



Figura 2 Hemangiomas observados por cápsula endoscópica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Referencias

- Goud A, Abdelqader A, Walters J, et al. Blue rubber bleb nevus syndrome: A rare presentation of late-onset anemia and lower gastrointestinal bleeding without cutaneous manifestations. *J Community Hosp Intern Med Perspect*. 2016;6:29966.
- Nakjima H, Nouse H, Urushihara N, et al. Blue rubber bleb nevus syndrome with long-term follow-up: A case report and review of the literature. *Case Rep Gastrointest Med*. 2018;2018:8087659.
- Wonaga A, Fernández JL, Barsanti A, et al. An infrequent cause of iron-deficiency anemia: Blue rubber bleb nevus syndrome. *Rev Gastroenterol Mex*. 2014;79:151–2.
- Wang KL, Ma SF, Pang LY, et al. Sirolimus alternative to blood transfusion as a life saver in blue rubber bleb nevus syndrome: A case report. *Medicine*. 2018;97:e9453.
- Tang X, Gao J, Yang X, et al. A 10-year delayed diagnosis of blue rubber bleb nevus syndrome characterized by refractory iron deficiency anemia: A case report and literature review. *Medicine*. 2018;97:e10873.
- Jin XL, Wang ZH, Xiao XB, et al. Blue rubber bleb nevus syndrome: A case report and literature review. *World J Gastroenterol*. 2014;20:17254–9.
- Bartas A, Avsar E, Bozbas A, et al. Role of capsule endoscopy in blue rubber bleb nevus syndrome. *Can J Surg*. 2008;51:E119–20.

G. Blanco-Velasco*, R. Zamarripa-Mottú, O.M. Solórzano-Pineda, E. Murcio-Pérez y O.V. Hernández-Mondragón

Servicio de Endoscopia, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, CDMX, México

* Autor para correspondencia. Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Teléfono: +56276900, Ext.: 21317.

Correo electrónico: gerardoblancov@hotmail.com (G. Blanco-Velasco).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2019.03.004>

0375-0906/ © 2019 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/>).

Aclaramiento de garganta como único síntoma de esofagitis eosinofílica. Reporte de caso



Throat clearing as the only symptom of eosinophilic esophagitis: A case report

La esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad crónica inflamatoria mediada inmunológicamente, que ocasiona disfunción esofágica. Se diagnostica con ≥ 15 eosinófilos/HPF ($\times 400$), habiendo descartado otras causas de eosinofilia esofágica¹. Ocurre en 4:10,000 niños, varones 3:1 y edad media 6.2 ± 4.8 años¹⁻³. Los síntomas difieren por edad. En niños < 6 años hay rechazo al alimento, vómito/regurgitación y fallo de medro; en > 13 años, dolor abdominal, disfagia, impactación de comida y dolor torácico¹.

Reportamos el caso de un niño de 7 años con alergia alimentaria (AA) y rinitis alérgica (RA) quien presentó aclaramiento de garganta persistente, que no se modificó con medicamentos, por lo que se realizó endoscopia demostrando una EoE severa.

Inició a los 3 años con distensión abdominal, regurgitaciones, sibilancias e infecciones respiratorias altas, realizándose SEG D que demostró reflujo hasta el tercio superior de esófago (grado III), sin hernia hiatal. Tenía IgE total: 129 UI/ml, IgE específica a alimentos (ImmunoCAP®) negativa. Pruebas cutáneas positivas a α -lactoalbúmina, β -lactoglobulina, caseína, clara, trigo, soya, ácaros y fresco. Pruebas del parche positivas a leche, trigo, clara y soya, indicándose dieta de supresión dirigida. Recibió esteroides nasales e inhalados, inhibidores de la bomba de protones (IBP) y cisaprida. La familia abandonó la vigilancia médica por 4 años.

