

ENTERITIS EOSINOFÍLICA COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

Eosinophilic Enteritis as Cause of Acute Abdomen

Luis Membreño¹, Allan Howell, Andrea Espinoza²

RESUMEN

La enteritis eosinofílica es una patología poco frecuente, su incidencia se estima uno en 100.000 habitantes, se caracteriza por infiltración de eosinófilos en cualquiera de las capas del tracto gastrointestinal con o sin hipereosinofilia sanguínea, se asocia con síntomas alérgicos sistémicos así como elevación de los valores de Inmunoglobulina E. **Caso clínico:** Paciente femenina de 52 años, ingresada a la emergencia del Hospital San Francisco, Juticalpa, Honduras, con historia de dolor abdominal en región peri umbilical de 25 horas de evolución, de inicio insidioso hasta volverse continuo, con irradiación a epigastrio y fosa iliaca derecha, acompañado de 4 episodios de vómito y anorexia, no presentó paro de evacuaciones ni fiebre. Los antecedentes patológicos encontrados fueron: hipertensión arterial, síndrome de colon irritable y enfermedad ácido péptico.

Al examen físico el hallazgo fue dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha y signo de blumberg positivo; el diagnóstico presuntivo era abdomen agudo. El examen hematológico presentó leucocitosis, 19,200 con neutrofilia, sin eosinofilia y química sanguínea sin alteración. El examen de heces resultó normal y sin parásitos. Se realizó laparotomía exploratoria y colectomía derecha, con resección de 20 cm de íleon e ileostomía.

Los hallazgos transoperatorios mostraron masa tumoral de aproximadamente 6x6 cm en colon ascendente, dura pética adherida a pared abdominal; ganglios inflamados y abundante líquido libre; en íleon a 10 cm de la válvula ileocecal, se identificó una zona indurada con cambios inflamatorios. La paciente evolucionó satisfactoriamente con plan cierre de ileostomía. **Conclusión:** Los hallazgos de enteritis eosinofílica como causa de abdomen agudo son infrecuentes, se debe tener presente al momento de realizar una laparotomía, ya que no todos los pacientes presentan un cuadro gastroenterico crónico o de larga evolución, puesto que esto cambia el pronóstico y tratamiento del paciente.

Palabras Claves: Enteritis, eosinofilia, abdomen agudo

ABSTRACT

Eosinophilic enteritis is a rare disease, its incidence is estimated 1/ 100,000 people, is characterized by eosinophils infiltration in any of the layers of the gastrointestinal tract with or without blood hypereosinophilia, it is associated with systemic allergic symptoms and elevation values Immunoglobulin E. **Clinic case:** Female patient, 52 years old admitted to the Emergency Hospital San Francisco, Juticalpa, Honduras with a history of 25hrs with abdominal pain with insidious start until it became persistent, irradiated to epigastric and right lower quadrant, 4 episodes of vomit, anorexia, no evacuations stop or fever. Her pathological history: hypertension, irritable bowel syndrome and peptic acid disease. In physical examination there were pain at the right iliac fossa, blumberg sign, the presumptive diagnosis was acute abdomen. Complete blood count with leukocytosis 19,200 with neutrophilia, without eosinophilia, blood

1 Médico Especialista, Cirugía General, Coordinador Internado Rotatorio Cirugía Juticalpa, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Juticalpa, Olancho.

2 Internado Rotatorio, Hospital Regional San Francisco, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Juticalpa, Olancho.

Dirección de correspondencia: Andrea Espinoza, lady.andru@gmail.com

Recibido: 02/02/15 Aceptado: 22/09/15

chemistry within normal parameters. The stool test was normal without parasites. Exploratory laparotomy and right colectomy was performed with resection of 20cm of ileum and ileostomy.

Intraoperative findings identified a tumor mass of approximately 6x6 cm in ascending colon, petrous adhered to abdominal wall, swollen glands and abundant free liquid, in ileum 10 cm from the ileocecal valve an induration with inflammatory changes was identified. Patient evolved successfully with ileostomy closure plan after receiving results of the studies. **Conclusion:** Although the findings of eosinophilic enteritis as a cause of acute abdomen is infrequent, it should be kept in mind when performing a laparotomy, not all patients will present with a chronic gastroenteric history, and this changes the prognosis and treatment of patients.

Keywords. Enteritis, eosinophilic; abdomen, acute.

