Eosinophil-associated diseases constitute a group of pathologies where eosinophils play an important role. Among them, eosinophilic gastroenteritis is a rare entity. Few demographic data exist in the literature, with an estimated prevalence of 28-30/100,000. The symptoms presented by patients mainly depend on the affected segment of the gastrointestinal tract and the layer infiltrated by eosinophils. We report a 22-year-old male patient with a one-month history of diarrhea, with mucus and occasionally hematic striae. Initial laboratory tests showed leukocytosis with eosinophilia, and imaging studies showed extensive involvement of the gastrointestinal tract characterized by diffuse concentric parietal thickening and submucosal edema associated with ascites. Upper endoscopy and biopsy confirmed the presence of foci of infiltration by eosinophils. The patient was treated with corticosteroids and a lactose and wheat free diet, with a favorable evolution, without relapse after stopping corticosteroid treatment.

Key words: Gastroenteritis, Eosinophilia, Diagnostic Imaging, Endoscopy, Biopsy.

Resumen

Las enfermedades asociadas a eosinófilos constituyen un grupo de patologías en que el aumento de los eosinófilos presenta un rol fundamental, encontrándose entre ellas la gastroenteritis eosinofílica, entidad poco frecuente. En la literatura existen pocos datos demográficos, con una prevalencia estimada entre 28-30 /100.000 habitantes. Los síntomas dependen principalmente del segmento afectado del tracto gastrointestinal y de la capa de la pared infiltrada por eosinófilos. Se presenta el caso clínico de un paciente masculino de 22 años con cuadro de diarrea de un mes de evolución, asociado a mucosidad y ocasionalmente estrias hemáticas. El estudio de laboratorio inicial mostró leucocitosis con eosinofilia, realizándose estudios de imágenes que demuestran extenso compromiso del tubo digestivo caracterizado por engrosamiento parietal difuso concéntrico y edema submucoso del estómago como también de asas de intestino delgado, asociado a ascitis. La endoscopia digestiva alta y biopsia confirmaron la presencia de focos de infiltración por eosinófilos. El paciente fue tratado con corticoides y dieta con restricción de lactosa y trigo, con evolución favorable, sin recaída tras la suspensión del tratamiento corticoidal.

Palabras clave: Gastroenteritis, Eosinofilia, Diagnóstico por imagen, Endoscopia, Biopsia.

Introducción

Las enfermedades asociadas a eosinófilos constituyen un grupo de patologías donde estas células tienen un rol central. Su función protectora, al ser leucocitos proinflamatorios, puede dañar diversos tejidos a través de una respuesta inflamatoria que puede ser

primaria o secundaria, según se encuentre o no una causa subyacente¹.

En la literatura existen pocos datos demográficos, debido a su baja incidencia. Se ha estimado una prevalencia de 28-30/100.000 habitantes, con leve predominio en hombres (1,2:1)². Los síntomas dependen principalmente del segmento afectado del tracto

gastrointestinal y de la capa de la pared infiltrada por eosinófilos. Por esto, los hallazgos tanto clínicos como en los estudios de imágenes pueden ser distintos en cada paciente³.

El objetivo de este artículo es presentar un reporte de caso de gastroenteritis eosinofílica y una revisión de la literatura asociada.

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 22 años, con antecedente de rinitis alérgica. Presenta cuadro de diarrea de un mes de evolución, 6-8 episodios al día, con mucosidad y ocasionalmente con algunas estrías hemáticas. Se asocia a dolor abdominal cólico. Dentro de los exámenes de laboratorio destacan leucocitosis ($14.200/\text{mm}^3$) destacando en la fórmula diferencial eosinofilia hasta un 41,8%, con recuento total de eosinófilos de $5.935/\text{mm}^3$. El panel filmarray de infecciones gastrointestinales fue negativo (kit FilmArray Gastrointestinal panel Biofire®, detección de 21 patógenos por amplificación múltiple de genomas de patógeno por PCR).

