Revista de Gastroenterología de México xxx (xxxx) xxx–xxx

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO
www.elsevier.es/rgmx

ARTÍCULO ORIGINAL

Características clínicas y tratamiento de la esofagitis eosinofílica en población adulta en Colombia

F. Juliao-Baños[a,*], A. Lúquez-Mindiola[b], A. Gómez-Venegas[a], V. Parra-Izquierdo[c], H. Marulanda-Fernández[d], J. Carvajal-Gutiérrez[a], B. Arturo-Arias[e], P. Aponte-Ordoñez[b,f], V. Parra-Vargas[g], J. Toro-Calle[h], C. Rodríguez-Rubiano[i], R. Prieto-Ortiz[j], R. Carmona-Valle[k], A. Castro-Rodríguez[i], F. Gil-Parada[l], J. Castaño-Morales[m], J. Velásquez-Lopera[m], J. Donado-Gómez[a] y W. Otero-Regino[d,n]

[a] *Hospital Pablo Tobón Uribe, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia*
[b] *Instituto de Salud Digestiva Gutmedica, Bogotá, Colombia*
[c] *Hospital Internacional de Colombia, Universidad El Bosque, Bucaramanga, Colombia*
[d] *Centro de Gastroenterología y Endoscopia, Bogotá, Colombia*
[e] *Hospital Universitario de Caldas, Oncosalud IPS, Universidad de Manizales, Manizales, Colombia*
[f] *Asociación Médica de los Andes, Bogotá, Colombia*
[g] *Clínicas Colsanitas, Bogotá, Colombia*
[h] *Clínica CES, Medellín, Colombia*
[i] *Stay Gut, Gastroplus - Clínica Azul, Bogotá, Colombia*
[j] *Centro de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CEHYD), Bogotá, Colombia*
[k] *Clínica Medihelp, Cartagena, Colombia*
[l] *Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, Colombia*
[m] *Clínica Medellín, Medellín, Colombia*
[n] *Hospital Universitario Nacional de Colombia, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia*

Recibido el 2 de febrero de 2025; aceptado el 2 de abril de 2025

PALABRAS CLAVE
Esofagitis eosinofílica;
Epidemiología;
Clínica;
Tratamiento;
Colombia

Resumen
Introducción y objetivo: La esofagitis eosinofílica (EEo) presenta un incremento en la prevalencia e incidencia a nivel mundial, los datos de Latinoamérica son escasos. El objetivo de este estudio es describir las características epidemiológicas, clínicas y el tratamiento de los pacientes adultos con EEo en Colombia.
Pacientes y métodos: Se realizó un estudio multicéntrico descriptivo de corte transversal, con 16 gastroenterólogos de diferentes ciudades del país. Se evaluaron variables demográficas, clínicas, tratamiento y complicaciones. La severidad de la EEo se calculó con el índice de severidad clínico (ISC).

* Autor para correspondencia. Hospital Pablo Tobón Uribe. Calle 78B # 69-240. Medellín, Colombia. Teléfono: 6044459000.
Correo electrónico: fabianjuliao@hotmail.com (F. Juliao-Baños).

https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2025.04.004
0375-0906/© 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Cómo citar este artículo: F. Juliao-Baños, A. Lúquez-Mindiola, A. Gómez-Venegas et al., Características clínicas y tratamiento de la esofagitis eosinofílica en población adulta en Colombia, Revista de Gastroenterología de México, https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2025.04.004

Resultados: Desde noviembre de 2023 hasta julio de 2024, se incluyeron 152 pacientes, el 58.6% varones, edad promedio de diagnóstico 43,3 años (18-79). El tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 32.5 meses (mediana), con un rango intercuartil (25-75%) de 11.0-79.8 meses. Ciento treinta y cuatro (88.2%) pacientes recibieron tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP), 66 (43.4%) dieta, 42 (27.6%) esteroides y 9 (5.9%) dilatación endoscópica. El 57.2% recibieron terapia combinada. Se obtuvo remisión histológica en el 68.4% y mejoría de la disfagia en el 93.4% de los casos. Teniendo en cuenta el ISC, se logró remisión histológica en el 75.6% de los pacientes con actividad leve, el 63.9% actividad moderada y el 50% actividad severa ($p = 0.003$).
Conclusiones: La EEo en Colombia presenta un retraso importante en el diagnóstico. El tratamiento más utilizado son los IBP, aunque más de la mitad recibieron terapia combinada. Es necesario realizar guías nacionales de manejo considerando la disponibilidad de los tratamientos locales.
© 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

KEYWORDS
Eosinophilic esophagitis;
Epidemiology;
Clinical approach;
Treatment;
Colombia

Clinical characteristics and treatment of eosinophilic esophagitis in an adult population in Colombia

