



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

[www.elsevier.es/rgmx](http://www.elsevier.es/rgmx)



## ARTÍCULO ORIGINAL

# Descripción clínica de adultos con esofagitis eosinofílica atendidos en un centro universitario chileno<sup>☆</sup>



C. von Muhlenbrock<sup>a,b,\*</sup>, P. Núñez<sup>a,c</sup>, R. Quera<sup>a</sup>, J. Venegas<sup>a</sup>, N. Pacheco<sup>a</sup>, K. Herrera<sup>a,d</sup> y F. Castro<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Centro de Enfermedades Digestivas, Departamento de Medicina Interna, Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile

<sup>b</sup> Sección Gastroenterología, Departamento de Medicina, Hospital Clínico Universidad de Chile, Región Metropolitana, Chile

<sup>c</sup> Sección Gastroenterología, Departamento de Medicina, Hospital San Juan de Dios, Barcelona, España

<sup>d</sup> Programa Doctorado «Nutrición y Ciencias de los Alimentos», Universidad de Granada, Granada, España

Recibido el 26 de enero de 2024; aceptado el 12 de abril de 2024

Disponible en Internet el 2 de septiembre de 2024

### PALABRAS CLAVE

Esofagitis eosinofílica;  
Epidemiología;  
Tratamiento;  
Chile

### Resumen

**Introducción y objetivo:** La esofagitis eosinofílica (EEO) es una enfermedad inflamatoria crónica inmunomediada que afecta al esófago. En Chile y Latinoamérica se desconoce su epidemiología debido a la ausencia de estudios poblacionales. El objetivo es describir las características clínicas, endoscópicas e histológicas de los pacientes adultos con el diagnóstico de EEO, así como la respuesta al tratamiento.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo prospectivo de una cohorte pacientes  $\geq 18$  años con recuento mayor a 15 eosinófilos/campo.

**Resultados:** Sesenta y dos pacientes, 75.8% varones con una edad promedio de 38 años, edad promedio al diagnóstico 34 años, siendo más tardío en los varones; el 65% tenía otra enfermedad inmunoalérgica concomitante, siendo más frecuente la rinitis alérgica. El motivo de consulta más frecuente fue la disfagia, predominando en los varones. Las mujeres presentaron mayor frecuencia de alergias alimentarias y eosinofilia periférica. El hallazgo endoscópico más frecuente fue edema seguido de anillos con un puntaje *Eosinophilic Esophagitis Endoscopic Reference Score* (EREFS) promedio de 3,5 y un recuento promedio de eosinófilos en biopsias de 37,5 eosinófilos/campo. Los varones presentaron EREFS y recuento de eosinófilos más altos al diagnóstico. Todos los pacientes recibieron tratamiento, siendo lo más frecuente el uso de inhibidores de la bomba protones seguido por el tratamiento combinado con corticoides. La tasa de respuesta endoscópica (parcial/total) e histológica fue del 93.5 y 77%, respectivamente.

<sup>☆</sup> Véase contenido relacionado en DOI:10.1016/j.rgmx.2025.01.001, Remes-Troche J.M. Tradición y vanguardia: 90 años de excelencia de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. Rev Gastroenterol Mex. 2025;90:1–3.

\* Autor para correspondencia. Av. Plaza 2501, Las Condes, Santiago. Teléfono: 226183001.

Correo electrónico: [christianvon@uandes.cl](mailto:christianvon@uandes.cl) (C. von Muhlenbrock).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2024.04.010>

0375-0906/© 2024 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

**Conclusión:** En esta cohorte, observamos las características similares a lo descrito en los grupos internacionales. Las mujeres presentaron mayor comorbilidad autoinmune, eosinofilia periférica y alergias alimentarias, pero un menor recuento de eosinófilos y *score* endoscópico. No observamos diferencias entre los distintos esquemas terapéuticos.

© 2024 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## KEYWORDS

Eosinophilic esophagitis; Epidemiology; Treatment; Chile

## Clinical description of adults with eosinophilic esophagitis treated at a Chilean university center

### Abstract

**Introduction and aim:** Eosinophilic esophagitis (EoE) is a chronic immune-mediated inflammatory disease that affects the esophagus. Its epidemiology in Chile and Latin America is unknown due to the absence of population studies. Our aim was to describe the clinical, endoscopic, and histologic characteristics of adult patients diagnosed with EoE, as well as their treatment response.

**Material and methods:** A descriptive prospective study was conducted on a cohort of patients  $\geq 18$  years of age with an eosinophil count greater than 15 eosinophils/high power field.