Se realiza el estudio inicial con ecografía de abdomen, la cual muestra como hallazgo principal un engrosamiento parietal concéntrico en asas de intestino delgado asociado a líquido libre intra-abdominal (Figura 1. A-B). Se continúa el estudio con Tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis con contraste intravenoso que confirma extenso compromiso del tubo digestivo, caracterizado por significativo engrosamiento parietal concéntrico asociado a edema submucoso del colon ascendente y transverso, como también del íleon distal. Las restantes asas de yeyuno e íleon, la pared gástrica y el tercio distal del esófago presentan cierto grado de engrosamiento difuso concéntrico determinado por edema submucoso (Figura 1 D-E). También se observa, tanto en ecografía como en TC, moderado engrosamiento difuso vesical tanto asociado a realce con el contraste intravenoso (Figura 1 C-F).

Tras estos hallazgos, se completa el estudio con endoscopia digestiva alta, destacando tenues surcos longitudinales en esófago, sin signos de estenosis. A nivel gástrico y duodenal se observan algunos focos de eritema (Figura 2 A-B). Las biopsias esofágicas no mostraron alteraciones significativas, las muestras

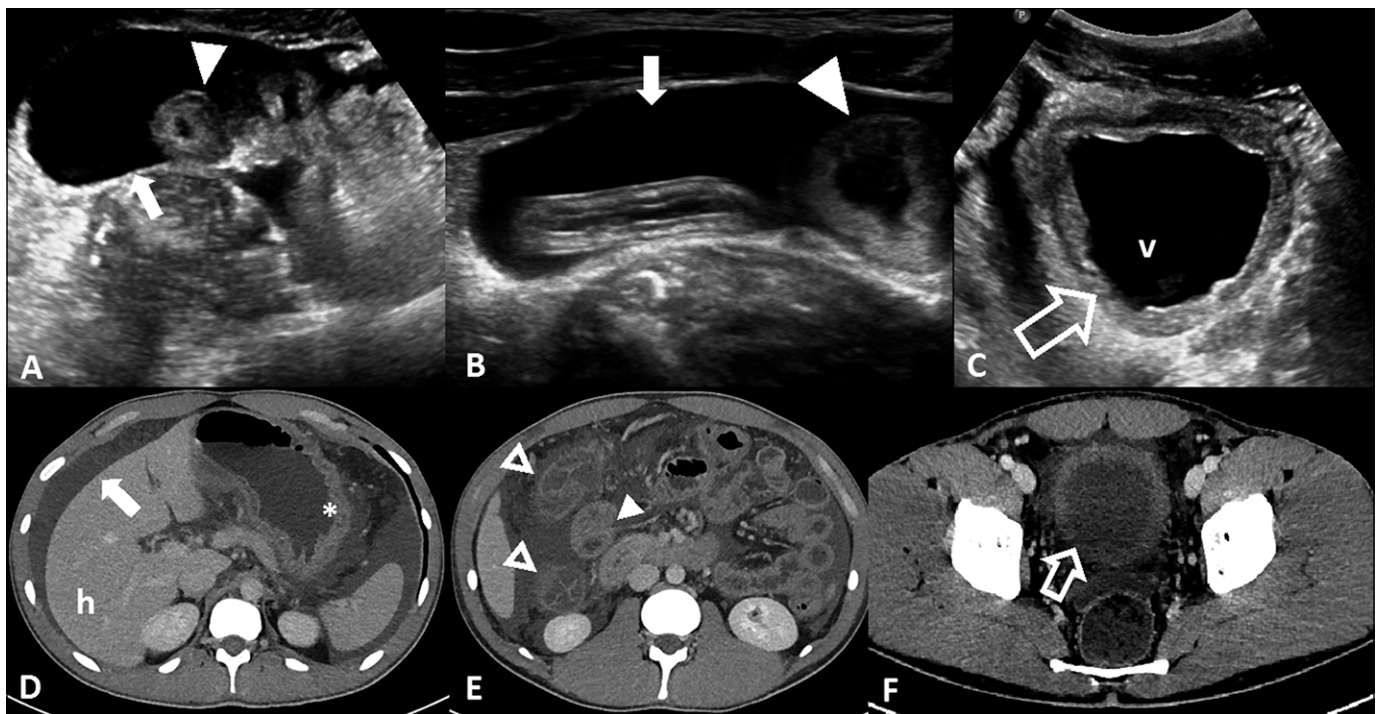


Figura 1. Ecografía abdominal (A-C) y TC de abdomen y pelvis (D-F). **A-B:** Cortes transversal y longitudinal en fosa ilíaca derecha que muestra un asa intestinal de pared engrosada (punta de flecha), rodeada de líquido libre (flecha). **C:** Corte transversal de vejiga (v) la cual presenta engrosamiento parietal difuso (flecha). **D:** Engrosamiento parietal con signos de edema submucoso del estómago (*), además