



Fig. 1. Imagen endoscópica en «anillos concéntricos».

Disfagia en paciente joven con historia de atopía

Sr. Director:

Se trata de un varón de 31 años con antecedentes personales de alergia a eritromicina, polen, pelo de animal y leche, asma bronquial estacional y sinusitis. En tratamiento ocasional con salbutamol y corticoides. No presenta hábitos tóxicos. Acude al Servicio de Urgencias por episodio brusco de atragantamiento al ingerir un comprimido de ibuprofeno, presentando intensa sialorrea. Refiere tener disfagia ocasional desde hace algunos años, que se resuelve espontáneamente y lo relaciona con la ingesta de quesos, mariscos y melón. Se realizan una serie de exploraciones complementarias: Esfagogastroscoopia urgente: a 30 cm de la arcada dentaria se evidencia una estenosis infranqueable endoscópicamente, visualizándose a ese nivel la presencia de un comprimido impactado, procediéndose a su extracción endoscópica, tras la cual se objetiva la existencia de un desgarro mucoso en el lugar de la impactación y proximal a la misma. El

tramo de esófago visualizado presenta morfología anillada con pérdida de la peristalsis.

Análítica: hemograma: serie roja y plaquetas normales, leucocitos 5.200 (47,3% neutrófilos, 33,8% linfocitos, 8,1% monocitos, 10,3% eosinófilos, 0,5% basófilos); velocidad de sedimentación globular (VSG): 13 mm; bioquímica: todos los parámetros dentro de la normalidad; estudio inmunológico: inmunoglobulina (Ig)E total 395 UK/l, IgA, IgG e IgM normales.

Esfagogastroscoopia diferida (con endoscopio ultrafino): esófago de calibre disminuido; erosión de 3 cm de longitud a nivel del tercio superior, mucosa de aspecto anillado pálido y escaso peristaltismo. Cavidad gástrica, bulbo y segunda porción duodenal sin hallazgos relevantes. Se tomaron biopsias múltiples: hallazgos histológicos de esofagitis con marcada infiltración eosinofílica, en número mayor de 20 por campo de gran aumento. Mucosa de estómago y duodeno normales. Estudio alergológico: alergia a polen de gramíneas y plantago; a epitelio de perro y gato; a proteínas de leche de cabra y oveja; a mariscos, crustáceos y melón.

El paciente fue tratado con fluticasona tópica durante 8 semanas. A los tres meses se encontraba bien, con desaparición de la disfagia y sin haber presentado ningún episodio de atragantamiento. Se realizó nueva endoscopia con biopsia esofágica: la mucosa esofágica mostraba una presencia normal y el anatomopatólogo informó que el aspecto histológico era el de un esófago también normal.

La esofagitis eosinofílica es una entidad rara, de incidencia desconocida, infradiagnosticada, de mayor frecuencia en niños y pacientes jóvenes, varones, con antecedentes atópicos y alergias alimentarias. Se caracteriza por la intensa infiltración de la mucosa esofágica por leucocitos eosinófilos, en ausencia de afectación de otros tramos del tracto digestivo^{1,2}. Su fisiopatología es poco clara y parece relacionarse con una reacción alérgica local a nivel del esófago, como reacción secundaria a algunos alimentos o la liberación pulmonar de algunas interleucinas en relación a aeroalergenos, sin afectación a otros niveles del tracto digestivo. La presentación clínica puede ser muy variable: historia de disfagia recurrente, de larga evolución, que no responde a procinéticos ni inhibidores de la bomba de protones (IBP); síntomas de reflujo gastroesofágico (RGE); episodios recurrentes de impactación alimentaria; dolor torácico; síntomas respiratorios, etc. Para el diagnóstico de esta entidad es imprescindible la realización de una esofagoscopia con toma de biopsias múltiples, ya que el diagnóstico definitivo es histo-

lógico, con presencia de un denso infiltrado eosinofílico en el epitelio escamoso (recuento mínimo de 20 eosinófilos por campo de alta resolución). Los hallazgos endoscópicos pueden ser polimorfos y variados, desde una mucosa de aspecto normal hasta membranas, anillos u ondulaciones, estenosis fijas regulares, focales o difusas, siendo el hallazgo más característico la existencia de una mucosa rugosa, ondulada y de aspecto frágil y cicatricial (signo de «*crepe-paper*») (fig. 1). La presencia de eosinofilia periférica sólo ocurre en el 30% de casos. El patrón radiológico (esofagograma) y manométrico es inespecífico y a veces incluso normal. En cuanto al tratamiento de esta patología, el aspecto más importante es la supresión de los alérgenos de la dieta, en el caso de que éstos sean conocidos. También puede ser necesario emplear corticoides tópicos (fluticasona inhalada) o sistémicos (prednisona o budesonida) durante 8-12 semanas³. En lo referente a la historia natural de la enfermedad, se sabe que la esofagitis eosinofílica es una enfermedad primaria y limitada al esófago. Hasta el momento no se considera una entidad potencialmente maligna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lucendo Villarín AJ, Carrión Alonso G, Navarro Sánchez M, Martín Chavarrí S, Gómez Senent S, Castillo Grau P, et al. Esofagitis eosinofílica del adulto, causa emergente de disfagia. *Rev Esp Enferm Dig*. 2005;97(4):229-39.
2. Straumann A, Spitchin HP, Grize L, Bucher KA, Beglinger C, Simon HU. Natural history of primary eosinophilic esophagitis: A follow-up of 30 adult patients for up to 11.5 years. *Gastroenterology*. 2003;125:1660-9.
3. Potter JW, Saeian K, Staff D, Massey BT, Komorowski RA, Shaker R, et al. Eosinophilic esophagitis in adults: an emerging problem with unique esophageal features. *Gastrointest Endosc*. 2004;59:355-61.

P. Olivencia Palomar, S. Ávila Nasi, D. Carral Martínez
y L. López Rosés
Sección de Aparato Digestivo. Hospital Xeral-Calde. Lugo.