**Results:** A total of 62 patients were included, 75.8% of whom were men. Mean patient age was 38 years, mean age at diagnosis was 34 years, and diagnosis was made later in men. Sixty-five percent had a concomitant immunoallergic disease, and allergic rhinitis was the most frequent. Dysphagia was the most frequent referral, with a predominance of men. Women presented more often with food allergies and peripheral eosinophilia. The most frequent endoscopic finding was edema, followed by rings, with a mean eosinophilic esophagitis endoscopic reference score (EREFS) of 3.5 and a mean eosinophil count in biopsies of 37.5 eosinophils/high power field. Men presented with a higher EREFS and eosinophil count at diagnosis. All patients received treatment and the most frequent was with proton pump inhibitors, followed by combination treatment with corticosteroids. Endoscopic (partial/total) and histologic response rates were 93.5 and 77%, respectively.

**Conclusion:** We found characteristics in our cohort similar to those described in international groups. Women presented with greater autoimmune comorbidity, peripheral eosinophilia, and food allergies, but had a lower eosinophil count and endoscopic score. We found no differences between the different therapeutic regimens.

© 2024 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción y objetivo

Los eosinófilos pueden estar presentes fisiológicamente en la totalidad del tracto gastrointestinal, sin embargo, en condiciones normales estos no se encuentran en la mucosa esofágica. La presencia de eosinófilos en el epitelio escamoso esofágico puede ser secundario a varias enfermedades ya sean sistémicas o locales destacando la esofagitis eosinofílica (EEo) y la enfermedad por reflujo gastroesofágico<sup>1</sup>. La EEo es una enfermedad inflamatoria crónica inmunomediada que afecta exclusivamente al esófago y es definida por la presencia de síntomas secundarios a la disfunción del esófago en presencia de más de 15 eosinófilos/campo mayor en la mucosa esofágica y en ausencia de otras enfermedades asociadas a un aumento de eosinófilos en el epitelio esofágico<sup>1,2</sup>. Inicialmente considerada una entidad infrecuente, estudios han demostrado que su incidencia y prevalencia ha aumentado en las últimas décadas, especialmente en Occidente<sup>3,4</sup>. Un metaanálisis reciente publicado

el año 2023, usando criterios diagnósticos del año 2018, que incluyó 40 estudios principalmente de Norteamérica y Europa mostró una incidencia de 5.31/100,000 por año y una prevalencia de 40.04/100,000 en adultos<sup>4</sup>. Esta incidencia se debería a un mayor conocimiento de la enfermedad con mayores tasas de biopsias esofágicas. Sin embargo, existe evidencia que sugiere un aumento en la incidencia incluso después de tener un mayor conocimiento de esta enfermedad, fenómeno que también ha sido descrito en otras enfermedades atópicas<sup>5</sup>. En Chile y Latinoamérica se desconoce su epidemiología debido a la ausencia de estudios poblacionales, y solo se reportan series con pocos casos<sup>6-9</sup>. Aproximadamente entre un 2 y un 7% de los usuarios adultos sometidos a endoscopia digestiva alta con sospecha de EEo y que se realizan biopsias cumplen los criterios histológicos de la EEo<sup>10,11</sup>.

Por lo tanto, considerando la evidencia actual sobre el aumento de las personas afectadas por EEo, la evolución clínica desfavorable que pueden desarrollar sin un trata-

miento adecuado y la falta de estudios clínicos a nivel local, nuestro objetivo es describir los aspectos clínicos y el tratamiento recibido en los pacientes con EEO que hayan sido evaluados en el programa de enfermedad celíaca y enfermedades gastrointestinales inmunomediadas de nuestro centro universitario.