se evidencia líquido libre perihepático (flecha). **E:** Engrosamiento parietal concéntrico con edema submucoso de las paredes del colon ascendente y transverso (cabezas de flecha) y engrosamiento parietal del íleon terminal (cabeza de flecha). **F:** Vejiga (v) con engrosamiento parietal difuso asociado a edema de los planos grasos adyacentes (flecha).

Caso clínico

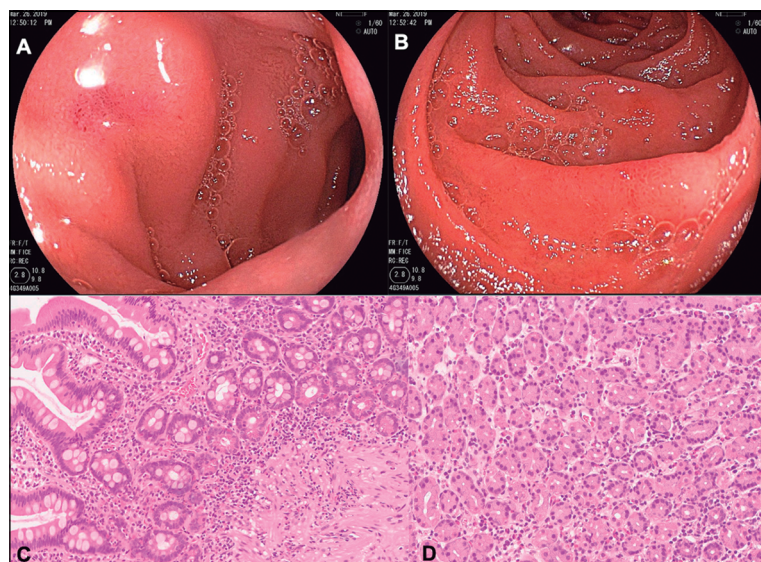


Figura 2. Endoscopia digestiva alta (A-B) y biopsias (C-D). **A-B:** Mucosa duodenal con edema en pliegues, focos de eritema y petequias. **C:** Panel duodeno. Mucosa duodenal de arquitectura conservada, con criptitis eosinofílica y aumento del infiltrado de eosinófilos, con formación de agregados (20X). **D:** Panel estómago. Mucosa corporal con gastritis crónica leve, inactiva, y aumento del infiltrado intersticial de eosinófilos (20X).

de duodeno muestran focos de criptitis eosinofílica, con compromiso de la muscular de la mucosa con infiltrado focal de eosinófilos (Figura 2 C). Mucosa corporal y antral con gastritis crónica superficial focal, con infiltrado de eosinófilos en la lámina propia con hasta 47 eosinófilos/campo (Figura 2 D). Con estos hallazgos, se confirma el diagnóstico de gastroenteritis eosinofílica.

Los test cutáneos para alergia alimentaria sugieren posible sensibilización a harina de trigo, maíz, arroz, leche de vaca, lenteja, poroto y maní, mediante prick test. El test de parches no indicó sensibilización. La serología antiendomiso y antitransglutaminasa previamente efectuados en laboratorio externo, fueron negativas. No se solicitó estudio de IgA concomitante y no se efectuó paracentesis diagnóstica.

