

Enteritis eosinofílica. A propósito de dos casos

Eosinophilic enteritis. Apropos of two cases

Dr. Alfredo Arredondo Bruce, Dr. Abbell Amís Heredia Cardoso, Dr. José Mejías Pérez, Dr. Eduardo Rivero Peláez

Hospital Clínico Quirúrgico Docente Amalia Simoni. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la enteritis eosinofílica transmural representa una entidad muy poco frecuente en Cuba, habiéndose reportado dos casos secundarios a infecciones parasitarias y uno primario publicado por Amores y col en el año 2009.

Presentación de casos: se presentó dos pacientes que fueron llevados al quirófano con diagnóstico de úlcera péptica perforada y obstrucción intestinal, que al ser analizada la pieza histológica, se confirmó la presencia de enteritis eosinofílica con afección de todo el espesor de la pared intestinal.

Discusión: aunque estas enfermedades son idiopáticas, recientes investigaciones apoyan el papel de los eosinófilos, las células auxiliaadoras T 2 (Th2), las interleuquinas [IL]-3, IL-4, IL-5, e IL-13), y eotaxin como factores críticos en la patogénesis de la misma.

Conclusiones: la enteritis eosinofílica es una entidad nosológica, que aunque catalogada como rara, lleva a frecuentes complicaciones quirúrgicas, y debe tenerse en cuenta en estos pacientes.

Palabras clave: abdomen agudo, enteritis eosinofílica, eosinófilos.

ABSTRACT

Introduction: transmural eosinophilic enteritis represents an infrequent entity in Cuba, being reported only two cases secondary to parasitic infections and one primary, published by Amores et al in 2009.

Case presentation: we present two patients that were taken to the operating room with the diagnosis of perforated peptic ulcer and intestinal obstruction,

confirming the presence of eosinophilic enteritis with all of the intestinal wall thickness damaged when analyzing the histological piece.

Discussion: although these diseases are idiopathic, recent research support the paper of eosinophils, T 2 helper cells (Th2), [IL]-3, IL-4, IL-5, and IL-13 interleukins, and eotaxin as critical factors in this disease pathogenesis.

Conclusions: the eosinophilic enteritis is a nosocomial entity that although classified as rare, leads to frequent surgical complications, and should be kept in mind when treating these patients.

Key words: acute abdomen, eosinophilic enteritis, eosinophils.

INTRODUCCIÓN

La presencia de infiltrados eosinofílicos en el tracto digestivo sigue hoy día constituyendo una entidad rara y de significado incierto. La primera descripción de la misma corresponde a Kaijser⁽¹⁾ en 1937, y desde entonces han sido recogidos en la bibliografía no más de 300 casos.⁽²⁾

Atendiendo a su localización, pues puede afectar a cualquier región del tubo digestivo, puede dividirse en gastroenteritis eosinofílica (GEE), enteritis eosinofílica (EE) y enteritis eosinofílica transmural (EET), siendo esta última variante la menos frecuente, habiéndose reportado en Cuba solo 3 casos, y de ellos, primario solo uno por Amores y col en el año 2009.⁽¹⁾

Los rasgos diferenciales de este cuadro son: presencia de síntomas gastrointestinales, junto con la aparición de infiltrados eosinofílicos de forma difusa o localizada a lo largo del tubo digestivo y además, la ausencia de afección de otros órganos. De forma añadida, puede encontrarse eosinofilia periférica. El estómago y el intestino delgado son los órganos más frecuentemente afectados.^(3,4)

MÉTODOS

Se realiza un estudio retrospectivo observacional por cinco años de los protocolos de autopsia y necropsias del Hospital Clínico Quirúrgico Docente Amalia Simoni. En el mismo se encuentran dos casos potadores de enteritis eosinofílica primaria, de los cuales se tomaron los datos socio demográficos, el motivo de ingreso, cuadro clínico y la formas de diagnóstico. Se hace presentación de ambos casos, debido a lo infrecuente de su aparición en nuestro medio.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Caso 1

Paciente O.N.A., de 30 años de edad, con antecedentes de un ingreso hace 5 años con diagnóstico de leptospirosis, y otro hace 15 días por sangramiento digestivo

bajo que desapareció con tratamiento médico. Es ingresado por presentar intenso dolor epigástrico, de 4 días de evolución, de gran intensidad, que se irradia a hipogastrio, y se alivia al ingerir líquidos fríos, niega diarreas, vómitos u otra sintomatología digestiva.

Al examen físico se observa una paciente afebril, no infiltración del TCS, con mucosas húmedas y normocoloreadas.