## Material y método

Se diseñó un estudio descriptivo prospectivo de pacientes con diagnóstico de EEO que fueron atendidos en el programa de enfermedad celíaca y enfermedades gastrointestinales inmunomediadas de la Clínica Universidad de los Andes entre los meses de septiembre de 2021 y julio de 2023. Se usó lista STROBE de verificación para estudios observacionales de cohorte. Se incluyeron pacientes  $\geq 18$  años con diagnóstico de EEO según criterios clínicos, endoscópicos e histológicos<sup>1,2</sup>. Para el diagnóstico se tomaron un mínimo de 6 biopsias de esófago, incluyendo esófago distal y proximal las cuales mostraron un aumento en el número de eosinófilos  $\geq 15$  eosinófilos/campo mayor. Pacientes debían suspender uso de inhibidores de la bomba de protones al menos 7 días antes de la biopsia índice. Los hallazgos en la endoscopia digestiva alta se sistematizaron utilizando la clasificación EREFS, acrónimo en inglés de *Eosinophilic Esophagitis Endoscopic Reference Score* que describe la presencia de exudados, anillos, edema, surcos y estenosis<sup>12,13</sup>. El tratamiento se evaluó por respuesta sintomática, endoscópica e histológica, considerándose exitosa esta última si el recuento de eosinófilos era menor a 15 por campo mayor<sup>14</sup>. Se definió como respuesta endoscópica parcial la disminución de al menos un punto en escala EREFS y total a la normalización del aspecto endoscópico en esófago. El seguimiento fue multidisciplinario por gastroenterología, nutrición e inmunología. Se excluyeron los pacientes que presentaran otra enfermedad sistémica o local que pudiese explicar los síntomas, alteraciones histológicas encontradas en la mucosa esofágica o la presencia de eosinofilia sistémica.

## Análisis estadísticos

En congruencia con los objetivos del estudio se realizó estadística descriptiva para reportar los resultados de las variables. Las variables continuas se describieron a través de la mediana y rango. Las variables categóricas, se determinaron a través de la frecuencia absoluta y relativa porcentual. Se utilizó estadística comparativa Chi-cuadrado, determinando significación estadística a un valor de  $p \leq 0.05$ . Se utilizó el programa estadístico Stata® v.12.

## Resultados

Se incluyeron 62 pacientes, el 75.8% varones, edad promedio de 38 (rango: 18-77) años, observándose un aumento de casos diagnosticados en los últimos 4 años. La edad promedio al diagnóstico fue de 34 años, siendo más tardío en los varones. La enfermedad inmunoalérgica concomitante más frecuente fue la rinitis alérgica. El motivo de consulta más frecuente fue disfagia seguido por pirosis. Las mujeres

presentaron significativamente mayor eosinofilia periférica ( $> 0.5 \times 10^9/l$ ) 33 vs. 6.4% en los varones;  $p=0.007$ . El 22% de los pacientes presentó alguna alergia alimentaria, siendo más frecuente en mujeres (67 vs. 26%;  $p=0.004$ ), asociado a pescados-mariscos, lácteos y alimentos con mayor contenido de lípidos (definido en evaluación por equipo nutrición). Respecto a los procedimientos, los pacientes presentaron una mediana de 4 puntos en el índice EREFS y 25 eosinófilos/campo en el recuento de eosinófilos en las biopsias. Las características clínicas y demográficas de los pacientes pueden encontrarse en la [tabla 1](#).

Todos los pacientes recibieron tratamiento a permanencia, con control endoscópico con media 6 meses (rango: 2-12 meses); 2 con dieta exclusiva (lácteos, gluten, maní, soya), 34 con IBP exclusivo (40 mg de esomeprazol), uno con corticoide tópico exclusivo (budesonida 1 mg en saliva artificial posterior al desayuno y 1 mg en saliva artificial posterior a la cena) y 25 pacientes recibieron terapia combinada (IBP, dieta y corticoides tópicos, siendo la budesonida en saliva artificial de 2 mg/día el corticoide más usado). En aquellos pacientes con EREFS más alto (7 puntos) se optó por terapia combinada de IBP, dieta y corticoides tópicos. La tasa de respuesta endoscópica (parcial/total) definida por una mejoría en el índice EREFS fue del 93.5% e histológico (recuento menor a 15 eosinófilos/campo) del 77%. Ningún paciente requirió dilatación endoscópica. Los detalles según el tipo de tratamiento pueden encontrarse en la [tabla 2](#).

## Discusión

Esta es la primera cohorte de pacientes adultos con EEO descrita a la fecha en Latinoamérica, previamente los estudios se limitan solo a reportes de casos, siendo principalmente pediátricos<sup>15,16</sup>. El cuadro clínico de la EEO está asociado con la disfunción o fibrosis esofágica, y su forma de presentación y evolución varía según la edad del paciente<sup>17</sup>. Los síntomas más frecuentes en los niños son los vómitos, el dolor abdominal, la disfagia y la impactación alimentaria, mientras que en los adultos son la disfagia, y otros síntomas menos característicos, pudiendo confundirse con otros diagnósticos como la enfermedad por reflujo gastroesofágico, como fue apreciado en nuestra cohorte donde más del 20% de los pacientes consultó inicialmente por pirosis.