El paciente fue tratado con prednisona 0,5 mg/kg durante 4 semanas, y luego con descenso 10 mg/semanal hasta suspenderse. Además, se indicó dieta con restricción de lácteos y trigo. La evolución fue favorable, con desaparición de síntomas y sin recaída clínica tras la suspensión de corticoides. El período de seguimiento clínico superaba 6 meses al momento del manuscrito. Está en espera de control de imágenes e histológico.

Discusión

Las alteraciones del tracto gastrointestinal producidas por eosinófilos son un grupo de enfermedades

poco frecuentes con menos de 300 casos en la literatura³, caracterizadas por síntomas gastrointestinales derivados de la infiltración de eosinófilos en el tracto digestivo producto de una respuesta inflamatoria inmune. Esta puede corresponder a una respuesta primaria cuando no se encuentra una causa subyacente, o bien puede ser secundaria a patologías subyacentes: síndrome hipereosinofílico, infecciones, enfermedades del tejido conectivo o enfermedad inflamatoria intestinal¹.

Se presentan con mayor frecuencia entre la tercera y quinta década de la vida. Hasta el 70% de los pacientes tiene historia de alergias alimentarias o desórdenes atópicos. La cronicidad de los síntomas y la eosinofilia periférica en sangre son claves para el diagnóstico de esta entidad^{1,3}.

La gastroenteritis eosinofílica es una condición infrecuente, causada por infiltración del estómago, intestino delgado o ambos, generalmente localizado en la pared. Los síntomas dependen del segmento involucrado (estómago, intestino delgado) y de la capa afectada (mucosa, muscular de la mucosa o serosa)⁴.

La forma más común de presentación es el compromiso de la mucosa hasta en 57% de los casos, manifestándose clínicamente con dolor abdominal, vómitos, diarrea, sangrado y malabsorción. Otra forma de presentación es la afectación de la muscular, manifestándose clínicamente con síntomas obstructivos⁵. Finalmente, los pacientes con afectación de la serosa presentan clínicamente ascitis, derrame pleural y elevados niveles de eosinófilos en sangre periférica¹⁻⁵.

La tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis con contraste endovenoso es el método de imágenes de elección en la evaluación de estos pacientes, debido a que permite identificar el grado de compromiso parietal, el segmento afectado, la extensión y el compromiso de estructuras adyacentes¹.

Los hallazgos imagenológicos también varían según la porción de la pared afectada. En la afectación de la mucosa, la TC puede mostrar engrosamiento de los pliegues mucosos, engrosamientos nodulares, pólipos y úlceras, con una mayor impregnación de la mucosa. En la forma muscular, se observa engrosamiento de las paredes intestinales, que determina estenosis del lumen, o en casos avanzados signos de obstrucción intestinal. Estos hallazgos pueden simular procesos neoplásicos, como linfoma, sin embargo, el signo del halo puede orientar a un origen inflamatorio, traduciendo edema submucoso.

En la forma serosa se observa ascitis, derrame pleural, asociado a mayor realce de las serosas, engrosamiento omental, y en algunos casos adenopatías mesentéricas con centro necrótico³.

La endoscopia puede no mostrar hallazgos en el subtipo seroso. Sin embargo, en la presentación con compromiso mucoso se puede observar focos de

edema, eritema, erosiones, úlceras superficiales o nodularidad. En algunos casos con compromiso muscular se puede observar engrosamiento de pliegues o estenosis. En el caso presentado pudo ser útil el análisis citológico del líquido ascítico, dado que puede mostrar eosinofilia, lo que orienta al diagnóstico de una variedad con compromiso seroso. Sin embargo, al contar rápidamente con resultados del estudio histológico, se pudo establecer en las biopsias de mucosa gástrica y duodenal la presencia de infiltración eosinofílica, siendo innecesario obtener biopsias, además por enteroscopia^{2,6}.

Hay otros órganos que pueden verse comprometidos por enfermedades asociadas a eosinófilos, entre ellos la vejiga, como ocurrió en nuestro paciente. Se ha reportado compromiso vesical asociado a gastroenteritis eosinofílica hasta en 4,5% de los casos caracterizado por engrosamiento marcado y difuso de la pared vesical, con respeto de la línea mucosa y realce progresivo con medio de contraste endovenoso⁷.