INTRODUCCIÓN

La patología de abdomen agudo presenta síntomas y signos de enfermedad intraabdominal que usualmente responden mejor al tratamiento quirúrgico, se clasifica en abdomen agudo quirúrgico y no quirúrgico. En el abdomen agudo quirúrgico el paciente cursa con signos definitivos de peritonitis como ser dolor a la palpación, contractura muscular defensiva o dolor de rebote. El abdomen agudo no quirúrgico se refiere a enfermedades que cursan con dolor abdominal agudo que responde mejor a tratamientos conservadores.⁽¹⁾

La Enteritis Eosinofílica (EE) es una enfermedad poco frecuente, de curso benigno, descrita por primera vez por Kaijser en 1937 y se caracteriza por infiltración de eosinófilos en cualquiera de las capas del tracto gastrointestinal con o sin hipereosinofilia sanguínea; su asociación con síntomas alérgicos sistémicos y elevaciones de Inmunoglobulina E (IgE), así como la respuesta al tratamiento con esteroides en un 50% de los casos, sugiere la posible etiología en relación con reacciones alérgicas de origen alimentaria.⁽²⁻⁴⁾ Su incidencia no se conoce con precisión, los casos reportados de EE no muestran predominio de género o raza, puede afectar a todas las personas de todas las edades, la mayoría de los casos ocurre en adultos de la tercera a la quinta década de la vida. Las estimaciones epidemiológicas revelan

una incidencia de aproximadamente un caso por cada 100.000 habitantes, sin embargo, en Estados Unidos para este tipo de patología se estima una prevalencia general de 28 casos por cada 100.000 habitantes.⁽⁴⁾

En Honduras sólo se ha publicado un reporte de caso y revisión sobre enteritis eosinofílica en 1981 por el Dr. Silvio R. Zúniga y el Dr. Virgilio Cardona López, quienes estudiaron un paciente con obstrucción intestinal al que se le realizó laparotomía y en el estudio anatomopatológico de la pieza removida se determinó el diagnóstico de enteritis eosinofílica.⁽⁵⁾

En la etiología y patogenia se debe tener en cuenta que los eosinófilos son residentes integrados en el sistema inmune de la mucosa y tienen un papel específico en el tracto gastrointestinal de los individuos sanos. Las funciones fisiológicas de los eosinófilos incluyen la protección contra los parásitos y las reacciones de tipo alérgico. Cuando el número de eosinófilos aumenta como en los trastornos gastrointestinales eosinofílicos, estos contribuyen al daño tisular a través de sus funciones proinflamatorias y además liberan mediadores proinflamatorios preformados que estimulan los linfocitos T y la activación de células endoteliales.⁽⁴⁾

En estudios recientes se ha observado aumento de la expresión de Interleuquina (IL) -5 en células mononucleares de sangre periférica de pacientes con gastroenteritis eosinofílica. Esta es producida por los linfocitos T CD4, los cuales tienen un papel importante en el aumento de eosinófilos en sangre periférica. Se ha observado que la (IL)-13, junto con el factor estimulante de colonias de granulocitos-macrófagos y especialmente las eotaxinas (citocinas quimiotaxicas), pueden jugar un papel central en el reclutamiento de eosinófilos de la sangre circulante en los tejidos.^(4,6)

Las manifestaciones clínicas dependen del órgano involucrado; en un estudio retrospectivo de 42 pacientes con gastroenteritis eosinofílica se encontró que los síntomas que se presentaron con mayor frecuencia fueron: dolor abdominal (90.4%), náuseas/vómitos (57.1%), diarrea (52.3%) y distensión abdominal (38.1%).⁽²⁾ Se han descrito 3 patrones en la evolución de la enfermedad, 42% sufre un episodio único con duración menor a 3 meses, 37% manifiesta un patrón recurrente y 21% tiene una enfermedad continua con síntomas persistentes.⁽⁴⁾

Actualmente no existen guías ni consenso para el diagnóstico de EE, no se ha establecido el número requerido de eosinófilos en los estudios histológicos; en ausencia de otras causas potenciales de eosinofilia gastrointestinal el diagnóstico se basa en los síntomas típicos, junto con aumento de eosinófilos gástricos o intestinales. Los eosinófilos epiteliales intraglandulares y de la capa muscular en el tracto gastrointestinal contribuyen en forma importante para el diagnóstico de enteritis eosinofílica.⁽⁶⁾