En personas con EEO sin tratamiento, la inflamación sostenida a nivel esofágico se asocia a una mayor prevalencia de dolor torácico, fibrosis, disfagia e impactación alimentaria<sup>18</sup>. Un estudio que incluyó 721 sujetos con EEO mostró que, en pacientes con síntomas de más de 21 años de evolución al momento del diagnóstico, la frecuencia de estenosis e impactaciones alimentarias a nivel esofágico fue del 52 y 57%, respectivamente. En pacientes con una duración de los síntomas de menos de 2 años al momento del diagnóstico, la frecuencia fue del 19 y 24%, respectivamente. El riesgo de estenosis por cada año de síntomas de EEO no tratada aumenta el 9%<sup>19,20</sup>, situación no observada en nuestra cohorte. El tiempo al diagnóstico promedio en nuestra serie fue de 2.1 años, lo que podría explicar la baja tasa de complicaciones observadas. Entre el 28 y el 86% de los pacientes adultos con EEO tienen otra enfermedad alérgica concurrente, incluyendo alergias alimentarias, rinitis alérgica, dermatitis atópica y asma<sup>21-23</sup>, lo que también fue

**Tabla 1** Características clínicas y demográficas de pacientes con esofagitis eosinofílica

	Varones n = 47 Media (DE)	Mujeres n = 15 Media (DE)	Total n = 62 Media (DE)	Valor de p
<i>Edad (años)</i>				
Actual	38.3 (12.7)	36.6 (10.6)	37.9 (12.1)	0.869
Diagnóstico	34.3 (12.8)	34.7 (11.1)	34.4 (12.3)	0.391
Inicio de los síntomas	32.0 (12.8)	33.2 (11.5)	32.2 (12.4)	0.498
Años para el diagnóstico	2.3 (3.5)	1.5 (2.5)	2.1 (3.3)	0.134
	N (%)	N (%)	N (%)	
<i>Motivo consulta</i>				
Disfagia	30 (63.8)	7 (46.7)	37 (59.7)	0.019*
Pirosis	10 (21.3)	3 (20)	13 (21)	
Dolor	0	3 (20)	3 (4.8)	
Otro	7 (14.9)	2 (13.3)	9 (14.5)	
<i>Endoscopia de urgencia</i>				
	10 (21.3)	4 (26.7)	14 (22.6)	0.664
<i>Evaluación por inmunología</i>				
	13 (27.7)	9 (60)	22 (35.5)	0.023*
<i>Alergia alimentaria</i>				
	12 (25.5)	10 (66.7)	22 (35.5)	0.004*
Cereales y gluten	5 (10.6)	4 (26.7)	9 (14.5)	0.125
Legumbres	3 (6.4)	3 (20)	6 (9.7)	0.120
Frutas y verduras	4 (8.5)	1 (6.7)	5 (8.1)	0.819
Alimentos ricos en lípidos	5 (10.6)	6 (40)	11 (17.7)	0.010*
Pescados y mariscos	2 (4.3)	5 (33.3)	7 (11.3)	0.002*
Lácteos	1 (2.1)	3 (20)	4 (6.5)	0.014*
Huevo	2 (4.3)	1 (6.7)	3 (4.8)	0.705
<i>Otras alergias (ATB, polen, látex)</i>				
	9 (19.1)	5 (33.3)	14 (22.6)	0.253
<i>Enfermedad inmunoalérgica concomitante</i>				
Rinitis alérgica	27 (57.4)	5 (33.3)	32 (51.6)	0.104
Asma	10 (21.3)	2 (13.3)	12 (19.4)	0.498
Dermatitis	6 (12.8)	3 (20.0)	9 (14.5)	0.489
Colitis eosinofílica	1 (2.1)	1 (6.7)	2 (3.2)	0.386
Enfermedad celíaca	1 (2.1)	0	1 (1.6)	0.569
<i>Eosinofilia periférica</i>				
	3 (6.4)	5 (33.3)	8 (12.9)	0.007*
<i>Tratamiento inicial</i>				
Dieta exclusión	1 (2.1)	1 (6.7)	2 (3.2)	0.686
Corticoides	1 (2.1)	0	1 (1.6)	
Inhibidores de la bomba de protones	27 (57.4)	7 (46.7)	34 (54.8)	
Mixto (IBP + corticoides)	18 (38.3)	7 (46.7)	25 (40.3)	
	Me (Min-Máx)	Me (Min-Máx)	Me (Min-Máx)	
<i>Procedimientos</i>				
Score endoscópico inicial (EREFS)	4 (1-7)	4 (0-5)	4 (0-7)	0.602
Eosinófilos biopsia inicial	25 (15-100)	30 (20-100)	25 (15-100)	0.565

Los datos son expresados mediante frecuencias (absoluta [N] y relativa porcentual [%]) y medidas de tendencia central. Media ( $\bar{x}$ ); ATB: antibiótico; DE: desviación estándar; EREFS: *Endoscopic Reference Eosinophilic Esophagitis - Score* endoscópico de referencia para esofagitis eosinofílica; IBP: inhibidores de la bomba de protones; Me: mediana; rango: mínimo y máximo. Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov, distribución no normal. Pruebas de Chi-cuadrado de Pearson.