Abstract
Introduction and aim: There is an increase in the incidence and prevalence of eosinophilic esophagitis (EoE) worldwide and data in Latin America are scarce. The aim of our study was to describe the epidemiologic and clinical characteristics of EoE and its treatment, in adult patients in Colombia.
Patients and methods: A descriptive, cross-sectional study was conducted on patients with EoE, with the participation of 16 gastroenterologists from different Colombian cities. Demographic and clinical variables of the patients were evaluated, along with their treatment and complications. EoE severity was calculated utilizing the clinical severity index (CSI).
Results: The study included 152 patients with EoE seen within the time frame of November 2023 and July 2024. A total of 58.6% were men and the mean patient age at diagnosis was 43.3 years (range: 18-79). The time from symptom onset to diagnosis was 32.5 months (median), with an interquartile range (25-75%) of 11.0-79.8 months. A total of 134 (88.2%) patients received treatment with proton pump inhibitors (PPIs), 66 (43.4%) had dietary treatment, 42 (27.6%) received steroids, and 9 (5.9%) underwent endoscopic dilatation. A total of 57.2% of the patients received combination therapy. Histologic remission was achieved in 68.4% of the patients and dysphagia improved in 93.4% of the cases. In relation to the CSI, histologic remission was achieved in 75.6% of the patients with mild disease activity, in 63.9% with moderate activity, and in 50% with severe activity (P=.003).
Conclusions: Our results showed there is an important delay in the diagnosis of EoE in Colombia. The most widely used treatment was with PPIs, but more than half the patients had combination therapy. National management guidelines that consider local treatment availability need to be developed.
© 2025 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

La esofagitis eosinofílica (EEo) es una enfermedad inflamatoria crónica y progresiva del esófago, mediada por antígenos, con respuesta celular tipo Th2. Clínicamente se caracteriza por síntomas de disfunción esofágica como disfagia, dolor torácico, impactación de alimentos y disminución de ingesta, y en la endoscopia digestiva alta (EDA), se encuentran anillos, surcos lineales, exudados blanquecinos, pérdida de la vascularidad y estenosis luminal[1]. El diagnóstico se establece por la presencia de $\geq$ 15 eosinófilos por campo de alto poder (CAP), con exclusión de otras causas de eosinofilia como la acalasia, la enfermedad de Crohn, la enfermedad celíaca, la reacción a medicamentos, la enfermedad de injerto contra huésped, la enfermedad del tejido conectivo, la gastroenteritis eosinofílica, la vasculitis y las infecciones (hongos, virus)[2]. Con frecuencia se asocia con otras enfermedades atópicas, y es más frecuente en los varones y en la población blanca, en segunda y tercera década de la vida, y en familiares de primer grado de individuos con EEo. En

todos los estudios se ha demostrado que deteriora notablemente la calidad de vida de los pacientes[3,4]. La EEo y la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) pueden coexistir en un mismo paciente, no son excluyentes[5,6].

En las últimas 2 décadas, la incidencia y prevalencia de la EEo está incrementando a nivel mundial, tanto en los niños como en los adultos. En una reciente revisión sistemática con 40 estudios, la incidencia global fue de 5.31 casos por 100.000 habitantes/año (IC 95%: 3.98-6.63) y la prevalencia fue de 40.04 casos por 100.000 habitantes (IC 95%; 31.10-48.98), siendo mayor en los varones y en los países desarrollados, y más frecuente en Norteamérica que en Europa. La incidencia y la prevalencia han incrementado 27.2 y 9.1 veces, respectivamente, comparado con estudios previos al año 2000[7].

Las metas de tratamiento en la EEo son el control de síntomas y de la inflamación, para prevenir complicaciones como la aparición de estenosis e impactación de alimentos. Para lograr esos objetivos se ha recomendado tratamiento con las 3 D (Dieta, Drogas y Dilatación), y recientemente se ha adicionado dupilumab, completando las 4 D. Recientemente, la Food and Drug Administration (FDA), aprobó dupilumab, un anticuerpo monoclonal que bloquea el receptor de interleucina 4 (IL-4), bloqueando la señal de IL-4 e IL-13 e indicado en casos severos y refractarios[8]. Entre todas estas intervenciones, la dieta es la única que trata la causa de la enfermedad, mientras que la dilatación endoscópica es un tratamiento para aliviar los síntomas ocasionados por estenosis, sin efectos en la inflamación[9]. Por ser una enfermedad progresiva, una vez identificada, la EEo requiere tratamiento continuo para mantener remisión clínica e histológica, y así, evitar recurrencias y complicaciones, no hay ninguna justificación para simplemente «observar» a los pacientes[10].

Realizar estudios en pacientes con EEo no es fácil, debido a que los síntomas pueden pasar desapercibidos, y por la poca sospecha al realizar el estudio endoscópico y no toma de biopsias de esófago para confirmar el diagnóstico, por parte del endoscopista[11]. Por todo lo anterior, decidimos realizar este estudio para definir las características epidemiológicas, clínicas y tratamiento de la EEo en la población adulta para lograr un mejor entendimiento de su comportamiento a nivel local.

Metodología

Se realizó un estudio multicéntrico analítico de corte transversal en los pacientes adultos con EEo en diferentes ciudades de Colombia. Se invitaron a participar a los gastroenterólogos de adultos a través de correo electrónico, logrando la participación de 16 de ellos en todo el país, que trabajan en diferentes centros localizados en las siguientes ciudades: Bogotá, Medellín, Bucaramanga, Manizales y Cartagena. En principio, se incluyeron todos los pacientes adultos con EEo, atendidos en los servicios de urgencias, hospitalización o consulta externa por los gastroenterólogos que participaron en el estudio.