Los hallazgos laboratoriales más frecuentes en pacientes con gastroenteritis eosinofílica son leucocitosis en 31% de los casos, eosinofilia en sangre periférica con 83.3%, y los recuentos absolutos de eosinófilos varió de 0.038 X 10⁹/L a 17.4 X 10⁹/L (rango normal 0 a 0.5 X 10⁹/L). Se encontró aumento de Proteína C Reactiva (PCR) en 25% de los casos, y aumento de velocidad de Eritro Sedimentación (VES) en sólo el 9.5%. Los niveles séricos de IgE fueron elevados en el 52%, y los niveles de α 2-macroglobulina en 92.8% de los pacientes.⁽²⁾

Los hallazgos radiológicos de doble contraste suelen ser normales, pero en ocasiones pueden mostrar pliegues engrosados, bordes irregulares o dentados en las paredes del intestino delgado, defectos de contraste nodulares o progresión lenta de contraste indicativo de hipomotilidad gastrointestinal.⁽⁴⁾ En la endoscopia típicamente se observan cambios inespecíficos como hiperemia de la mucosa y pliegues gástricos engrosados, además se han descrito en EE áreas de apariencia áspera o nodular, erosiones, aftas y úlceras.^(2,4)

La histopatología es considerada por algunos el estándar de oro para el diagnóstico, pero el criterio preciso permanece en debate sin existir consenso.^(4,7,8) Los cambios histopatológicos incluyen un aumento de la densidad eosinofílica (número de eosinófilos por campo de alto poder) según su localización a través del tracto gastrointestinal y la profundidad de infiltración en la pared. En la mucosa intestinal algunas biopsias presentan abscesos eosinofílicos en las criptas, erosión superficial o ulceración.^(7,8)

El tratamiento de la gastroenteritis eosinofílica es médico y/o quirúrgico; el primero se aplica en las fases iniciales de la enfermedad. El

tratamiento básico es eliminación de alimentos y medicamentos que se sospechan son el agente etiológico. Se ha observado que los pacientes tratados con dieta elemental a base de aminoácidos presentaban una resolución de los síntomas y de eosinofilia en sangre y tejidos. Además el uso de corticosteroides tipo prednisona a dosis de 0.5-1mg/kg produce típicamente una dramática mejoría clínica de 2 a 14 días y el recuento de eosinófilos retorna a cifras normales.^(2,3,6,7) Asimismo se puede utilizar budesonida en cápsulas de liberación ileal controlada a dosis de 0.4-0.8mg/kg que produce remisión sintomática.^(2,7) Otros medicamentos han sido utilizados como estabilizadores de los mastocitos, antagonistas de los leucotrienos, antihistamínicos, anti(IL)-5 anticuerpo humanizado y anticuerpo anti-IgE, obteniendo en algunos casos buenos resultados pero la información proviene de casos aislados o series pequeñas que limitan la capacidad para garantizar su utilidad real.^(2,6,7) El tratamiento quirúrgico se realiza en pacientes con gastroenteritis eosinofílica que presentan complicaciones tales como obstrucción intestinal, perforación, sospecha de cáncer y tratamiento refractario a los fármacos.⁽⁹⁾

Las complicaciones dependerán del lugar de afectación, así como de la profundidad de infiltración.⁽³⁾ Si afecta predominantemente la mucosa, en casos graves, pueden desarrollar malabsorción intestinal y hemorragias.^(6,7,8) La infiltración de la capa muscular puede causar un cuadro de obstrucción intestinal. La afectación de la serosa suele presentarse como ascitis aislada, aunque se puede asociar a adenomegalias y afección mesentérica difusa, pudiendo simular un cuadro de abdomen agudo.^(6,7,8,10) Otras complicaciones según su localización en el sistema gastrointestinal son: úlcera gástrica, pancreatitis, obstrucción de la vía biliar y perforación intestinal.^(2,6) El pronóstico en general es bueno, mientras que la evolución es imprevisible.⁽¹¹⁾

El objetivo principal de presentar este caso clínico de enteritis eosinofílica es mostrar la existencia de este tipo de patología que puede conducir a complicaciones diagnósticas, por lo que se tiene que realizar intervenciones rápidas y oportunas para mejorar el estado general del paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se recibió en emergencia del Hospital San Francisco de Juticalpa, Honduras, paciente femenina de 52 años, con historia de dolor abdominal de 25 horas de evolución, de inicio insidioso en zona peri umbilical, irradiado posteriormente a epigastrio y fosa iliaca derecha, luego se presentó de forma continua y se intensificó a pocas horas del inicio, sin atenuantes o exacerbantes. Simultáneamente la paciente presentó 4 episodios de vómito y anorexia, no presentó paro de evacuaciones ni fiebre. Entre los antecedentes patológicos encontrados fueron: hipertensión arterial, síndrome de colon irritable y enfermedad ácido péptica, sin antecedentes quirúrgicos. La paciente se encontró orientada, en mal estado general, inquieta, con facies de dolor agudo. Su presión arterial de 120/80mmHg, frecuencia cardíaca de 120 por minuto, sin taquipnea, temperatura 37°C.