\* p < 0.05.

observado en nuestra cohorte afectando a casi dos tercios de nuestra población.

Factores genéticos, ambientales y alérgenos estarían implicados en la patogénesis de la EEo. En individuos susceptibles, la exposición a alérgenos alimentarios, principalmente lácteos y trigo se asociaría con una infiltración

de eosinófilos y mastocitos en la mucosa esofágica causando un daño de la integridad de la barrera epitelial<sup>24,25</sup>. En nuestro grupo más de un tercio de los pacientes presentó como antecedente una alergia alimentaria estudiada por el equipo de inmunología, destacando la alergia a los alimentos ricos en lípidos, harinas y palta, a diferencia de lo descrito en

**Tabla 2** Respuesta de los distintos tratamientos sobre la respuesta endoscópica e histológica de adultos chilenos con esofagitis eosinofílica

	Inhibidor de la bomba de protones n = 34; 54.8% Media (DE)	Corticoides tópicos n = 1; 1.6% Media (DE)	Dieta de exclusión n = 2; 3.2% Media (DE)	Esquema mixto n = 25; 40.3% Media (DE)	Total, pacientes n = 62; 100% Media (DE)	Valor de p
Edad (años)	37.5 (12.6)	45	36 (2.8)	38.2 (12.5)	37.9 (12.1)	0.690
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
<b>Motivo de la consulta inicial</b>						<b>0.748</b>
Disfagia	21 (61.8)	1 (100)	0	15 (60)	37 (59.7)	
Pirosis	8 (23.5)	0	1 (50)	4 (16)	13 (21)	
Otro	5 (14.7)	0	1 (50)	6 (24)	12 (19.4)	
	Me (Min-Máx)	Me (Min-Máx)	Me (Min-Máx)	Me (Min-Máx)	Me (Min-Máx)	
<b>Hallazgos endoscópicos</b>						
<b>EREFS inicial</b>						<b>0.964</b>
Edema (0-1)	1 (0-1)	1	1 (0-1)	1 (0-1)	1 (0-1)	
Anillos (0-3)	1 (0-2)	1	2 (1-2)	1 (0-2)	1 (0-2)	
Exudado (0-2)	1 (0-2)	0	0	1 (0-2)	1 (0-2)	
Surcos (0-2)	1 (0-2)	1	2 (1-2)	1 (0-2)	1 (0-2)	
Estenosis (0-1)	0 (0-1)	0	0	0 (0-1)	0 (0-1)	
Puntaje total (0-9)	4 (2-7)	3	4 (3-4)	4 (0-5)	4 (0-7)	
<b>EREFS Control</b>						<b>0.802</b>
Edema (0-1)	0 (0-1)	0	1 (0-1)	0 (0-1)	0 (0-1)	
Anillos (0-3)	0 (0-2)	0	0	0 (0-2)	0 (0-2)	
Exudado (0-2)	0 (0-2)	0	0	0 (0-2)	0 (0-2)	
Surcos (0-2)	0 (0-1)	0	0	0 (0-1)	0 (0-1)	
Estenosis (0-1)	0 (0)	0	0	0 (0)	0 (0)	
Puntaje total (0-9)	0 (0-5)	0	1 (0-1)	0 (0-4)	5 (0-5)	
<b>Hallazgos histológicos</b>						
Recuento eosinófilos inicial	25 (15-100)	34	20 (20-25)	30 (15-100)	25 (15-100)	<b>&lt;0.001*</b>
Recuento eosinófilos control	0 (0-40)	0	2 (0-4)	0 (0-100)	0 (0-100)	0.293
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Respuesta histológica (< 15 Eos/campo)	26 (76.5)	1 (100)	2 (100)	20 (80)	49 (79)	0.815
<b>Mejoría endoscópica</b>						<b>0.903</b>
Total	19 (55.9)	1 (100)	1 (50)	13 (52)	34 (54.8)	
Parcial	13 (38.2)	0	1 (50)	9 (36)	23 (37.1)	
Sin cambios	2 (5.9)	0	0	1 (4)	3 (4.8)	
Empeoró	0	0	0	2 (8)	2 (3.2)	

Los datos son expresados mediante frecuencias (absoluta [N] y relativa porcentual [%]) y medidas de tendencia central.