En este estudio se incluyeron pacientes con diagnóstico de EEo, dado por la presencia de: 1) Síntomas de disfunción esofágica, como disfagia, dolor torácico y disminución de ingesta; 2) Hallazgos histológicos en esófago de eosinófilos $\geq$ 15 eosinófilos/CAP o > 60 eosinófilos/mm^2, esta eosinofilia debe ser limitada al esófago, y 3) Hallazgos endoscópicos como anillos, surcos, edema de la mucosa, exudados, estenosis y desgarros de la mucosa, que refuerzan el diagnóstico[5].

Para la recolección de la información se utilizó una base de datos, la cual se diligenció revisando las historias clínicas de cada uno de los pacientes con diagnóstico de EEo o con entrevista al paciente en consulta, por parte de los investigadores participantes del estudio. La base de datos se desarrolló en una aplicación «web» facilitando el acceso e ingreso de los datos. Para garantizar la confiabilidad de la información, la ética y la seguridad de ella, los investigadores participantes del estudio fueron capacitados virtualmente, en la metodología para la recolección de los datos.

Se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, fecha de inicio de síntomas, fecha del diagnóstico, síntomas (disfagia, disminución de ingesta, dolor torácico, dolor abdominal, pirosis, regurgitación, vómito, impactación de alimentos en esófago), tipo de tratamiento: dieta (exclusión de 6 elementos, 4 elementos, 2 elementos y un solo elemento), esteroides (orales o tópicos), tipo de IBP y dosificación (una o 2 veces al día), dilatación esofágica (Savary, neumática), complicaciones del tratamiento, remisión histológica (definida como la presencia de < 15 eosinófilos/CAP durante el seguimiento), respuesta endoscópica y respuesta clínica (disfagia). La severidad de la EEo se calculó utilizando el índice de severidad clínico (ISC), que incluye medición de síntomas (semanal, diario, múltiples veces al día) y complicaciones (impactación, perforación), compromiso inflamatorio (endoscópico e histológico) y compromiso fibroestenosante (anillos, estenosis). Se consideró inactivo < 1, leve 1-6, moderado 7-14 y severo $\geq$ 15 [12]. La respuesta endoscópica y de disfagia se determinó teniendo en cuenta la evolución durante el seguimiento de la disfagia, y de los hallazgos endoscópicos inflamatorios y fibroestenóticos, incluidos en el ISC.

En este trabajo se utilizó la lista de cotejo STROBE la cual se agrega al final.

Análisis estadístico

Las variables categóricas se presentan como frecuencias absolutas y relativas. Las variables continuas como media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartil (RIC) (P25-75) según la distribución de los datos. Para comparar variables se usó la prueba de Chi-cuadrado, con nivel de significación de 0.05. Se empleó el paquete estadístico SPSS® versión 25.

Resultados

Entre noviembre de 2023 y julio de 2024, se incluyeron 152 pacientes adultos con EEo, 89 varones (58.6%). La edad promedio al momento del diagnóstico fue de 43.3 años (18-79 años), con una mediana de 42.5 años y RIC (25-75%) de 33.2-54.7 años, 78 (51.3%) pacientes se encontraban entre la cuarta y quinta década de la vida. El tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico tuvo una

mediana de 32.5 meses, con un RIC (25-75%) de 11.0-79.8 meses.

En cuanto a los factores asociados a la EEo, 57 (37.5%) tenían antecedente de infección por *Helicobacter pylori*, 15 (9.9%) dermatitis atópica, 17 (11.2%) rinitis alérgica, 25 (16.4%) asma bronquial, 6 (3.9%) tuvieron parto por cesárea y solo 2 (1.3%) pacientes tenían antecedente familiar en primer grado de EEo. Del total de pacientes, 105 (69.1%) presentaban disfagia, 47 (30.9%) pirosis, 34 (22.4%) dolor abdominal, 33 (21.7%) regurgitación, 33 (21.7%) tenían antecedente de ingreso a urgencias por impactación con alimentos, 24 (15.8%) dolor torácico, 11 (7.2%) disminución voluntaria de la ingesta, 9 (5.9%) sensación de *globus* faríngeo, 7 (4.6%) presentaron vómito, 6 (3.9%) disminución de peso, y 4 (2.6%) pacientes estaban asintomáticos.

Dentro de los hallazgos endoscópicos al diagnóstico, 77 (50.7%) presentaban anillos o estenosis, pero franqueables con el endoscopio, y 9 (5.9%) pacientes requirieron dilatación endoscópica ante imposibilidad de pasar el endoscopio. Un paciente presentó perforación esofágica que requirió manejo quirúrgico, al intentar desimpactar alimento con el endoscopio en endoscopia de urgencias.

Se documentó el ISC en todos los pacientes al momento del diagnóstico, encontrando que 78 (51.3%) presentaban actividad leve, 61 (40.1%) moderada y 12 (7.9%) severa. Un paciente (0.6%) se encontraba inactivo. Las características generales de los pacientes incluidos se muestran en la tabla 1.

