

Introducción

La esofagitis eosinofílica (EE) es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por la infiltración eosinofílica de la mucosa la cual contribuye a un daño tisular del esófago sin reflujo gastroesofágico (2)(5). La prevalencia que va de 0,89 a 4,3 por cada 10.000 (1)(5). Se reporta una mayor presencia en el sexo masculino con una relación 3:1 y una mayor presencia en la infancia pero se puede encontrar a cualquier edad (2).

Su causa aún se desconoce. Más del 50% de los pacientes tienen algún antecedente personal y familiar de alergia o atopia, sugiriendo un papel del sistema inmune en la patogénesis (1) (2)(5).

El cuadro clínico es variable según la edad (2). En lactantes predomina la dificultad para la alimentación y retraso en el crecimiento, mientras en los escolares la disfagia, el dolor abdominal y los vómitos predominan. En pacientes mayores la disfagia e impacción alimentaria son síntomas predominantes. (1)(2).

El diagnóstico inicia con la clínica, hallazgos en la endoscopia de vías digestivas altas (EVDA) y eosinofilia > 15 a nivel de la mucosa esofágica (1)(2)(5). Aproximadamente 2/3 de los pacientes tienen pruebas cutáneas de alergia positivas hacia al menos un alérgeno de tipo alimentario (5).

El tratamiento se enfoca en la restricción de alimentos y el manejo farmacológico. (1)(2).

Objetivos

Objetivo General

Caracterizar la población infantil con esofagitis eosinofílica diagnosticadas en el servicio de alergología de la fundación Valle del Lili durante el periodo comprendido Enero de 2013 – Diciembre de 2015

Objetivo Específicos

- Determinar los síntomas iniciales y el tiempo de evolución de los mismos que llevaron a consultar a los pacientes con diagnóstico de esofagitis eosinofílica.
- Describir si existe antecedentes personales o familiares de atopia.
- Establecer si existe sensibilización a alérgeno utilizando PRICK test e IGE específica

Métodos

Diseño

Estudio de descriptivo de corte transversal.

Población y criterios de inclusión

Pacientes pediátricos entre 0 a 16 años que presentaron diagnóstico de novo de esofagitis eosinofílica por biopsia de esófago con más de 15 eosinófilos, en la Fundación Valle del Lili, durante el periodo comprendido entre Enero 2013 y Diciembre de 2015

Criterios de exclusión:

Ninguno

Fuente de los datos

Se realizó revisión de las historias clínicas de pacientes que asistieron a la consulta de alergología pediátrica con diagnóstico de novo de esofagitis eosinofílica definida por reporte de biopsia de esófago con más de 15 eosinófilos.

Bibliografía

1. GLORIA ET AL; Esofagitis eosinofílica en niños: Características clínicas y endoscópicas.
2. BALLÓN HURTADOA, A. ENCINAS BASCONES; Esofagitis eosinofílica: a propósito de un caso; AE.; Rev Pediatr Aten Primaria. 2009
3. PHILPOTT H., et al. Risk factor for eosinophilic esophagitis.. Clinical & Experimental Allergy, 2014, (44),1012–1019
4. Stuart Carr, Wade Watson ; Eosinophilic esophagitis; Allergy, Asthma & Clinical Immunology 2011.
5. Lucendo Villarin y S. González Castillo; Esofagitis y enteritis eosinofílicas; A.J

Resultados

Se evaluaron 14 historias clínicas de pacientes con esofagitis eosinofílica diagnosticada de novo que asistieron al servicio de alergología de la Fundación Valle del Lili entre Enero 2013 a Diciembre 2015