En el examen físico se encontró tórax sin datos contribuyentes, abdomen globoso a expensas de tejido adiposo, dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, signo de blumberg positivo. En los exámenes de laboratorio: el hemograma reveló leucocitosis 19,200 con neutrofilia 88%, sin eosinofilia, los electrolitos mostraron hiponatremia (concentración de sodio de 124.9mEq/L); el examen general de orina mostró proteinuria +++, sin otros datos contribuyentes. La química sanguínea dentro de parámetros normales; Examen General de Heces (EGH) normal sin presencia de *angiostrongyloides costarricense* ni *strongyloides*, Velocidad de Eritrosedimentación (VES) normal.

Se diagnosticó como abdomen agudo debido al tiempo de evolución, preoperatoriamente se sospechó que la causa podría ser apendicitis aguda. Se realizó laparotomía exploratoria encontrándose masa tumoral de aproximadamente de 6x6 cm en colon ascendente, dura pétrea, adherida a pared abdominal, ganglios inflamados y abundante liquido libre. En íleon a 10 cm de la válvula ileocecal se identificó una zona indurada con cambios inflamatorios, debido al hallazgo y diagnóstico de obstrucción intestinal mecánica secundaria a tumor de intestino grueso de etiología a determinar, se practicó colectomía derecha más resección de íleon a 20 cms de la válvula ileocecal e ileostomía. (Fig. No 1)

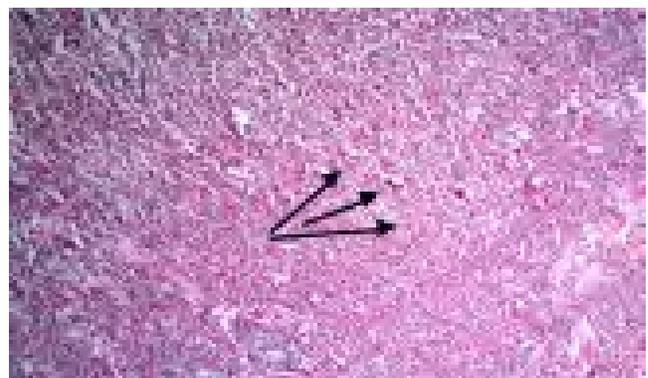
Figura No 1. Hallazgo de masa tumoral del caso clínico



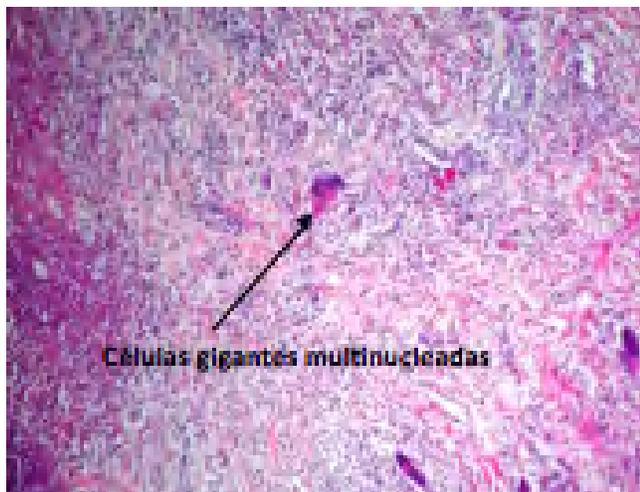
Tumor de colon ascendente de 6x6cm, micro abscesos, zonas de induración del íleon a 10 cm de la válvula ileocecal con cambios inflamatorios.

Se envió muestra al laboratorio de anatomía patológica que reportó: intestino grueso con zonas de ulceración, severo infiltrado inflamatorio con formación de micro absceso y presencia de células gigantes multinucleadas, congestión y edema alcanzando la grasa pericolonica, bordes de resección intestinal libres de proceso inflamatorios, enteritis eosinofílica con amplias zonas de necrosis, 13 ganglios linfáticos de la grasa pericolonica con cambios hiperplasicos reactivos, apéndice cecal con hiperplasia reactiva del tejido linfoide y zonas de fibrosis no se encontró huevos de parásitos. (Figs. No 2 y No 3)

Figura No 2. Infiltrado eosinofílico en pared del intestino grueso y delgado



Infiltrado inflamatorio con coloración de hematoxilina y eosina. Ampliación original x10).