En cuanto al tratamiento acumulado, del total de pacientes, 134 (88.2%) recibieron tratamiento con IBP, 66 (43.4%) recibieron manejo dietario, 42 (27.6%) esteroides y 9 (5.9%) se llevaron a dilatación endoscópica, de estos últimos, ninguno presentó complicaciones como perforación o cirugía. Solo un paciente con EEo recibió manejo con dupilumab, por presentar, además, dermatitis atópica.

En total, 59 (38.8%), 3 (1.9%) y 3 (1.9%) pacientes, recibieron monoterapia con IBP, tratamiento dietario y esteroides tópicos, respectivamente. Ochenta y siete (57.2%) recibieron tratamiento combinado, de estos 43 (49.4%) se manejaron con dieta e IBP, 26 (29.8%) con dieta, IBP y esteroides, y 18 (20.6%) con combinación de esteroides e IBP (fig. 1).

Durante el seguimiento, con los diferentes tratamientos se obtuvo una remisión histológica del 68.4%, respuesta endoscópica en el 68.4%, y mejoría de la disfagia en el 93.4%, en el total de pacientes incluidos en el estudio.

De los 152 pacientes, 23 (15.1%) recibieron dieta de exclusión de 6 alimentos, 22 (14.5%) sin lácteos, 16 (10.5%) con exclusión de 2 alimentos (lácteos y trigo), 5 (3.3%) con exclusión de 4 alimentos. Durante el seguimiento, se evaluó respuesta histológica en los 66 pacientes que recibieron tratamiento con dieta, encontrando remisión histológica en 46 (69.7%). De los pacientes manejados con IBP, el más utilizado fue esomeprazol en 107 de los 134 pacientes (79.9%), seguido por pantoprazol (14.9%). La mayoría de los pacientes recibieron tratamiento con doble dosis, 104 (77.6%). Durante el seguimiento, se evaluó respuesta histológica en los pacientes que recibieron tratamiento con IBP, encontrando remisión histológica en 85 (63.4%) pacientes. En cuanto al tratamiento con esteroides, 42 (27.6%) utilizaron esteroides en formulación inhalada y luego deglutidos. Durante el seguimiento, en 27 (64.2%) pacientes se encontró remisión histológica (fig. 2).

Teniendo en cuenta el ISC, se logró remisión histológica en 59 de 78 (75.6%) pacientes con actividad leve, 39 de 61 (63.9%) con actividad moderada, y en 6 de 12 (50%) con actividad severa, esta diferencia fue significativa ($p = 0.003$) (fig. 3).

Tabla 1 Características generales de los pacientes con esofagitis eosinofílica

Variable	Número n = 152	Porcentaje
Sexo		
Varón	89	58.6
Mujer	63	41.4
Edad promedio (años)		43.3 (18-79)
Síntomas		
Disfagia	105	69.1
Pirosis	47	30.9
Dolor abdominal	34	22.4
Impactación alimentaria	33	21.7
Regurgitación	33	21.7
Dolor torácico	24	15.8
Disminución de la ingesta	11	7.2
Globus faríngeo	9	5.9
Vómito	7	4.6
Pérdida de peso	6	3.9
Antecedentes		
Asma bronquial	25	16.4
Rinitis alérgica	17	11.2
Dermatitis atópica	15	9.9
Infección por *H. pylori*	57	37.5
Parto por cesárea	6	3.9
Familiar primer grado EEo	2	1.3
Índice de severidad clínica		
Inactiva	1	0.6
Leve	78	51.3
Moderada	61	40.1
Severa	12	7.9
Tratamiento		
Dieta	66	43.4
Seis alimentos	22	14.5
Un alimento	21	13.4
Dos alimentos	16	10.5
Cuatro alimentos	5	3.3
IBP	134	88.2
Esteroides	42	27.6
Dupilumab	1	0.6
Dilatación endoscópica	9	5.9

EEo: esofagitis eosinofílica; *H. pylori: Helicobacter pylori*; IBP: inhibidores de bomba de protones; seis alimentos: lácteos, trigo, huevos, soya, nueces y mariscos; cuatro alimentos: lácteos, trigo, huevos y soya; dos alimentos: lácteos y trigo; un alimento = lácteos.

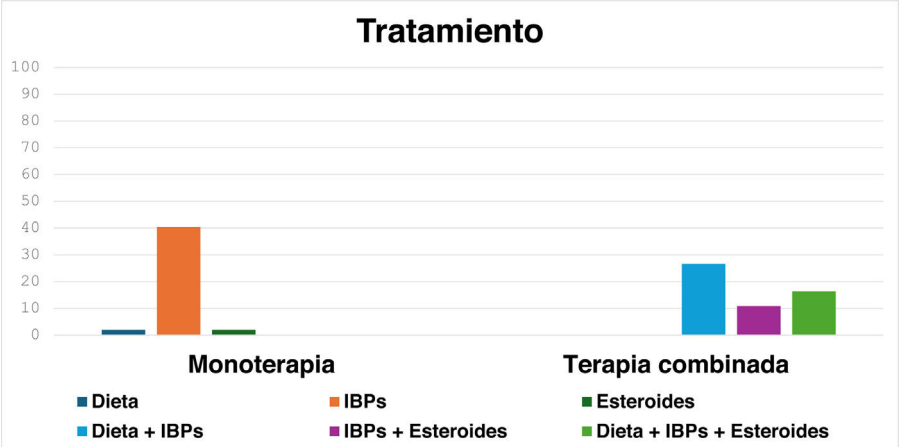

Figura 1 Tratamiento de esofagitis eosinofílica. IBP: inhibidores de bomba de protones.