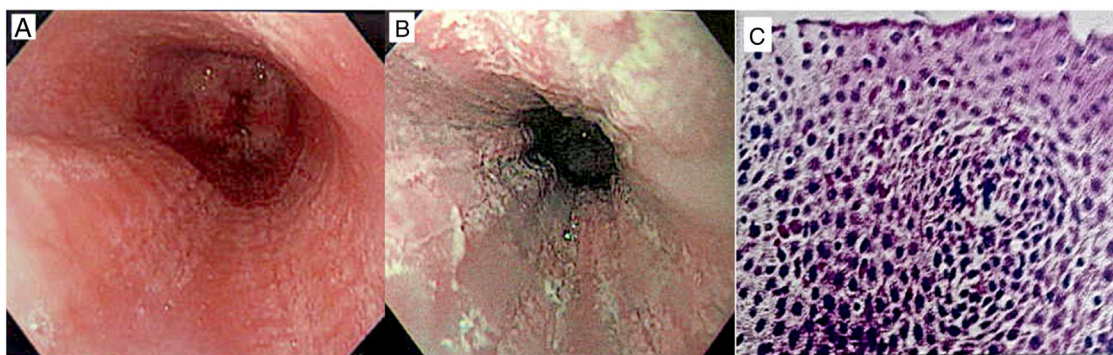


Figura 1 Hallazgos endoscópicos: A) Mucosa granular con fisuras y pliegues longitudinales. B) Pliegues longitudinales y placas blanquecinas esofágicas. C) Biopsia esofágica con > 200 eosinófilos/HPF ($\times 400$).

Acude a los 7 años presentando aclaramiento de garganta constante, que inició en el otoño y empeoraba al ingerir alimentos; episodios frecuentes de hipo y accesos de tos seca nocturna que impedían el sueño. La madre administró esteroide nasal, cisaprida e IBP por 3 meses, sin mejoría. Se realizó endoscopia que reportó esofagitis por reflujo grado 2A de los Ángeles con > 200 eosinófilos/HPF (fig. 1).

Se indicó budesonida 500 μ g espesada con sucralosa c/12 h, cisaprida, IBP, dieta de supresión dirigida e inmunoterapia subcutánea (ITSC) con fresno y ácaro para la RA. Tres meses después, el niño estaba asintomático. Se repitió la endoscopia, encontrando escasas zonas de fibrosis en pared esofágica, sin eosinófilos. Se redujo paulatinamente el esteroide viscoso deglutido hasta suspenderlo. Durante los siguientes 2 años, el niño se mantuvo asintomático con mala adherencia a la dieta e ITSC.

La EoE es una enfermedad crónica que condiciona disfunción esofágica. Síntomas frecuentes en niños son: reflujo, rechazo al alimento, disfagia y fallo de medro¹. El paciente que describimos presentó como único síntoma aclaramiento de garganta persistente. Del 10-15% de niños con EoE presentan síntomas iniciales en vía aérea alta (tos, ronquera, atragantamiento). Kelly et al.⁴, analizaron 362 expedientes de niños con EoE: 32.9% tuvieron cirugías otorrinolaringológicas, siendo más frecuentes en niños con atopia 3:1. Solo en 11.7% se diagnosticó la EoE antes del procedimiento.

Un marcador de severidad de EoE es el número de eosinófilos: EoE leve (15-30 eos/HPF) y EoE severa (> 100 eos/HPF)⁵. El paciente que describimos tenía EoE severa (> 200 eos/HPF).

El manejo de EoE incluye medidas dietéticas, farmacológicas y endoscopías de seguimiento (fig. 2)⁶.

Las dietas de eliminación reducen la exposición esofágica a alérgenos alimentarios, con resultados variables^{1,6}. Los IBP reducen la producción de ácido y tienen efectos antiinflamatorios¹. Al acudir el paciente, ya había recibido IBP por 12 semanas, sin mejoría, por lo que iniciamos esteroides. La budesonida viscosa deglutida, logra mayor exposición esofágica y efecto terapéutico que los esteroides inhalados con remisión de EoE entre el 25-30% en 4-6 semanas^{1,6}. En este paciente, la endoscopia a las 3 semanas, mostró negativización de la eosinofilia esofágica.

El papel de los aeroalérgenos en EoE es controversial. El contacto crónico directo de alérgenos del moco deglutido con la mucosa esofágica, pudiera favorecer la eosinofilia⁵. Estudios en animales apoyan este concepto⁷.

La sensibilización a inhalantes incrementa con la edad. En una cohorte de 211 niños con EoE se encontró mayor sensibilización a inhalantes en > 4 años, y en < 4 años predominó la sensibilización a alimentos⁸. Algunos pacientes con EoE y RA, exacerban síntomas y eosinofilia esofágica relacionado a picos de polinización^{5,8}, pero los reportes de la literatura médica son contradictorios⁹.