Figura No 3. Células gigantes multinucleadas

Microfotografía a mayor aumento, muestra células gigantes multinucleadas (tinción con hematoxilina y eosina. Ampliación original x40)

Durante el postoperatorio se administró cobertura antibiótica tipo ceftriaxone y metronidazol durante 7 días, además trombo profilaxis con bemiparina sódica. La paciente evolucionó satisfactoriamente con plan de cierre de la ileostomía.

DISCUSIÓN

La enteritis eosinofílica es una rara enfermedad, se caracteriza por infiltración de eosinófilos en cualquiera de las capas del tracto gastrointestinal con o sin hipereosinofilia sanguínea, además se asocia con síntomas alérgicos sistémicos y locales que dependen de la zona del tracto intestinal afectado.^(4,12) En estómago puede presentar: dispepsia, náuseas/vómitos, epigastralgia, obstrucción de la salida gástrica y ascitis; en duodeno: obstrucción de la salida gástrica, dolor abdominal, diarrea, pérdida de peso, signos de mala absorción, perforación y ascitis; en íleon: dolor abdominal, perforación de intestino delgado, obstrucción y ascitis; en intestino grueso: diarrea, disentería, dolor abdominal y constipación.⁽⁴⁾

La infiltración eosinofílica se localiza con mayor frecuencia en estómago y duodeno, lo que hace a este menos común ya que la afectación se encontraba localizada en colon e íleon. Las manifestaciones clínicas de la paciente en el momento del ingreso eran de un abdomen agudo atípico; por lo general los síntomas son gastrointestinales crónicos. Sin embargo, la paciente

presentaba antecedente de síndrome de intestino irritable lo que hace sospechar que posiblemente cursó con sintomatología previa de enteritis eosinofílica, pero no se identificó como causa y por eso se manifestó ya como una complicación.^(3,12,13)

Existe predominio en adultos de la tercera a quinta década de la vida, sin relación con el género o raza, con incidencia de 1 por cada 100.000 habitantes. Epidemiológicamente el caso clínico muestra relación directa con los datos internacionales.

El diagnóstico de EE requiere aspectos clínicos y exámenes complementarios además de descartar otras enfermedades que cursen con eosinofilia, tal como las enfermedades parasitarias. Características histológicas adicionales como el hallazgo de eosinófilos epiteliales, intraglandulares y en la capa muscular del tracto gastrointestinal, también son de peso para el diagnóstico de enteritis eosinofílica.⁽²⁾ En la endoscopia del tracto gastrointestinal típicamente se observan cambios inespecíficos como hiperemia de la mucosa, pliegues gástricos engrosados, áreas de apariencia áspera o nodular, erosiones, aftas y úlceras.^(3,6,12,13)

En los pacientes con gastroenteritis eosinofílica, 31% tenían leucocitosis, la eosinofilia en sangre periférica se encontró en 83.3% de los casos y aumento de VES en sólo el 9.5% de los pacientes.⁽²⁾ En este caso reportaron eosinófilos dentro de los parámetros normales mostrando una presentación atípica con respecto a este resultado pero con neutrofilia y con VES normal.⁽³⁾

Los hallazgos radiológicos de TAC de doble contraste suelen ser normales, pero en ocasiones pueden mostrar pliegues engrosados, bordes irregulares o dentados en las paredes del intestino delgado, defectos de contraste nodulares o progresión lenta de contraste indicativo de hipomotilidad gastrointestinal. La histopatología es considerado por algunos el estándar de oro para el diagnóstico, en este caso clínico se obtuvo diagnóstico definitivo a través del estudio histopatológico de la pieza extraída a la paciente en sala de operaciones.^(5,6,14)

El tratamiento de la gastroenteritis eosinofílica con corticoesteroides logra una remisión de los síntomas del 80% en 1 semana, con recuento de eosinófilos a cifras normales en 2 semanas, este es el tratamiento ideal, sin embargo sí el paciente presenta signos y

síntomas de abdomen agudo, sospecha de cáncer o tratamiento refractario a fármacos el tratamiento es quirúrgico.^(3,11) En el caso en mención no se usó esteroides porque se desconocía el diagnóstico preoperatorio por lo que se practicó laparotomía de urgencia, la cual fue diagnóstica y terapéutica debido a la presentación clínica sospechosa de abdomen agudo.