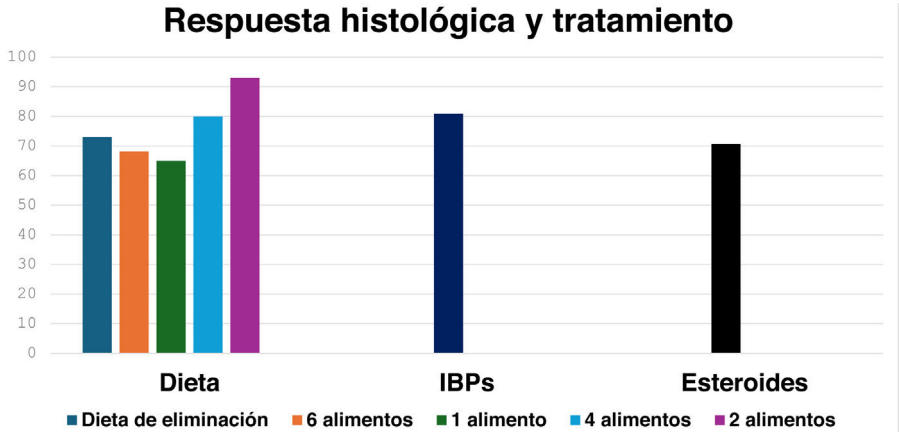

Figura 2 Respuesta histológica según tratamiento de esofagitis eosinofílica. IBP: inhibidores de bomba de protones.

Figura 3 Respuesta histológica según índice de severidad clínica.

Discusión

En este estudio mostramos datos epidemiológicos, características clínicas y tratamiento de EEo en población adulta en Colombia, con el mayor número de pacientes incluidos en un estudio de Latinoamérica. Entre los hallazgos epidemiológicos, encontramos que hay predominio del sexo masculino en nuestra serie de pacientes (58%), similar a lo reportado en una reciente revisión sistemática con 40 estudios, la gran mayoría provenientes de EE. UU. y Europa, donde se encontró un mayor riesgo de presentar EEo en los varones, comparado con las mujeres[7]. En una serie chilena de

62 pacientes encontraron también predominio en sexo masculino (75.8%)[13], lo mismo en un estudio japonés publicado recientemente[14].

La edad promedio de presentación fue de 43.3 años, lo cual es comparable a lo reportado en la literatura, donde se reporta un promedio de 40 años[15]. Sin embargo, un registro europeo encontró una edad promedio de presentación menor (33.7 años)[16]. Un estudio retrospectivo en la universidad de Carolina del Norte demostró un incremento en la edad promedio de diagnóstico de la EEo de 22.0 años en el periodo de 2002-2006 a 31.8 años de 2017-2021 ($p < 0.001$), y una disminución en la proporción en sexo masculino de EEo (80 al 68%; $p = 0.002$), durante el mismo periodo, los autores consideran que esto puede ser debido a una mayor sospecha de esta entidad en la población adulta[17].

Es bien sabido la asociación de la EEo con enfermedades alérgicas, en este estudio se encontró coexistencia con dermatitis atópica (9.9%), rinitis alérgica (11.2%) y asma bronquial (16.4%). En una revisión sistemática con 21 estudios, encontraron que rinitis alérgica (razón de momios [RM]: 5.09; IC 95%: 2.91-8.90) y asma bronquial (RM: 3.01; IC 95%: 1.96-4.62) fueron más frecuentes en sujetos con EEo comparados con población general[18]. En el estudio japonés anteriormente citado, se encontró una mayor prevalencia de asma bronquial (RM: 1.79; IC 95%: 1.45-2.23; $p < 0.001$), rinitis alérgica (RM: 1.43; IC 95%: 1.16-1.77: p 0.001) y dermatitis atópica (RM: 1.66; IC 95%: 1.23-2.23, p 0.001), en los pacientes con EEo comparado con controles[14].

En nuestro estudio encontramos un bajo porcentaje de familiares en primer grado con EEo (1.3%), en una publicación reciente se encontraron 35 casos (14.6%) en 239 familiares de 37 pacientes con EEo, siendo más frecuente en los varones que en las mujeres ($p = 0.027$), y en sujetos con síntomas atópicos[4].

El síntoma más frecuente encontrado en nuestros pacientes fue disfagia (69.1%), y 21.7% consultaron a urgencias por impactación de alimentos, esto puede estar relacionado a que la edad promedio de nuestros pacientes es alta, lo que se asocia con mayor compromiso fibroestenosante, comparado con el compromiso en niños que es más inflamatorio, como se ha descrito en publicaciones recientes[19,20].