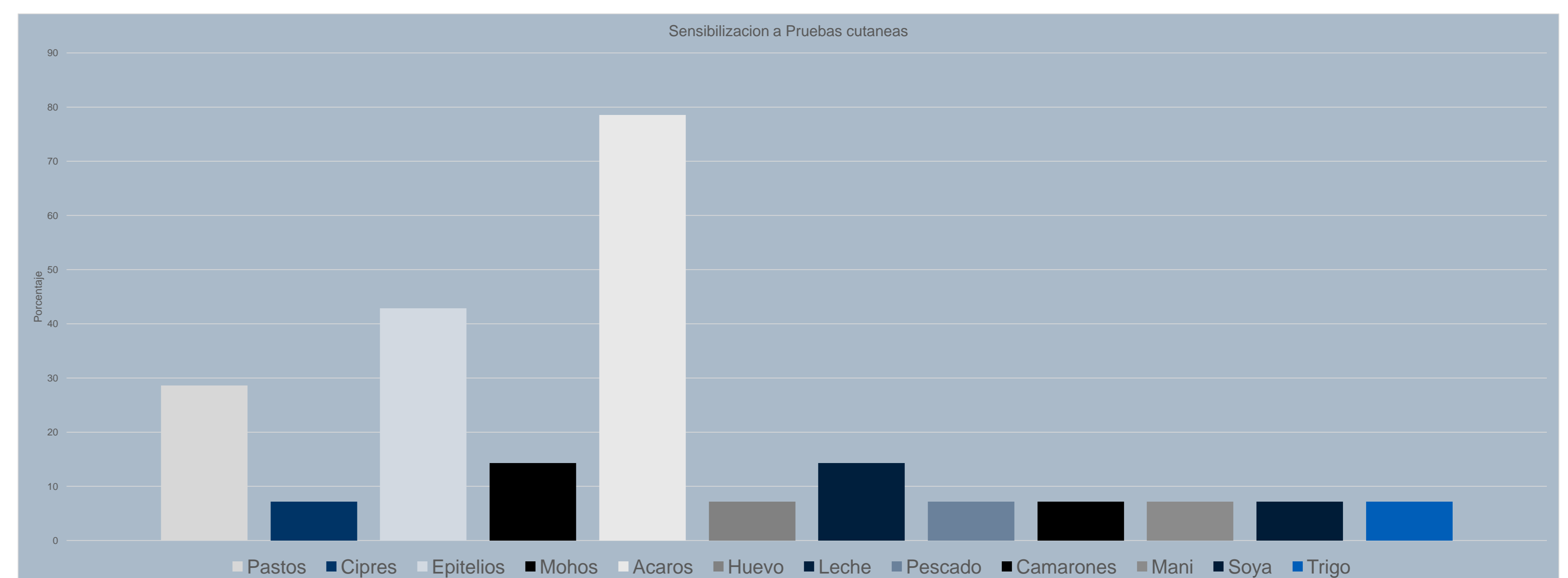
Se presentó en pacientes del sexo masculino en un 53% de los casos y en un 46,2% de pacientes de sexo femenino. La mediana de la edad de presentación de los síntomas 7,7 años con un pico de aparición entre los 5-6 años de edad. El tiempo medio de la evolución de los síntomas fueron 8,4 (Tabla 1).

Se encontró antecedente positivo de atopia en los padres en el 78,5%. Respecto de antecedentes de personas de atopia el 50% de los pacientes tenía diagnóstico de rinitis, el 48% de asma + rinitis y un 7% (1 paciente) de alergia alimentaria (Tabla 1) Los síntomas predominantes al momento del diagnóstico fueron ERGE refractario en un 42,8% de los casos, seguido de dolor abdominal en un 35,2% de los casos, síntomas menos frecuentemente descritos fueron dolor torácico y atrancamiento con 14,2% cada uno. (Tabla 1)

Respecto a la sensibilización a alérgenos se realizaron pruebas de tipo PRICK test, a 13 de los 14 pacientes siendo negativas en un 21,3% de los casos. Del porcentaje la sensibilización a aéreo-alérgenos más frecuente fue a los ácaros en un 78,5% de los casos y la sensibilización de los alérgenos alimentarios más frecuente fue a la leche 14,2% de los casos. (Gráfica 1). Se realizaron pruebas de IGE específica a 2, uno de ellos positivo para leche, huevo y soya mientras en el otro paciente salieron negativas.

Tabla 1. Características de los pacientes con Esofagitis Eosinofílica Enero 2013-Diciembre 2015 (n=14)

Características	Valores
Sexo	
Masculino	53.8% (6)
Femenino	46.2% (8)
Edad al momento del Diagnóstico (años)	
Mediana (RIQ)	7,7 (3-16)
Edad de inicio de los síntomas (años)	
Mediana	8,7 (1-14)
Antecedente Familiar de Atopia	
Si	78,5%(11)
NO	21.5%(3)
Antecedente personal de atopia	
No	14,3% (2)
Rinitis	50,1% (7)
Asma + Rinitis	28,6% (4)
Alergia alimentaria	7,0% (1)
Síntomas	
ERGE refractario	42.8%(6)
Dolor Abdominal	35,7% (5)
Dolor torácico	14,2% (2)
Atrancamiento	14,2%(2)



Conclusiones

- En pacientes pediátricos con antecedente de atopia familia y/o atopia familiar asociado a síntomas gastrointestinales como reflujo gastroesofágico refractario al tratamiento y dolor abdominal crónico se debe tener un alto índice de sospecha de esofagitis eosinofílica ya que son factores de riesgo relacionados a esta patologías que se evidencia en la literatura y en nuestro estudio.
- Se ha descrito en la literatura el rol en la patogénesis de los alérgenos alimentarios y ambientales, en nuestra población se evidencia una sensibilización a aéreo alérgenos del 79% a ácaros seguidos por epitelios animal en un 43%, lo cual puede estar en relación a la prevalencia de atopia respiratoria en la población estudiada, lo que nos podría indicar que un adecuado control medio-ambiental podría ayudar al control de la enfermedad y atopia asociada.
- La sensibilización a alérgenos alimentarios en las pruebas cutáneas fue baja, sin embargo la mayoría de las alergias alimentarias son No-IgE mediadas lo que implica que a pesar de los hallazgos en nuestra población, el tratamiento dieta de eliminación empírica y reintroducción paulatina debe ser implementada para el control de los síntomas.