

No hay duda de que la variabilidad y la incertidumbre están asociadas a la ciencia y al desarrollo del conocimiento y que cierto grado de variabilidad en los criterios de los profesionales también es positivo por significar un abanico de opciones para el paciente. Pero aceptando cierta variabilidad, siempre debemos actuar de forma lógica, racional y apoyados en la evidencia científica, teniendo en cuenta todo el contexto y antecedentes del paciente. En este caso, además de que el diagnóstico es incorrecto basándose en las pruebas disponibles, es sumamente importante tener presente el trastorno hipocondríaco antes de emitir cualquier diagnóstico, pero mucho más si no existe la certeza absoluta del mismo. En este caso el ser «especialista» no exime de la responsabilidad de conocer el resto de las patologías del paciente y actuar de acuerdo a ello.

Nos enseña el valor de las pruebas en los diferentes grupos de edad y su aplicación en la práctica. Debemos tener en cuenta el valor predictivo del PSA en personas mayores, considerando normal niveles de PSA libre de hasta 6,4 ng/ml en mayores de 70 años siempre que la clínica y el resto de las exploraciones no indiquen otra cosa<sup>2,3</sup>. En los casos de PSA total moderadamente elevado, son de utilidad para valorar la indicación de biopsia de próstata la determinación del porcentaje PSA libre/PSA total y la velocidad del PSA.

Desde el punto de vista ético nos podemos plantear el hecho de comenzar tratamiento de cáncer sin la certeza diagnóstica que debe otorgar la anatomía patológica tras biopsia. Solo parece justificado comenzar el tratamiento en casos de personas con evidencia de enfermedad avanzada en pruebas de imagen, pluripatología y niveles de PSA extremadamente elevados (alrededor de 100 ng/ml)<sup>4</sup>.

Por último este caso destaca el papel del médico de familia que debe coordinar la atención que el mismo presta con la recibida por el paciente en otros niveles ya sean

públicos o privados y teniendo siempre como objetivo la mejor atención global y el máximo beneficio, evitando, como en este caso, los riesgos innecesarios que pueden derivarse de la propia atención médica.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Morera Montes J. Situación de alto riesgo. *Aten Primaria*. 2008;40:35–8.
2. Vickers AJ, Ulmert D, Serio AM, Björk T, Scardino PT, Eastham JA, et al. The predictive value of prostate cancer biomarkers depends on age and time to diagnosis: towards a biologically-based screening strategy. *Int J Cancer*. 2007;121–30.
3. Luboldt HJ, Swoboda A, Börgemann C, Fornara P, Rübber H, Early Detection Project Group of the German Society of Urology. Clinical usefulness of free PSA in early detection of prostate cancer. *Onkologie*. 2001;24:33–7.
4. Young Jang J, Sig Kim Y. Is prostate biopsy essential to diagnose prostate cancer in the older patient with extremely high prostate-specific antigen? *Korean J Urol*. 2012;53:82–6.

J. Morera-Montes, M. Gómez-García\*  
y S. Castellanos-Redondo

*Medicina Familiar, Centro de Salud Mirasierra, Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), Área Norte, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mangomezg@telefonica.net](mailto:mangomezg@telefonica.net)  
(M. Gómez-García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.05.018>

## En relación con «Esofagitis eosinofílica, una enfermedad en auge»



### Eosinophilic oesophagitis: A disease on the increase

Sr. Director:

En relación con el caso publicado en SEMERGEN, titulado: «Esofagitis eosinofílica, una enfermedad en auge» y cuyos autores son Miranda García y Gutiérrez Teira<sup>1</sup>, queremos añadir una serie de comentarios.

Recientemente Castro Jiménez et al.<sup>2</sup> han publicado un artículo original donde se recogen las características demográficas, clínicas y alergológicas de pacientes con esofagitis eosinofílica (EoE) en España. Este estudio coincide con los resultados de otros previos en los datos clínicos y demográficos de pacientes con EoE, la cual afecta predominantemente a varones de entre 30 y 40 años, que manifiestan disfagia y/o impactación del bolo alimentario hasta 3,73 años antes

del diagnóstico de la enfermedad, así como la alta prevalencia de atopía encontrada en los pacientes estudiados, un 83,7%.

Este dato apoya ampliamente la fisiopatología basada en 2 factores: un mecanismo inmunoalérgico mediado por la sensibilización de linfocitos T a través de una respuesta TH2 a ciertos elementos de la dieta o del ambiente que actúan como alérgenos alimentarios o aeroalérgenos, o bien por un mecanismo mixto, también mediado por IgE; y la presencia de reflujo gastroesofágico que induce una respuesta inmune anormal y que podría conducir al inicio de EoE, o ser la EoE por sí sola el factor que predispone al reflujo gastroesofágico.

La sensibilización a alimentos constituye la principal hipótesis etiológica de la enfermedad. Lucendo et al.<sup>3</sup> recientemente han publicado un estudio desarrollado en nuestro país confirmando la implicación alimentaria en la patogénesis de la enfermedad. Ellos consideran que los antígenos alimentarios son los mayores detonantes en la inducción y mantenimiento de la inflamación eosinofílica esofágica hasta el punto que tras la evitación empírica del alimento responsable se produce una remisión clínica en

el 73,1% de los pacientes, siendo la leche el más común, seguido de los cereales, huevos y legumbres.

Tras los alimentos, la sensibilización a aeroalérgenos es la más relevante, relacionada con la aerobiología de la región. Los pólenes podrían producir inflamación a nivel esofágico<sup>4</sup> de forma similar a como lo hacen en la vía respiratoria, bien directamente o a través de reactividad cruzada con alimentos de origen vegetal, probablemente debido a la sensibilización a panalérgenos: proteínas transportadoras de lípidos y/o profilinas (alérgenos que son compartidos entre diferentes fuentes) en pacientes con polinosis.

Desde el punto de vista diagnóstico nos parece importante que el médico de atención primaria piense en esta entidad ante una clínica compatible con reflujo gastroesofágico que no responde a tratamiento convencional, disfagia y/o impactación alimentaria, iniciando tanto el estudio digestivo como alergológico, dada la elevada prevalencia de atopía en los pacientes con EoE.

Y desde el punto terapéutico insistir en la importancia de una dieta de evitación para el control de la enfermedad además del tratamiento farmacológico.

## Bibliografía

1. Miranda García M, Gutiérrez Teira B. Esofagitis eosinofílica, una enfermedad en auge. *Semergen*. 2013;39:60–2.
2. Castro Jiménez A, Gómez Torrijos E, García Rodríguez R, Feo Brito F, Borja Segade J, Galindo Bonilla PA, et al. Demographic, clinical and allergological characteristics of Eosinophilic Esophagitis in a Spanish central region. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2013;pii: S0301-0546(13)00150-X.
3. Lucendo AJ, Arias A, González-Cervera J, Yagüe-Compadre JL, Guagnozzi D, Angueira T, et al. Empiric 6-food elimination diet induced and maintained prolonged remission in patients with adult eosinophilic esophagitis: A prospective study on the food cause of the disease. *J Allergy Clin Immunol*. 2013;131:797–804.
4. Bartra J, Sastre J, del Cuvillo A, Montoro J, Jáuregui I, Dávila I, et al. From polinosis to digestive allergy. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2009;19 Suppl 1:S3–10.

J. Reyes Balaguer<sup>a,\*</sup>  
y A. Boned-Ombuena<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Alergología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

<sup>b</sup> Medicina de Familia, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [galimaster@gmail.com](mailto:galimaster@gmail.com)

(J. Reyes Balaguer).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.04.011>