En este estudio encontramos una mediana de retraso en tiempo al diagnóstico de 32.5 meses, tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico de EEo, similar a lo reportado en un estudio italiano (mediana 36 meses), y ligeramente inferior a lo reportado en un estudio suizo (mediana 4 años)[21,22].

En esta serie como tratamiento inicial, el 88.2% recibieron tratamiento con IBP, el 43.4% dieta de exclusión y el 27.6%, esteroides tópicos. Estos resultados son similares a los mostrados por el estudio del grupo europeo de EEo (EUREOS EoE CONNECT research group) quienes, en 589 pacientes, mostraron que los IBP fueron el tratamiento de primera línea en el 76.4%, comparados con el 10.5% con esteroides tópicos y el 7.8% con dietas de eliminación[16]. Esto contrasta un poco con encuestas realizadas a gastroenterólogos en EE. UU., donde el 54% de ellos prefieren a los esteroides tópicos como terapia de primera línea en EEo[23]. Otra encuesta reciente en 228 gastroenterólogos de 18 países europeos encontró que el 82.9% utilizan IBP como terapia de primera línea, el 41.6% esteroides tópicos, el 20.6% dietas de exclusión, y el 9.2% prefieren terapia combinada[24]. Esto es diferente a lo encontrado en nuestra serie de pacientes adultos con EEo, donde el 57.2% de los pacientes se manejaron con terapia combinada, entre los que recibieron monoterapia, la gran mayoría recibió tratamiento con IBP. En el estudio chileno señalado anteriormente, el 40.3% recibieron terapia combinada con IBP y esteroides, y 5 el 4.8% recibieron monoterapia con IBP[13].

En cuanto a la remisión histológica, se logró en el 63.4% de los pacientes tratados con IBP, en el 69.7% con dieta, y en el 64.2% de los manejados con esteroides tópicos. En el estudio multicéntrico europeo de «vida real» mencionado anteriormente[16], los esteroides tópicos fueron efectivos para lograr remisión histológica en el 67.7% de los pacientes, seguidos por dietas de exclusión con el 52.0%, y los IBP con el 50.2% de remisión histológica. Una reciente revisión sistemática con 34 estudios y 1,762 pacientes encontró una tasa de remisión histológica (presencia de < 15 eosinófilos/CAP) con dieta de eliminación del 53.8% (IC 95%: 48.0-59.6%)[25]. Adicionalmente, una revisión sistemática con 33 estudios y 619 pacientes mostró una tasa de remisión histológica con IBP en EEo del 50.5% (IC 95%: 42.2-58.7%)[26]. Por último, una revisión sistemática de 8 estudios aleatorizados y controlados con placebo encontró una remisión histológica del 64.9% con esteroides tópicos (IC 95%: 74-42%)[27]. Los anteriores porcentajes son similares a las tasas de remisión histológica encontrada en este estudio.

La combinación de tratamientos en EEo ha sido poco estudiada y hasta criticada debido al potencial de sumar eventos adversos, impacto negativo en la calidad de vida y en caso de respuesta, no poder saber cuál de los tratamientos fue el eficaz[28]. En nuestra serie más de la mitad de los pacientes (57.2%), recibieron tratamiento con combinación de estos 3 tipos de terapias para EEo, lo cual puede explicar el mayor porcentaje de respuesta a los diferentes tratamientos. Esto se ha estudiado poco en la literatura mundial, un estudio reciente, demostró que 11 de 12 pacientes que no respondieron a monoterapia con dieta de eliminación o IBP, lograron remisión histológica con la combinación de estos[29].

Nos llama la atención el escaso número de pacientes (5.9%) a quienes se realizó dilatación endoscópica en este estudio, teniendo en cuenta que el 50.7% de los pacientes presentaban anillos o estenosis, aunque la mayoría franqueables con el endoscopio, consideramos que existe cierto temor a realizar dilatación en los pacientes con EEo, por miedo a complicaciones, a pesar de la seguridad de este procedimiento mostrada en revisiones sistemáticas[30], y a recomendaciones de normas de dilatación publicadas por expertos internacionales, donde resaltan mantener la permeabilidad del esófago no solamente al paso del endoscopio, si no lograr diámetros mayores (hasta 15 mm), para mejorar la sintomatología del paciente, en particular la presencia de disfagia[31,32]. Nuevos procedimientos como el Endo-Flip (Functional Lumen Imaging Probe) permiten medir capacidad y distensibilidad de la pared esofágica, lo cual puede definir fenotipos, severidad y tratamiento personalizado para los pacientes con EEo[33].

Conclusiones

En Colombia y otros países de Latinoamérica, la prevalencia de la EEo se desconoce y puede estar subestimada

probablemente por la falta de conciencia por parte de los gastroenterólogos, al no pensar en esta enfermedad, a la gran variabilidad de su presentación clínica, así como también a la falta de acceso a procedimiento endoscópicos en algunas regiones del país. Todo lo anterior puede dificultar la identificación y tratamiento oportuno de esta entidad, y favorecer complicaciones a largo plazo como estenosis.