Respiratorio: murmullo vesicular normal. No estertores. Frecuencia respiratoria: 16 x minuto.

Aparato cardiovascular: R/C rítmicos y audibles, frecuencia cardíaca: 120 x min. Tensión arterial: 130/80 mm de Hg.

Abdomen: depresible, muy doloroso a la palpación superficial, palpándose una tumoración blanda de 3-4 cm de diámetro dolorosa en mesogastrio, con reacción peritoneal a predominio del flanco izquierdo.

Complementarios

Ecografía. Se observa líquido libre en cavidad abdominal.

Laparoscopia. Entre el hígado y el peritoneo parietal se observa moderada cantidad de líquido color verde oscuro, que pudiera estar relacionado con perforación de víscera hueca.

Hto.: 0,38

Leuco grama: $8,4 \times 10^9 / L$

Polimorfo nuclear: 0,72

Linfocitos: 0,23

Monocitos: 0,04

Eosinófilos: 0,01

Con diagnóstico de úlcera péptica perforada se lleva al quirófano donde se encuentra líquido en cavidad de aspecto sero fibrinoso, no perforación de víscera hueca, visualizándose una imagen tumoral de aproximadamente 10 cm en yeyuno, con intenso componente inflamatorio, realizándose resección de la misma y enviándose al departamento de patología.

Diagnóstico histológico

Enteritis eosinofílica primaria. (Fig. 1, fig. 2, fig. 3)

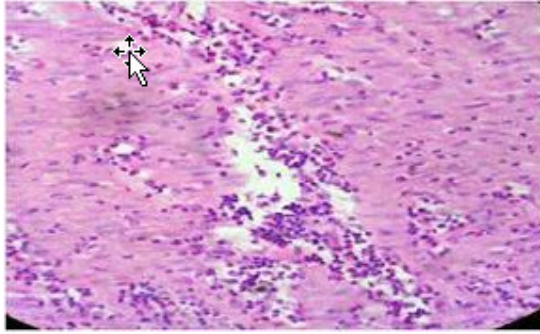


Fig. 1. Intensa infiltración de la capa muscular por eosinófilos.

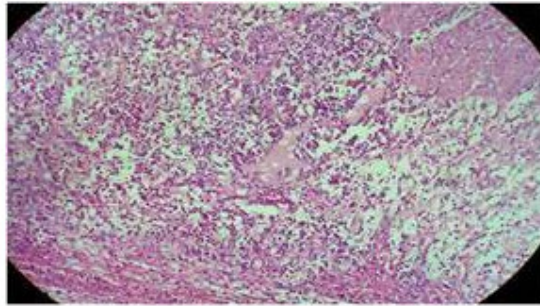


Fig. 2. Numerosos eosinófilos en sub serosa.

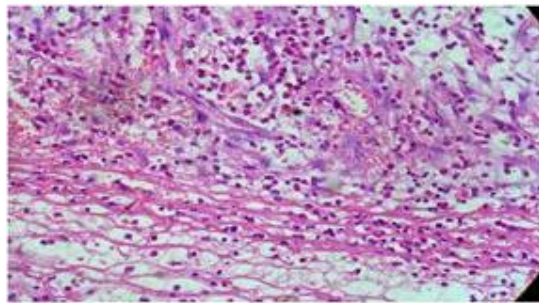


Fig. 3. Destrucción de la capa muscular por infiltrado eosinófilos.

Caso 2

Paciente M.M.M., de 46 años de edad, con antecedentes de salud aparente, que es ingresado por presentar dolor abdominal de tres días de evolución, en región periumbilical, que ha ido incrementando, el cual no se irradia y se alivia poco con analgésicos orales y e.v. niega diarreas, vómitos u otras sintomatologías digestivas.

Al examen físico se observa un paciente a febril, no infiltración del T.S.C, con mucosas húmedas y normocoloreadas.

Respiratorio: murmullo vesicular normal. No estertores. Frecuencia Respiratoria: 19 x minuto. Aparato Cardiovascular: R/C rítmicos y de buen tono. Frecuencia cardíaca: 100 x minuto. Tensión arterial: 120/70 mm de Hg.

Abdomen: blando, depresible, dolorosa a la palpación en región periumbilical, no reacción peritoneal, no contractura muscular.

Complementarios

Ecografía: líquido libre prehepático e interasas de ligera cuantía.

Laparoscopia: se observa gran distensión de asas colónicas en su totalidad, de color rojo (vino), de aspecto isquémico o necrótico intenso. Se observa escaso líquido interasas, no hemático.