Media: ( $\bar{x}$ ); DE: desviación estándar; Me: mediana; rango (mínimo y máximo). Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov, distribución no normal. Pruebas de Chi-Cuadrado de Pearson.

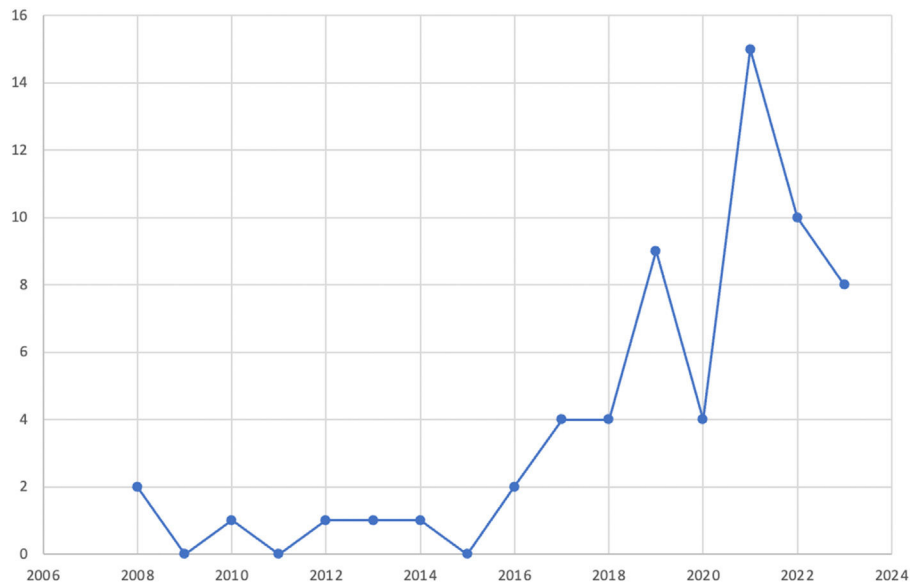
\* p < 0,05

series internacionales donde predomina la alergia al huevo, leche y maní<sup>23</sup>.

Nuestra serie mostró hallazgos endoscópicos similares a lo descrito por otros grupos donde destacan los surcos lineales, anillos y edema, aunque observamos una baja tasa de estenosis. Para el diagnóstico y manejo de la EEO se recomienda tomar un mínimo de 6 biopsias incluyendo esófago distal y proximal<sup>26</sup>, lo que se realizó en la totalidad de nuestros pacientes. Hasta en un 25% de los pacientes con EEO, la mucosa esofágica puede tener un aspecto normal en la endoscopia<sup>27</sup> lo que ocurrió en un 5% de nuestra cohorte,

evidenciando probablemente un bajo índice de sospecha clínica.

El tratamiento de la EEO requiere una evaluación y seguimiento multidisciplinario por gastroenterología, nutrición e inmunología<sup>14</sup>, lo que se cumplió en la mayoría de nuestros pacientes. Los objetivos del tratamiento son lograr la remisión sintomática, endoscópica y reducir el recuento de eosinófilos a menos de 15 eosinófilos/campo mayor, disminuyendo de esta manera el riesgo de una actividad inflamatoria mantenida, el desarrollo de fibrosis y estenosis<sup>14,28</sup>. La estrategia terapéutica debe ser seleccionada basada en la



**Figura 1** Pacientes diagnosticados anualmente (2008-2024) en nuestra cohorte. Destaca disminución el año 2020 por pandemia COVID-19 y registros años 2023 realizados hasta junio de dicho año (6 meses).

eficacia, en la facilidad de administración, en el costo y en la preferencia de la persona<sup>1,2</sup>. Nuestro grupo basó el tratamiento en los hallazgos endoscópicos iniciales, tendiendo a preferir la terapia con IBP, seguido de terapia mixta, dieta de exclusión y corticoides tópicos. Ninguno de los pacientes ha requerido hasta el momento el inicio de terapia biológica con dupilumab (anticuerpo monoclonal dirigido contra la IL-4 y IL-13 disponible en nuestro medio) ni dilatación endoscópica, probablemente por lo precoz del diagnóstico y el bajo número de casos comparados con lo reportado en la literatura<sup>18</sup>.

