



ESÓFAGO

Esofagitis eosinofílica

M. A. Ballesteros-Amozurrutia

Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Ángeles del Pedregal

Recibido el 26 de mayo de 2017; aceptado el 13 de junio de 2017

Toda esofagitis eosinofílica (EEO) tiene manifestaciones clínicas, endoscópicas, fisiopatológicas y genotípicas idénticas. El ERGE aumenta la permeabilidad de la mucosa esofágica a los alérgenos. Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) mejoran los síntomas en la mitad de los pacientes con EEO (EEO-IBP). La antisecreción, pero también su actividad antiinflamatoria, contribuye en dicha respuesta. En una reunión AGREE (Arguments On Gastro Esophageal Reflux And Eosinophilic Esophagitis) 60 expertos clínicos y básicos no lograron acuerdos en relación con la EEO-IBP como entidad independiente y sugirieron más investigación. Las pruebas alérgicas en piel (SPT, que exploran alergias celulares) predicen solo 45% de respuesta a la restricción alimentaria selectiva. En la Universidad Libre de Ámsterdam evaluaron la respuesta alérgica en ocho pacientes con EEO y tres controles aplicando inóculos esofágicos transendoscópicos de 0.2 ml de alimentos diluidos (leche, soya y trigo) y tres más dependiendo de la historia de atopía de cada paciente, así como inóculos testigos placebo de salina y como testigo activo histamina a manera de prueba local de atopía (EPT). Evaluaron lesiones esofágicas agudas (estenosis fugaces) y tardías (eritema, ronchas y erosiones) a los 20 minutos. Seis pacientes tuvieron respuesta inmediata a estos inóculos y tardías, dos; ninguno reacción anafiláctica y cinco dolor precordial. No hubo correlación con SPT. No hicieron

seguimiento clínico para definir si las EPT ayudarán a limitar la restricción de alimentos en el control a mediano y largo plazos. Tampoco evaluaron la inducción de mayor eosinofilia esofágica.¹

La respuesta de EEO a dietas elementales es de 91% en niños, 45% en dietas restringidas por SPT y 72% en las restrictivas de seis grupos alimentarios alérgicos (lácteos, cereales, pescados y mariscos, nueces, huevo y soya); sin embargo, la mayoría de los pacientes responde a la restricción de lácteos y cereales-gluten. En un estudio multicéntrico español, a 99 adultos y 24 niños con EEO se les restringió progresivamente la ingesta de: a) lácteos y cereales-gluten; de no existir respuesta clínica e histopatológica a las 6 semanas (< 15 eosinófilos/hpf): b) huevo y legumbres, y de ser necesario: c) pescados-mariscos y nueces. Remitió 44% (adultos y niños por igual) con restricción de dos alimentos, 60% al prohibir cuatro y 75% con seis alimentos. Importante: las tres cuartas partes de los pacientes mostraron respuesta en las primeras 6 semanas.²

La respuesta a la ingesta de esteroides inhalados ha sido subóptima en EEO y muy variable, con mayor biodisponibilidad broncopulmonar que esofágica. Dos estudios multicéntricos aleatorizados y cegados estudiaron dos nuevas presentaciones de esteroides orales en adultos con EEO. El primero en EEO de más de 10 años de duración, una nueva

Correspondencia de Autor: Periférico Sur 3697-650D, Col. Héroes de Padierna, Delegación Magdalena Contreras, Ciudad de México, México. C. P. 10700. Teléfono: 5568-6901, exts. 102 y 105. Correo electrónico: consultorio@drballesteros.com.mx (M. A. Ballesteros-Amozurrutia)

formulación de budesonida orodispersable, 1 mg BID en 88 EEO aleatorizados 59 a budesonida y 29 a placebo por 6 semanas. Se evaluó respuesta endoscópica e histopatológica: 56% de los tratados tuvo respuesta, ninguno a placebo. Se observó respuesta clínica en 60% e histopatológica en 93%, candidiasis esofágica leve en tres y un paciente control sufrió un episodio de impacto alimentario. La densidad de eosinófilos disminuyó de un máximo de 200 (160-365) a < 10 eosinófilos/hpf, en tanto que los promedios en placebo se mantuvieron en 199 (185-240) y 205 (188-220) eosinófilos/hpf antes y después de las 6 semanas de tratamiento.³ El segundo estudio evaluó propionato de fluticasona en tabletas de 1.5 y 3 mg por 8 semanas en 24 pacientes con EEO activa. La disminución de eosinófilos esofágicos fue sustancial: de un valor basal de 380 (289-563) a 0 y 23 (0-60) respectivamente. Hubo una clara mejoría en el índice sintomático de EREFS (Endoscopic Reference Score for Eosinophilic Esophagitis) de un promedio de 3 a 4 puntos a < 2 ($p < 0.05$), sin disminución en controles.⁴

En Northwestern U. se analizaron los cambios en distensibilidad del esófago con FLIP (*functional lumen imaging probe*) de 16 cm colocada en la unión esofagogástrica en 16 pacientes antes y después (16 semanas) de tratamiento: ocho recibieron esteroides, seis dieta y dos dieta + IBP; se valoraron mediante índices clínico (EESAI) y EREFS. Siete mejoraron la curva de distensibilidad (*plateau*) del FLIP 2 mm (15.2 ± 17.1).⁵

