Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):5

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2711 - Hipereosinofilia idiopática, ¿qué puede esconder?

M. Barranca Escobar[a], P. Chico Nieto-Sandoval[a], C. Flores Rivera[a], C. Cestero Venegas[a], J.C. Risco Solanilla[b], M.Á. Dorado Muñoz[c], Á.M. Berrocal Acevedo[d], B. Leal Correa[e], J. Soto Olivera[a] y A. Carrasco Fernández[a]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [e]Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Santa Amalia. Badajoz. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Jerez de los Caballeros. Badajoz. [d]Médico de Familia. PAC Alconchel. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 34 años asintomático, con antecedentes personales de alergia estacional, que presenta en analítica de rutina eosinofilia de 10.000 eosinófilos (límite superior 500) sin otras alteraciones analíticas. Es derivado a Urgencias para valoración más exhaustiva.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física el paciente presenta buen estado general. TA 150/93 mmHg, FC 113 lpm, Tª 36,5 ºC. En una primera analítica se constata eosinofilia de 10.300 eosinófilos. Se repite la analítica más tarde y la eosinofilia ha bajado a 8.900. Como el paciente no presenta patología urgente se le aconseja seguimiento por su médico de familia, donde es visto en consulta una semana más tarde. Allí, sigue presentando buen estado general y encontrándose afebril. Radiografía de tórax realizada el día anterior sin hallazgos patológicos. Aporta informe de ecografía abdominal descrita como "rigurosamente normal". Reinterrogado refiere viaje hace dos meses a Italia y a Portugal. Como únicos síntomas refiere algo de cansancio y dispepsia. Se solicita test de parásitos en heces, que resulta negativo, y se repite análisis de sangre, donde la eosinofilia ha bajado hasta 4.200.

Juicio clínico: Hipereosinofilia idiopática.

Diagnóstico diferencial: Parasitosis, alergia, síndrome hipereosinofílico idiopático.

Comentario final: La eosinofilia suele ser debida a parasitosis, sobre todo en países donde estas enfermedades son más prevalentes, y siendo más común esta causa en el caso de pacientes pediátricos. También puede responder a causas de etiología alérgica (incluyendo estados atópicos e hipersensiblidad a fármacos), asma, dermatitis y dermopatías autoinmunes (pénfigo, psoriasis, esclerodermia); o estar relacionada con neoplasias hematológicas como la leucemia mieloide crónica o la policitemia vera, e incluso como manifestación paraneoplásica asociada a algunos linfomas. Una causa mucho más rara es el síndrome hipereosinofílico idiopático, una enfermedad en la que la cantidad de eosinófilos supera las 1.500 células por microlitro durante un periodo mayor a 6 meses sin causa evidente. Esto ocasiona lesiones en los tejidos, con una predilección especial por el miocardio. Éste se ve sometido a un engrosamiento fibroso y da lugar a la fibrosis endomiocárdica (enfermedad de Davies) y a la endocarditis de Loeffler (mayor prevalencia en climas templados).

Bibliografía

1. Lo DL, Kasper DL, Jameson JL, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo L, eds. Principios de Medicina Interna Harrison, 18ª ed. Mc Graw-Hill, 2012.

Palabras clave: *Hipereosinofilia idiopática.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.