Una de las principales fortalezas de este estudio radica en la caracterización de una cohorte de pacientes adultos con EoE en Latinoamérica, lo que contribuye significativamente a los escasos datos disponibles en nuestra región. Además, es importante destacar que los pacientes de esta cohorte se sometieron a un estudio exhaustivo, fueron seguidos de cerca y evaluados por un equipo multidisciplinario en un entorno universitario. Una limitación de este estudio radica en su naturaleza descriptiva, además de que algunos pacientes fueron diagnosticados en otros centros médicos, lo que resultó en la falta de uniformidad en los esquemas terapéuticos y los protocolos de seguimiento entre los participantes. Esta situación ha sido reconocida y abordada en nuestro grupo de enfermedades inmunomediadas a partir de 2022 generando un protocolo interno de diagnóstico, manejo y seguimiento, lo que nos brindará la oportunidad de mejorar y ampliar nuestros resultados (fig. 1). En el futuro, será esencial llevar a cabo estudios multicéntricos en Chile y Latinoamérica en población adulta con EoE.

## Conclusión

En esta serie de casos, observamos que los pacientes con EoE presentan características similares lo descrito en otros estudios, destacando las diferencias que existen según sexo. Las estrategias terapéuticas utilizadas en esta cohorte muestran

tasas de efectividad endoscópica e histológica similares a las descritas en la literatura. Estudios de incidencia y prevalencia a nivel local y en otros países de Latinoamérica determinarán el real impacto de esta enfermedad.

## Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

## Consideraciones éticas

Los datos obtenidos durante los controles fueron recolectados en Excel® sin incluir los nombres de los pacientes para resguardar la confidencialidad de estos, previa firma del consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de los Andes CEC2023013. Los autores declaramos que este artículo no contiene información personal que permita identificar a los pacientes.

## Autorías

Christian von Muhlenbrock: gestión, análisis formal, conceptualización, conservación de datos, redacción, metodología y obtención de pacientes.

Paulina Núñez y Rodrigo Quera: investigación, metodología, redacción, revisión y edición.

Javier Venegas, Victoria Gatica y Nicole Pacheco: recolección de datos.

Karin Herrera: análisis de datos.

Fabiola Castro: revisión y edición.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.rgmx.2024.04.010](https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2024.04.010).

