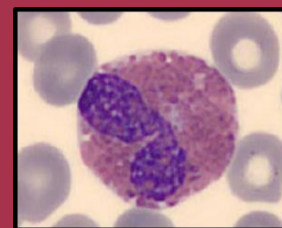


“¿IMPORTA LA EOSINOFILIA?”

Rubio Gómez, Marta¹; Montoya Sáenz, Raquel²; Hernández Marcos, Alba¹; Ardiaca Sanchez-Villacañas, Carol¹; Martínez Díez, María²; Sierra Bergua, Beatriz³.
 (1) MIR MFyC. Centro de Salud "Delicias Norte". (2) MIR MFyC. Centro de Salud "La Bombarda".
 (3) FEA Medicina Interna. Servicio de Urgencias HCU "Lozano Blesa".

Sector III. ZARAGOZA.



HISTORIA CLÍNICA

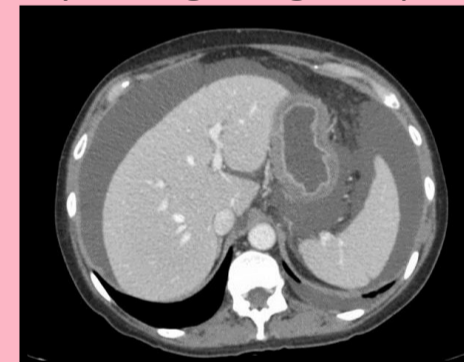
Mujer, 49 años, sin alergias medicamentosas, exfumadora. Antecedentes médicos de ansiedad. Tratamiento: Paroxetina. Acude a Centro de Salud, habiendo consultado en 2 ocasiones previas por dolor abdominal difuso y pirosis que cedieron espontáneamente, por presentar desde hace 7 meses, disfagia intermitente a sólidos y líquidos, con algún episodio autolimitado de vómitos alimenticios, pero con empeoramiento progresivo en la última semana, con vómitos postprandiales en casi todas las comidas y plenitud postprandial, con aumento del perímetro abdominal. Hiporexia y pirosis. No pérdida ponderal. No alteraciones en hábito intestinal ni exteriorización de sangrado digestivo. Se solicita analítica sanguínea, en la que se objetiva leucocitosis 12700/mm³ (48% eosinófilos). Dada la persistencia de la sintomatología y el hallazgo analítico, sin causa clara, se remite a Urgencias e ingresa en Digestivo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

EXPLORACIÓN FÍSICA: Buen estado general. Normohidratada y normocoloreada. No IY. Auscultación cardiaca y pulmonar sin alteraciones. Abdomen: Blando, depresible, levemente doloroso en epigastrio, no masas ni megalias. No irritación peritoneal. Peristaltismo conservado. Semiología de ascitis. EEl sin edemas, ni signos de TVP.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- **Analítica:** Hb 13,6 g/dl, hto 40%, leucocitos 12700/mm³ (48% eosinófilos), plaquetas 254000/mm³. Bioquímica, VSG, TSH, PCR, vitB12, ácido fólico, inmunoglobulinas (Inclusive IgE) y coagulación sin alteraciones.
- **Coprocultivos:** Negativos (Parásitos negativos)
- **Rx abdomen:** Distensión gástrica con pequeño nivel en hipocondrio derecho.
- **Gastroscopia:** Esófago anillado. Bulboduodenitis no erosiva. Pequeña hernia de hiato. AP: Esofagitis eosinofílica.
- **TC abdominal:** Severa ascitis aspecto de distribución típica. Engrosamiento concéntrico de pared gástrica y asas intestinales. No masas intraabdominales. No adenopatías. Resto normal.
- **Líquido ascítico:** Leucocitosis con eosinofilia con GASA < 1.1, microbiología negativa y citología negativa para células malignas, inflamatoria aguda severa.



Se pautó tratamiento con esteroides orales, remitiendo el cuadro sintomático.

DIAGNÓSTICO

❖ **ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA Y GASTROENTERITIS EOSINOFÍLICA**

CONCLUSIÓN

La eosinofilia es una **alteración analítica** que aparece con **relativa frecuencia en la práctica clínica de Atención Primaria** y que posee múltiples etiologías.

Los **trastornos eosinofílicos gastrointestinales** primarios son un conjunto de enfermedades que incluye esofagitis, gastritis, enteritis y proctocolitis eosinofílica. Nuestra paciente presentó de forma simultánea dos de estas entidades, una esofagitis eosinofílica asociada a una gastroenteritis eosinofílica. En la primera, la clínica más frecuente es la **disfagia**, generalmente leve, que puede ser intermitente o persistente, produciéndose impactación de alimentos de forma ocasional y a veces síntomas similares a la ERGE, como náuseas, vómitos, pirosis o dolor abdominal. La gastroenteritis eosinofílica, es la entidad más rara e infrecuente, de etiopatogenia poco conocida, caracterizada por infiltración eosinofílica en al menos una de las capas del estómago y/o el intestino delgado. Hasta 50% de casos existe historia de atopia y/o alergia alimentaria, sin existir éstos en nuestra paciente. La clínica depende de la capa **histológica predominantemente afectada**, por lo que si afecta a la mucosa se manifiesta principalmente con molestias inespecíficas, como náuseas, vómitos, diarrea; el tipo muscular suele presentarse como obstrucción intestinal y la de predominio serosa, que es la más rara, tiene una presentación clásica con ascitis, como fue nuestro caso. El diagnóstico se confirma por biopsia y/o líquido ascítico eosinofílico en ausencia de causas conocidas de eosinofilia como parasitosis, reacciones a medicamentos o neoplasias, entre otros diagnósticos diferenciales.

El MAP, poniendo en práctica las competencias inherentes a su figura, tales como la **longitudinalidad y continuidad de la atención a sus pacientes** se encuentra en una situación privilegiada para realizar una minuciosa historia clínica y exploración física, con un **diagnóstico diferencial adecuado** y sospechar precozmente este tipo de enfermedades, que se presentan con **sintomatología vaga, pero recurrente**, lo cual permitiría un **diagnóstico y tratamiento eficaz** en poco tiempo de estas **patologías infrecuentes, pero con una alteración analítica relativamente frecuente en las consultas de Atención Primaria**.