Existen diversos tratamientos en esta patología. Por la concomitancia con alergias alimentarias, se han utilizado dietas de exclusión (leche, soya, huevo, trigo, maní, mariscos-pescados)². Estas dietas son efectivas en algunos casos, pero al ser estrictas, afectan la calidad de vida en el largo plazo, por lo que se han simplificado a 3 alimentos (leche, huevo, trigo) o 2 alimentos (leche y trigo)⁹. Numerosos reportes han definido la utilidad del tratamiento con corticoides, especialmente en la forma serosa⁷. Con prednisona

0,5-1 mg/kg, se obtiene remisión clínica en 2-14 días y posteriormente se programa el descenso gradual, hasta suspender si es posible. En aquellos pacientes con recaída al disminuir corticoides, se puede intentar mantener la dosis mínima efectiva, con los riesgos de efectos adversos en largo plazo o bien intentar uso de budesonida. Otros tratamientos incluyen inhibidores de mastocitos, antihistamínicos y antagonistas del receptor de leucotrieno. En este caso, se realizó tratamiento dietético con exclusión de lácteos y trigo, además del tratamiento corticoidal, con remisión clínica.

La evolución a largo plazo es variable, algunos pacientes tienen un solo evento, otros tienen recaídas y desafortunadamente una menor proporción tiene un curso continuo. En un período de observación superior a 6 meses, nuestro paciente no ha presentado nuevamente síntomas.

Conclusión

La gastroenteritis eosinofílica es una enfermedad poco frecuente, que se caracteriza por infiltración de eosinófilos en las paredes del tubo digestivo. La clínica referida por el paciente puede variar dependiendo del segmento y pared comprometidas. El uso de la tomografía computada permite identificar de forma fiable los elementos descritos, permitiendo una aproximación diagnóstica cuando existe correlación con hallazgos de laboratorio y antecedentes clínicos.

Referencias

- 1.- Katre R, Sunnapwar A, Restrepo C, Katabathina V, Mumbower A, Baxi A, et al. Cardiopulmonary and gastrointestinal manifestations of eosinophil associated diseases and Idiopathic hypereosinophilic syndromes: Multimodality Imaging Approach. *RadioGraphics*. 2016;36:433-51.
- 2.- Zhang M, Li Y. Eosinophilic gastroenteritis: A state-of-the-art review. *Gastroenterology and Hepatology*. 2017;32: 64-72.
- 3.- Ahualli J, Méndez-Uriburu L, Ravera ML, Raimondo MA, Ortiz Mayor M. Enteritis eosinofílica primaria: a propósito de un caso. *Radiología*. 2007;49:272-4.
- 4.- Caunedo-Álvarez A. Gastroenteritis eosinofílica: aspectos clínicos y terapéuticos. *RAPD online*. 2012;35:245-54.
- 5.- Anuradha C, Mittal R, Yacob M, Manipadam MT, Kurian S, Eapen A. Eosinophilic disorders of the gastrointestinal tract: imaging features. *Diagn Interv Radiol*. 2012;18:183-8.
- 6.- Rached A, Hajj W. Eosinophilic gastroenteritis: Approach to diagnosis and management. *World J Gastrointest Pharmacol Ther*. 2016;7:513-23.
- 7.- Han S, Chen Y, Qian Z, Yang L, Yu R, Zhu X, et al. Eosinophilic gastroenteritis associated with eosinophilic cystitis: Computed tomography and magnetic resonance imaging findings. *World J Gastroenterol*. 2015;21:3139-45.
- 8.- Sunkara T, Rawla P, Yarlagadda KS, Gaduputi V. Eosinophilic gastroenteritis: diagnosis and clinical perspectives. *Clin Exp Gastroenterol*. 2019;12:239-53.
- 9.- Sasaki A, Sugimoto M, Tokaji M, Irahara M, Okamoto K, Uehara H, et al. Efficacy of an Elimination Diet in a Patient With Eosinophilic Gastroenteritis: A Pediatric Case With Multiple Food Allergies. *J Med Invest*. 2019;66:201-4.