## Referencias

- Ballart MJ, Monrroy H, Iruretagoyena M, et al. Diagnóstico y manejo de la esofagitis eosinofílica. *Rev Med Chil.* 2020;148:831–41, <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000600831>.
- Muir A, Falk GW. Eosinophilic Esophagitis a review. *JAMA.* 2021;326:1310–8, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2021.14920>.
- Moawad FJ. Eosinophilic esophagitis: incidence and prevalence. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2018;28:15–25, <http://dx.doi.org/10.1016/j.giec.2017.07.001>.
- Hahn JW, Lee K, Shin JI, et al. Global incidence and prevalence of eosinophilic esophagitis, 1976-2022: A systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2023;21:3270–84, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2023.06.005>, e77.
- Thomsen SF. Epidemiology and natural history of atopic diseases. *Eur Clin Respir J.* 2015;2, <http://dx.doi.org/10.3402/ecrj.v2.24642>.
- Pavez C, Silva J, Díaz R. Esófagitis eosinofílica. A propósito de un caso clínico. *Gastr Latinoam.* 2006;17:73–8.
- Fullá J, Latorre R, Nazar R, et al. Esófagitis eosinofílica. Presentación de 4 casos y revisión de la literatura. *Gastr Latinoam.* 2008;19:203–7.
- González CG, Torres J, Molina R, et al. Esófagitis eosinofílica en niños: Características clínicas y endoscópicas. *Rev Med Chil.* 2009;137:666–71, <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000500010>.
- García-Compeán D, González-González JA, González-Moreno EI, et al. La esófagitis eosinofílica ¿El Norte contra el Sur? Enfoque mecanicista bio-económico-social e implicaciones clínicas. *Rev Gastroenterol Mex.* 2017;82:328–36, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2017.02.007>.
- Veerappan GR, Perry JL, Duncan TJ, et al. Prevalence of eosinophilic esophagitis in an adult population undergoing upper endoscopy: A prospective study. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2009;7:420–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2008.10.009>.
- Sealock RJ, Kramer JR, Verstovsek G, et al. The prevalence of oesophageal eosinophilia and eosinophilic oesophagitis: A prospective study in unselected patients presenting to endoscopy. *Aliment Pharmacol Ther.* 2013;37:825–32, <http://dx.doi.org/10.1111/apt.12268>.
- Hirano I, Moy N, Heckman MG, et al. Endoscopic assessment of the oesophageal features of eosinophilic oesophagitis: Validation of a novel classification and grading system. *Gut.* 2013;62:489–95, <http://dx.doi.org/10.1136/gutjnl-2011-301817>.
- Wechsler JB, Bolton SM, Amsden K, et al. Eosinophilic esophagitis reference score accurately identifies disease activity and treatment effects in children. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2018;16:1056–63, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2017.12.019>.
- Hirano I, Chan ES, Rank MA, et al. AGA institute and the joint task force on allergy-immunology practice parameters clinical guidelines for the management of eosinophilic esophagitis. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2020;124:416–23, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anai.2020.03.020>.
- Pierre R, Vieira M, Vázquez-Frías R, et al. Estudio multicéntrico sobre la epidemiología de la Esófagitis Eosinofílica Pediátrica en América Latina. *Gen.* 2016;70:125–30 [consultado 29 Oct 2023] Disponible en: <http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S0016-35032016000400003&lng=es>
- Jurado-Zambrano LF, Arroyave-Benavides J, Jiménez-Urbe A, et al. Caracterización clínico-patológica de la esofagitis eosinofílica en niños y adolescentes en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá. *Rev Col Gastroenterol.* 2019;34:23–30 [consultado 29 Oct 2023] Disponible en: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/264>
- Shaheen NJ, Mikkada V, Eichinger CS, et al. Natural history of eosinophilic esophagitis: A systematic review of epidemiology and disease course. *Dis Esophagus.* 2018;31:1–14, <http://dx.doi.org/10.1093/dote/doy015>.
- Dellon ES, Hirano I. Epidemiology and natural history of eosinophilic esophagitis. *Gastroenterology.* 2018;154:319–32, <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2017.06.067>, e3.
- Warners MJ, Oude-Nijhuis RAB, de Wijkerslooth LRH, et al. The natural course of eosinophilic esophagitis and long-term consequences of undiagnosed disease in a large cohort. *Am J Gastroenterol.* 2018;113:836–44, <http://dx.doi.org/10.1038/s41395-018-0052-5>.
- Schoepfer AM, Safroneeva E, Bussmann C, et al. Delay in diagnosis of eosinophilic esophagitis increases risk for stricture formation in a time-dependent manner. *Gastroenterology.* 2013;145:1230–6, <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2013.08.015>.
- Roy-Ghanta S, Larosa DF, Katzka DA. Atopic characteristics of adult patients with eosinophilic esophagitis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2008;6:531–5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2007.12.045>.
- Durrani SR, Mikkada VA, Guilbert TW. Eosinophilic Esophagitis: An Important Comorbid Condition of Asthma? *Clin Rev Allergy Immunol.* 2018;55:56–64, <http://dx.doi.org/10.1007/s12016-018-8670-7>.
- Wilson JM, Li R-C, McGowan EC. The role of food allergy in eosinophilic esophagitis. *J Asthma Allergy.* 2020;13:679–88, <http://dx.doi.org/10.2147/JAA.S238565>.
- Noti M, Wojno EDT, Kim BS, et al. Thymic stromal lymphopoietin-elicited basophil responses promote eosinophilic esophagitis. *Nat Med.* 2013;19:1005–13, <http://dx.doi.org/10.1038/nm.3281>.
- Aceves SS, Chen D, Newbury RO, et al. Mast cells infiltrate the esophageal smooth muscle in patients with eosinophilic esophagitis, express TGF-β1, and increase esophageal smooth muscle contraction. *J Allergy Clin Immunol.* 2010;126:1198–204, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2010.08.050>, e4.
- Dellon ES. Eosinophilic esophagitis: Diagnostic tests and criteria. *Curr Opin Gastroenterol.* 2012;28:382–8, <http://dx.doi.org/10.1097/MOG.0b013e328352b5ef>.
- Dellon ES, Speck O, Woodward K, et al. Distribution and variability of esophageal eosinophilia in patients undergoing upper endoscopy. *Mod Pathol.* 2015;28:383–90.
- Dellon ES, Gonsalves N, Hirano I, et al. ACG clinical guideline: Evidenced based approach to the diagnosis and management of esophageal eosinophilia and eosinophilic esophagitis (EoE). *Am J Gastroenterol.* 2013;108:679–92, <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2013.71>.