Hto: 0.46

Leucograma: 10x 10⁹ /L

Polimorfo nuclear: 0.62

Linfocitos: 0.31

Eosinófilos: 0.07

Eritro: 12 mm\H

Amilasa: 36 U/L

TGO: 29 U/L

TGP: 19 U/L

Con diagnóstico de trombosis mesentérica se lleva al quirófano donde se encuentra tramo de intestino delgado terminal con infiltración purulenta de la pared y múltiples ganglios mesentéricos, se realiza resección con anastomosis terminoterminal.

Diagnóstico: Enteritis Eosinofílica primaria. (Fig.1, fig.2 y fig.3)

DISCUSIÓN

Esta enfermedad tiene causas inciertas, se ha apuntado un componente alérgico, probablemente de tipo alimentario.^(5,6) En cuanto a su epidemiología, la enfermedad es más frecuente en sujetos de raza blanca con cierto predominio regional (alta incidencia en el noreste de Australia).⁽⁵⁾

El modo de presentación más frecuente es en la tercera década de la vida, en forma de dolor abdominal brusco que se acompaña de diarrea, a veces con melena y pérdida de peso, sugiriendo en la gran mayoría de los casos publicados un abdomen agudo.

Estos desórdenes primarios tracto gastrointestinal considerado como alérgico y poligénicos, están relacionados con mecanismos que caen dentro de las respuestas puramente mediadas por IgE y de tipo Th2 retardada.⁽⁶⁾

El mecanismo molecular subyacente que predispone a la presentación de la enteritis eosinofílica es desconocido, la gastritis, enteritis, y gastroenteritis eosinofílica son enfermedades caracterizadas por la infiltración selectiva de eosinófilos en el estómago, intestino delgado, o ambos (fig. 1, fig. 2, fig. 3). Estas enfermedades son clasificadas en primarios o secundarios. Los subtipos primarios que también se han llamado idiopáticos o GE alérgica e incluyen los atópicos, no atópicos, y los subtipos familiares.^(1,6)

En estos pacientes, las manifestaciones clínicas están basadas en la extensión histológica del proceso: mucosa, muscularis mucosae, o la serosa. Cualquier capa del tracto gastrointestinal puede ser involucrada. Los subtipos secundarios pueden ser divididos en 2 grupos: la eosinofilia sistémica (síndrome hiper eosinofílico) y el no eosinofílico (ej. enfermedad celiaca, enfermedad inflamatoria intestinal, y las vasculitis).^(6,7)

Aunque estas enfermedades son idiopáticas, recientes investigaciones apoyan el papel de los eosinófilos, las células auxiliares Th2, las citoquinas (las interleuquinas [IL]-3, IL-4, IL-5, e IL-13), y el eotaxin como factores críticos en la patogénesis de gastroenteritis eosinofílica. Los eosinófilos funcionan como un antígeno, que se presenta como expresión del complejo mayor de histocompatibilidad (MHC) clase II molecular.⁽⁸⁾

Además, los eosinófilos pueden mediar los efectos pro inflamatorios, incluso la regulación de sistemas de adherencia, la modulación de célula transportadoras, y la activación celular para la secreción de citoquinas (IL-2, IL-4, IL-5, IL-10, IL-12, IL-13, IL-16, IL-18, y el factor transformador del crecimiento [TGF]-alfa/beta), quimoquinas (eotaxin), y mediadores lipídicos (factor activador de plaquetas [PAF] y el leucotrien C4).⁽⁹⁾

Finalmente los eosinófilos pueden servir como las células efectoras mayores, induciendo el daño tisular y la disfunción y secreción de los gránulos tóxicos de las proteínas (la proteína básica mayor [MBP], proteína catiónica eosinofílica [ECP], peroxidasa del eosinófilo [EPO], neurotoxina derivada del eosinófilo [EDN]) y mediadores lipídicos que son citotóxicos.^(10,11)

La atopía está presente en un subconjunto de pacientes, cuando estos pacientes demuestran un incremento de la inmunoglobulina E (IgE) en el radioalergosorbent del IgE (RAST) o las pruebas superficiales. Además, en la lámina propia del duodeno proliferan las células T en respuesta a las proteínas lácteas y secretan citoquinas Th2 (IL-13). Sin embargo, otros estudios hacen pensar en un mecanismo no mediado por -IgE.