Se explicó a la paciente sobre la enfermedad y las evaluaciones periódicas a futuro, aunque esta enfermedad es poco frecuente es importante conocer las características clínicas de la misma para dar un tratamiento rápido, oportuno y eficaz que lleve a menor morbimortalidad de los pacientes. Dado que la historia natural de la enteritis eosinofílica no ha sido bien documentada, se requieren controles; incluso tras resección quirúrgica la recurrencia es posible.^(12,13,15-17)

Conclusión

Este caso clínico concuerda con los datos reportados en estudios internacionales, se presentó como complicación de la enteritis eosinofílica la cual fue abdomen agudo y no cuadro gastrointestinal de larga evolución. La enteritis eosinofílica se debe tener presente como diagnóstico diferencial al realizar una laparotomía en esta edad de la paciente, puesto que esto cambia el pronóstico y tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Townsend Courtney M, Beauchamp R, Mark Ever B, Kenneth Mattox L. Sabiston Tratado de cirugía. 19a ed. España: Elsevier; 2009.
2. Zegarra A, García C, Piscoya A, De los Ríos R, Pinto J, Mayo N, et al. Enteritis eosinofílica como causa rara de ascitis: reporte de un caso. *Rev. Gastroenterol (Perú)*. 2009; 29(3):272–275.
3. Zhang L, Duan L, Ding S, Lu J, Jin S, Cui R. Eosinophilic gastroenteritis: clinical manifestations and morphological characteristics, a retrospective study of 42 patients. *Scand J Gastroenterol*. 2011; 46(9):1074–80.
4. Lucendo AJ, Arias A. Eosinophilic gastroenteritis: an update. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2012; 6(5):591-601.
5. Zúñiga S, Cardona López V. Gastroenteritis eosinofílica informe de un caso y revisión de la literatura. *Rev Méd Hondur*. 1981; 49(1):5-13.
6. Prussin C. Eosinophilic gastroenteritis and related eosinophilic disorders. *Gastroenterol Clin North Am*. 2014; 43(2):317-27.
7. Khan S, Orenstein SR. Eosinophilic gastroenteritis. *Gastroenterol Clin North Am*. 2008; 37(2):333-48.
8. Zheng X, Cheng J, Pan K, Yang K, Wang H, Wu E. Eosinophilic enteritis: CT features. *Abdom Imaging*. 2008; 33(2):191-195.
9. Gomes A, Neves L, Alcantara E, Rolim D, Levi P, Lacerda R. Eosinophilic gastroenteritis with malabsorption, acute intestinal obstruction, ascites and pleural effusion: a case report and review of literature. *Gastroenterology Research*. 2013;6(6):233-236.
10. Fleischer D, Atkins D. Evaluation of the patient with suspected eosinophilic gastrointestinal disease. *Immunol Allergy Clin N Am*. 2009; 29(1): 53–63.
11. Aláez A, Pérez E, Kilmurray L, Martin F, Mojtar F, Moreno I. Enteritis eosinofílica, una causa poco frecuente de intervención quirúrgica urgente. 2014; 37(6):354-361.
12. Ingle SB, Hinge Ingle CR. Eosinophilic gastroenteritis: An unusual type of gastroenteritis. *World J Gastroenterol*. 2013;19(31): 5061–5066.
13. Jagtap SV, Nikumbh DB, Kshirsagar AY, Ahuja N. Unusual presentation of eosinophilic enteritis as multiple strictures of small intestine. *Clin Pract*. 2012; 2(1):e24.
14. Yun MY, Cho YU, Park IS, Choi SK, Kim SJ, Shin SH, Kim KR. Eosinophilic gastroenteritis presenting as small bowel obstruction: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol*. 2007; 13(11):1758-1760.

15. Chang JY, Choung RS, Lee RM, Locke III GR, Schleck CD, Zinsmeister AR, et al. A shift in the clinical spectrum of eosinophilic gastroenteritis toward the mucosal disease type. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2010; 8(8):669-75.
16. Mendez I, Rivera R, Ubiña E, Vera F, Fernández F, Navarro J, et al. Diferentes formas de presentación de una misma entidad clínica: gastroenteritis eosinofílica. *Gastroenterol Hepatol.* 2007; 30(1):19-21.
17. Aslanidis S, Pyrpasopoulou A, Soufleris K, Kazantzidou E, Douma S. Eosinophilic enteritis with ascites in a patient with overlap syndrome. *Case Rep Med.* 2009; 2009:734206.