En este estudio, demostramos que la EEo existe en Colombia en la población adulta, siendo más frecuente en el sexo masculino, con disfagia como su síntoma principal, y está asociada a enfermedades alérgicas como la rinitis alérgica y el asma bronquial. Adicionalmente, encontramos que existe un retraso importante en el diagnóstico de esta enfermedad, y que el tratamiento inicial más frecuente en nuestro medio son los IBP, aunque más de la mitad de los pacientes (55%) se trataron con tratamiento combinado como terapia inicial, lo cual es diferente a las recomendaciones de guías y consensos internacionales[5,27,34,35].

Existen barreras en el tratamiento de la EEo en nuestro país, por ejemplo, no se dispone de esteroides en presentación viscosa, como tampoco aprobación de las autoridades regulatorias para uso de dupilumab. Por otra parte, conocemos la poca adherencia de nuestros pacientes a dietas de exclusión de alimentos, lo cual podría explicar la mayor utilización de IBP en el manejo de la EEo reportada en este estudio. Como limitaciones del estudio está la naturaleza observacional, los posibles sesgos de medición, el tamaño de la muestra y la generalización no puede ser hacia otras regiones geográficas. Una debilidad del estudio es la poca utilización en nuestros informes endoscópicos del marcador de referencia endoscópica en la EEo (EoE Endoscopic Reference Score EREFS)[36], el cual es ampliamente recomendado en las guías internacionales, y su no utilización rutinaria, dificulta la evaluación de la respuesta endoscópica a los diferentes tratamientos.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, consideramos que es necesario desarrollar guías colombianas de la EEo, basadas en nuestra realidad nacional, las cuales serían esenciales para implementar estrategias de salud pública para un diagnóstico temprano, clasificación y tratamiento oportuno de esta entidad.

Responsabilidades éticas

Este trabajo cumple con la normativa vigente en investigación bioética y se obtuvo la autorización del comité de ética institucional del Hospital Pablo Tobón Uribe. Los autores declaramos que este artículo no contiene información personal que permita identificar a los pacientes.

Financiación

Fuente propia.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Bibliografía

1. Muir A, Falk GW. Eosinophilic Esophagitis: A Review. JAMA. 2021;326:1310–8, http://dx.doi.org/10.1001/jama.2021.14920.
2. Furuta GT, Liacouras CA, Collins MH, et al. Eosinophilic esophagitis in children and adults: A systematic review and consensus recommendations for diagnosis and treatment. Gastroenterology. 2007;133:1342–63, http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2007.08.017.
3. 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.
4. Peterson K, Clayton F, Qeadan F, et al. Esophageal Eosinophilia Is Common Among Relatives of Eosinophilic Esophagitis Patients. Clin Gastroenterol Hepatol. 2022;20:e957–63, http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2020.11.023.
5. Dellon ES, Liacouras CA, Molina-Infante J, et al. Updated International Consensus Diagnostic Criteria for Eosinophilic Esophagitis: Proceedings of the AGREE Conference. Gastroenterology. 2018;155:1022–33, http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2018.07.009, e10.
6. 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. Gastroenterology. 2020;158:1776–86, http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2020.02.038.
7. 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.
8. Muñoz-Bellido FJ, Moreno E, Dávila I. Dupilumab: A Review of Present Indications and Off-Label Uses. J Investig Allergol Clin Immunol. 2022;32:97–115, http://dx.doi.org/10.18176/jiaci.0682.
9. Gómez-Aldana A, Jaramillo-Santos M, Delgado A, et al. Eosinophilic esophagitis: Current concepts in diagnosis and treatment. World J Gastroenterol. 2019;25:4598–613, http://dx.doi.org/10.3748/wjg. v25.i32.4598.
10. Biedermann L, Straumann A. Mechanisms and clinical management of eosinophilic oesophagitis: an overview. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2023;20:101–9, http://dx.doi.org/10.1038/s41575-022-00691-x.
11. Bredenoord AJ, Patel K, Schoepfer AM, et al. Disease Burden and Unmet Need in Eosinophilic Esophagitis. Am J Gastroenterol. 2022;117:1231–41, http://dx.doi.org/10.14309/ajg.0000000000001777.
12. Dellon ES, Khoury P, Muir AB, et al. A Clinical Severity Index for Eosinophilic Esophagitis: Development Consensus, and Future Directions. J Allergy Clin Immunol. 2022;150:33–47, http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2022.03.015.
13. Von Muhlenbrock C, Núñez P, Quera R, et al. Descripción clínica de adultos con esofagitis eosinofílica atendidos en un centro universitario chileno. Rev Gastroenterol Mex. 2025;90:8–14, http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2024.04.010.
14. Sawada A, Imai T, Ihara Y, et al. Epidemiology and Risk Factors of Eosinophilic Esophagitis in Japan: A Population-Based Study. Clin Gastroenterol Hepatol. 2024;22:2023–32, http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2024.04.035, e6.
15. Goyal R, Kamboj AK, Snyder DL. Eosinophilic Esophagitis: Clinical Pearls for Primary Care Providers and Gastroenterologists. Mayo Clin Proc. 2024;99:640–8, http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2023.12.026.