La ausencia de eosinofilia periférica se presenta en uno de cada cinco pacientes por lo que no es necesario para el diagnóstico de gastroenteritis eosinofílica. Aunque su incidencia y prevalencia son desconocidas porque muchos de los casos cursan de forma oligosintomática o incluso asintomática, enfatizamos en que la enteritis eosinofílica es una de las raras entidades que pertenece a los desórdenes gastrointestinales, que puede ocasionar una urgencia quirúrgica como causa de abdomen agudo con perforación intestinal, como fue el modo de presentación de nuestro caso.^(1,12)

CONCLUSIONES

Se hace presentación de dos casos portadores de enteritis eosinofílica primaria, la aparece como una entidad nosológica que aunque catalogada como rara, es una causa de dolor abdominal que lleva a complicaciones quirúrgicas, por lo que es menester tenerla siempre en mente ante todo drama abdominal, pues su tratamiento adecuado puede salvar una vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Amores Carate J, Arredondo Bruce A, Ávila Arostegui D, Reyes Oliva R. Enteritis eosinofílica primaria: a propósito de un caso. *AMC [Internet]*. 2009 Jun [citado 4 Abr 2013];13(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000300017&lng=es
- 2- Tien FM, Wu JF, Jeng YM, Hsu HY, Ni YH, Chang MH, et al. Clinical features and treatment responses of children with eosinophilic gastroenteritis. *Pediatr Neonatol*. 2011;52(5):272-8. Citado en PubMed; PMID: 22036223.
- 3- Zuo L, Rothenberg ME. Gastrointestinal eosinophilia. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2007;27(3):443-55. Citado en PubMed; PMID: 17868858.
- 4- Sumathi B, Nirmala D, Raju BB, Rajalakshmi V. Eosinophilic enteritis: a rare case of chronic diarrhoea in a child. *Trop Gastroenterol*. 2010;31(3):221-3. Citado en PubMed; PMID: 21560530.
- 5- Sihvo HK, Simola OT, Vainionpää MH, Syrjä PE. Pathology in practice. Severe chronic multifocal intramural fibrosing and eosinophilic enteritis, with occasional intralesional bacteria, consistent with feline gastrointestinal eosinophilic sclerosing fibroplasia. (FIESF). *J Am Vet Med Assoc*. 2011;238(5):585-7. Citado en PubMed; PMID: 21355799.
- 6- Hurrell JM, Genta RM, Melton SD. Histopathologic diagnosis of eosinophilic conditions in the gastrointestinal tract. *Adv Anat Pathol*. 2011;18(5):335-48. Citado en PubMed; PMID: 21841404.
- 7- Zhang L, Duan L, Ding S, Lu J, Jin Z, Cui R, et al. Eosinophilic gastroenteritis: clinical manifestations and morphological characteristics, a retrospective study of 42 patients. *Scand J Gastroenterol*. Sep 2011;46(9):1074-80. Citado en PubMed; PMID: 21623674.
- 8- Yoda A, Takeshima F, Kadota K, Inoue K, Nakamichi S, Hayashi T et al. Eosinophilic enteritis: efficiency of the ¹³C-acetate breath test for assessing the disease activity. *Intern Med*. 2012;51(18):2551-4. Citado en PubMed; PMID: 22989825.
- 9- Chaturvedi R, Acharya S, Gupte PA, Joshi AS. Coexistent primary eosinophilic enteritis and enteritis cystica profunda. *J Postgrad Med*. 2012;58(4):304-6. Citado en PubMed; PMID: 23298931.

10- Endo H, Hosono K, Inamori M, Kato S, Uchiyama T, Iida H et al. Capsule endoscopic evaluation of eosinophilic enteritis before and after treatment. *Digestion*. 2011;83(1-2):134-5. Citado en PubMed; PMID: 21042024.

11- Blanchard C, Wang N, Rothenberg ME. Eosinophilic esophagitis: pathogenesis, genetics, and therapy. *J Allergy Clin Immunol*. 2006;118(5):1054-9. Citado en PubMed; PMID: 17088129.

12- De Angelis P, Morino G, Pane A, Torroni F, Francalanci P, Sabbi T et al. Eosinophilic esophagitis: management and pharmacotherapy. *Expert Opin Pharmacother*. Apr 2008;9(5):731-40. Citado en PubMed; PMID: 18345951.

Recibido: 1 de abril de 2014.
Aprobado: 28 de abril de 2014.

Alfredo Arredondo Bruce. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Amalia Simoni. Avenida Finlay Km 3 ½. Camagüey, Cuba. Correo electrónico: alfredoab@finlay.cmw.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Arredondo Bruce A, Heredia Cardoso AA, Mejías Pérez J, Rivero Peláez E. Enteritis eosinofílica. A propósito de dos casos. *Rev Méd Electrón [Internet]*. 2014 May-Jun [citado: fecha de acceso];36(3). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol3%202014/tema11.htm>