La citoesponja se evaluó en forma ciega en 105 adultos con EEO. Se hacía endoscopia posterior para documentar abrasiones o erosiones mediante escala de puntaje máximo de 4. El promedio de abrasión fue 0.34, no mayor de 1 en 94% y 75% sin lesión identificable. La correlación con biopsias fue mayor de 80%. Incluso la citoesponja fue diagnóstica en algunos pacientes con biopsia negativa, posiblemente por la mayor área de superficie explorada.⁶

El efecto del tratamiento dietético fue evaluado en 529 pacientes con EEO avanzada, 235 de los cuales requerían dilataciones esofágicas y 99 dilataciones con balones TTS (*through the scope*) > 17 mm. De estos últimos, 46/99 lograron una remisión duradera por un promedio de 2.3 años, 7 no la lograron a pesar de llevar el tratamiento y 6 no recibieron tratamiento específico para EEO. Uno/15 (6.7%) en remisión requirió otra dilatación (por Nissen), en tanto que 7/13 (54%) sin remisión necesitaron más dilataciones ($p < 0.006$).⁷

Finalmente un estudio hecho en dos hospitales americanos en los que la población atendida es predominantemente latinoamericana (más de 70%) incluyó a más de 2,000 pacientes consecutivos a los que se les realizó una endoscopia por cualquier motivo o por impactos alimentarios. La frecuencia de EEO fue de 0.96% a 3.2% en latinoamericanos, comparada con 9.1% a 10.5% de los pacientes de raza blanca.⁸

En síntesis, este año se ha demostrado la mayor utilidad de las fórmulas de esteroides de administración oral.

La dieta para mejorar el curso clínico es importante en el tratamiento, con respuestas rápidas evaluables a las 6 semanas y con persistencia de su utilidad a largo plazo. Mejor aún, posiblemente no sea necesaria la restricción de muchos alimentos inicialmente, incluso en vez de ser la restricción decreciente, pudiera serlo progresiva. Es probable que la EPT sea una guía para restringir ciertos alimentos, incluso

algunos no incluidos en las dietas que prohíben los seis grupos alimentarios tradicionales, como algunas frutas.

Como se ha demostrado en estudios previos, la citoesponja es una herramienta menos incómoda, económica, segura y con mayor sensibilidad diagnóstica.

La EEO en la población latinoamericana de los Estados Unidos es sustancialmente menor que en los pacientes de raza blanca.

Desafortunadamente no ha habido acuerdo en relación con la naturaleza independiente de EEO-IBP y la influencia del ERGE en su patogénesis.

Financiamiento

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este estudio

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de interés para la realización de este trabajo.

Referencias

1. Warners M, Terreehorst I, van den Wijngaard RM et al. Development of a new diagnostic test for esophageal food sensitization in adult EOE patients: The Gastroscopic Esophageal Prick Test (EPT). Sesión de trabajos orales presentada en DDW; 2017 mayo 6-9; Chicago, IL. 760.
2. J. Molina-Infante J, Gonzalez-Cordero PL, Casabona-Frances F et al. Step-up empiric elimination diet for pediatric and adult eosinophilic esophagitis: The 2-4-6 Study. Sesión de trabajos orales presentada en DDW; 2017 mayo 6-9; Chicago, IL. 1119.
3. Lucendo AJ, Miehke SM, Vieth M et al. Budesonide orodispersible tablets are highly effective for treatment of active eosinophilic esophagitis: Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled, Pivotal Multicenter Trial (EOS-1). *Gastroenterology* 2017;152:S207
4. Hirano I, Schoepfer AM, Falk GW et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of a fluticasone propionate orally disintegrating tablet in adult and adolescent patients with eosinophilic esophagitis: A phase 1/2A safety and tolerability study. Sesión de trabajos orales presentada en DDW; 2017 mayo 6-9; Chicago, IL. 1069.
5. Carlson D, Hirano I, Zalewski A, et al. Changes in esophageal distensibility associated with treatment response in eosinophilic esophagitis: A study utilizing the functional lumen imaging probe. Sesión de trabajos orales presentada en DDW; 2017 mayo 6-9; Chicago, IL. 1121.
6. Chang AO, Katzka DA, Dellon et al. The cytosponge is a safe and well-tolerated method of sampling esophageal tissue in patients with eosinophilic esophagitis. Sesión de trabajos orales presentada en DDW; 2017 mayo 6-9; Chicago, IL. 1120.
7. Schupack D, Alexander JA, Katzka DA et al. Does continued medical management prevent the need for recurrent dilation in eosinophilic esophagitis? Sesión de trabajos orales presentada en DDW; 2017 mayo 6-9; Chicago, IL. 1073.
8. Yu C, Kline M, Naik PS et al. The prevalence of eosinophilic esophagitis in Hispanics undergoing endoscopy both for any indication and specifically for dysphagia/food impaction as compared to Caucasians. Sesión de carteles presentada en DDW; 2017 mayo 6-9; Chicago, IL. Tu 1122.