16. Laserna-Mendieta EJ, Casabona S, Savarino E, et al. Efficacy of therapy for eosinophilic esophagitis in real-world practice. Clin Gastroenterol Hepatol. 2020;18:2903–11, http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2020.01.024, e4.
17. Kiran A, Cameron BA, Xue Z, et al. Increasing age at the time of diagnosis and evolving phenotypes of eosinophilic esophagitis over 20 years. Dig Dis Sci. 2024;69:521–7, http://dx.doi.org/10.1007/s10620-023-08165-z.
18. González-Cervera J, Arias Á, Redondo-González O, et al. Association between atopic manifestations and eosinophilic esophagitis: A systematic review and meta-analysis. Ann Allergy Asthma Immunol. 2017;118:582–90, http://dx.doi.org/10.1016/j.anai.2017.02.006, e2.
19. Massironi S, Elvevi A, Panceri R, et al. Eosinophilic esophagitis: Does age matter? Expert Rev Clin Immunol. 2024;20:211–23, http://dx.doi.org/10.1080/1744666X. 2023.2274940.
20. 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.
21. Lenti MV, Savarino E, Mauro A, et al. Diagnostic delay and misdiagnosis in eosinophilic oesophagitis. Dig Liver Dis. 2021;53:1632–9, http://dx.doi.org/10.1016/j.dld.2021.05.017.
22. Murray FR, Kreienbuehl AS, Greuter T, et al. Diagnostic delay in patients with eosinophilic esophagitis has not changed since the first description 30 years ago: Diagnostic delay in eosinophilic esophagitis. Am J Gastroenterol. 2022;117:1772–9, http://dx.doi.org/10.14309/ajg.0000000000001950.
23. Peery AF, Shaheen NJ, Dellon ES. Practice patterns for the evaluation and treatment of eosinophilic oesophagitis. Aliment Pharmacol Ther. 2010;32:1373–82, http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2036.2010.04476. x.
24. Sorge A, Coletta M, Elli L, et al. Clinical practices and adherence to guidelines for eosinophilic esophagitis: A European survey. Dig Liver Dis. 2024;56:1196–203, http://dx.doi.org/10.1016/j.dld.2023.12.011.
25. Mayerhofer C, Kavallar AM, Aldrian D, et al. Efficacy of elimination diets in eosinophilic esophagitis: A systematic review and meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2023;21:2197–210, http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2023.01.019, e3.
26. Lucendo AJ, Arias Á, Molina-Infante J. Efficacy of proton pump inhibitor drugs for inducing clinical and histologic remission in patients with symptomatic esophageal eosinophilia: A systematic review and meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2016;14:13–22, http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2015.07.041, e1.
27. Rank MA, Sharaf RN, Furuta GT, et al. technical review on the management of eosinophilic esophagitis: A report from the AGA Institute and the Joint Task Force on Allergy-Immunology Practice Parameters. Gastroenterology. 2020;158:1789–810, http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2020.02.039, e15.
28. Molina-Infante J, Lucendo AJ. Mistakes in eosinophilic oesophagitis and how to avoid them. UEG Education. 2017;17:6–9.
29. Leung J, Sia T, Miller M, et al. Combination of proton pump inhibitors and food elimination diet for eosinophilic esophagitis refractory to monotherapy. Gastro Hep Adv. 2022;1:596–600, http://dx.doi.org/10.1016/j.gastha.2022.04.002.
30. Moawad FJ, Molina-Infante J, Lucendo AJ, et al. Systematic review with meta-analysis: Endoscopic dilation is highly effective and safe in children and adults with eosinophilic oesophagitis. Aliment Pharmacol Ther. 2017;46:96–105, http://dx.doi.org/10.1111/apt.14123.
31. Richter JE. Eosinophilic esophagitis dilation in the community-try it-you will like it-but start low and go slow. Am J Gastroenterol. 2016;111:214–6, http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2015.433.
32. Richter JE. Esophageal dilation for eosinophilic esophagitis: It's safe! Why aren't we doing more dilations? Gastrointest Endosc. 2017;86:592–4, http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2017.05.019.
33. Carlson DA, Hirano I, Gonsalves N, et al. A physiomechanical model of esophageal function in eosinophilic esophagitis. Gastroenterology. 2023;165:552–63, http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2023.05.031, e4.
34. Dhar A, Haboubi HN, Attwood SE, et al. British Society of Gastroenterology (BSG) and British Society of Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (BSPGHAN) joint consensus guidelines on the diagnosis and management of eosinophilic oesophagitis in children and adults. Gut. 2022;71:1459–87, http://dx.doi.org/10.1136/gutjnl-2022-327326.
35. Lucendo AJ, Molina-Infante J, Arias Á, et al. Guidelines on eosinophilic esophagitis: Evidence-based statements and recommendations for diagnosis and management in children and adults. United European Gastroenterol J. 2017;5:335–58, http://dx.doi.org/10.1177/2050640616689525.
36. 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.