



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 387/67 - ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA

A. Artime Fernández<sup>1</sup>, B. Gutiérrez Muñoz<sup>2</sup>, C. Varela César<sup>3</sup>, I. Hernando García<sup>2</sup>, M. Maamar El Asri<sup>4</sup>, D. Simarro Díaz<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Cantabria. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro. Santander. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. <sup>5</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Niño de 10 años con antecedentes personales de asma y rinoconjuntivitis sin tratamiento actual. En seguimiento por digestivo infantil, dos ingresos previos por impactación de cuerpo extraño en esófago que requirieron extracción por endoscopia. En la biopsia extraída en el último episodio, se observó esofagitis aguda grado 4 con esporas e hifas tipo *Cándida* y escasos eosinófilos. Recibió tratamiento con fluconazol durante 3 semanas y omeprazol durante 2 meses. Pendiente de realizar nueva biopsia de control. Acude a su centro de Salud por episodio de atragantamiento comiendo un bocadillo de carne. Refiere sensación de cuerpo extraño, náuseas y vómitos asociados. No clínica respiratoria ni otra sintomatología. En una primera valoración no se objetivan alteraciones, pero ante la persistencia de la clínica decide derivarse a Urgencias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Hemodinámicamente estable. Auscultación cardíaca rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar buena ventilación bilateral sin ruidos añadidos. Abdomen anodino. No exantemas ni petequias. Se realiza una primera valoración por otorrinolaringología que no objetivas alteraciones por lo que se decide valoración endoscópica. En la gastroscopia se identifica bolo de carne que, con la insuflación del tubo, pasa a cavidad gástrica. Se observa una mínima dislaceración mucosa. Dados los antecedentes, se decide realizar biopsia de control donde se objetiva esofagitis eosinofílica (> 15 eosinófilos por campo de gran aumento). Se decide por tanto iniciar tratamiento con fluticasona.

**Juicio clínico:** La esofagitis eosinofílica es una enfermedad inflamatoria crónica, caracterizada por la presencia de síntomas esofágicos e infiltración eosinofílica (> 15 eosinófilos por campo de gran aumento) del epitelio esofágico.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedad por reflujo gastroesofágico, gastritis, anillos esofágicos congénitos, esofagitis infecciosa, esofagitis medicamentosa, esofagitis cáustica.

**Comentario final:** La esofagitis eosinofílica afecta característicamente a niños y adultos jóvenes, de sexo masculino y con enfermedades atópicas concomitantes (asma y rinoconjuntivitis). Los lactantes y los niños suelen presentar vómitos y escasa ganancia de peso mientras que los adolescentes sufren disfagia con los alimentos sólidos acompañada en ocasiones de impactación del bolo alimenticio o estenosis. El tratamiento consiste en restricciones dietéticas, tratamiento con corticoides tópicos y sistémicos o anticuerpos anti-interleucina 5. En cuanto al pronóstico, se trata de una enfermedad remitente -recidivante que cursa con

complicaciones como la estenosis. En el caso de nuestro paciente, no respondió al tratamiento dietético, se obtuvo una respuesta parcial con corticoides y actualmente se encuentra en ensayo terapéutico con cromoglicato disódico.

### Bibliografía

Atkins D, Kramer R, Capocelli K, et al, Eosinophilic esophagitis; the newest esophageal inflammatory disease. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2009;6:267-78.

Hill CA, Ramakrishna J, Fracchia S, et al. Prevalence of eosinophilic esophagitis in children with refractory aerodigestive symptoms. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013;139:903-6.