En un estudio retrospectivo de 11,080 niños con EoE, el 14% exacerbaba síntomas y eosinofilia por pólenes, todos tenían RA; pero una revisión sistemática, que evaluó 18 estudios involucrando 16,846 pacientes, refutó esta relación⁹.

La ITSC reduce IL-4, IL-5, IL-13 y favorece producción de linfocitos T reguladores, IL-10 e IgG4 bloqueadora que reducen la inflamación alérgica¹⁰. La evidencia no recomienda el uso de ITSC en EoE⁹, sin embargo en algunos fenotipos de EoE con RA descontrolada la ITSC pudiera generar beneficios^{5,10}.

La EoE es una enfermedad crónica recidivante. El retraso en el diagnóstico y tratamiento, incrementa el riesgo de secuelas el 9%/año⁵. El uso prolongado de esteroides deglutidos reduce las complicaciones fibroestenóticas, pero el 45% recaen luego de 6 semanas de suspenderlos².

El paciente que describimos permaneció asintomático con mala adherencia a la dieta e ITSC, suspendiendo los esteroides a las 12 semanas, sin presentar recaídas en dos años. Sugerimos que los pacientes con coexistencia de EoE y RA, pudieran beneficiarse con ITSC.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo respecto a la publicación de datos de pacientes y que se ha preservado en todo momento su anonimato.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado del paciente y éste documento obra en poder del autor de correspondencia.

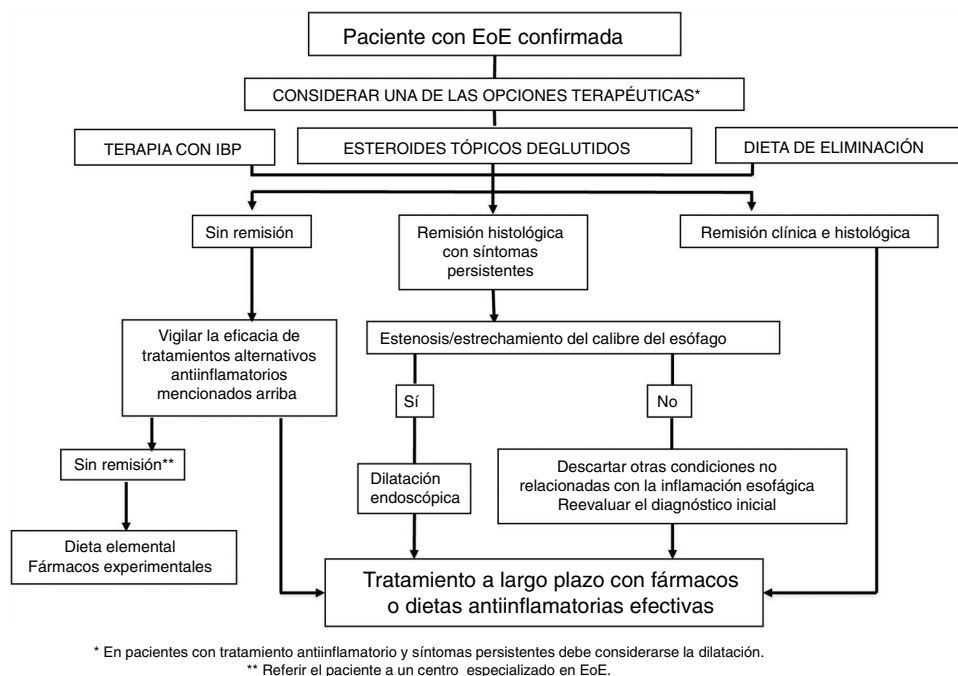


Figura 2 Algoritmo terapéutico propuesto para EoE en la práctica clínica.

Fuente: modificado de Lucendo AJ et al.⁶.

Financiación

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

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses para la realización de este trabajo.

Bibliografía

- Papadopoulou A, Koletzko S, Heuschkel R, et al. Management guidelines of eosinophilic esophagitis in childhood. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014;58:107–18, <http://dx.doi.org/10.1097/MPG.0b013e3182a80be1>
- Assa'ad AH, Putnam PE, Collins MH, et al. Pediatric patients with eosinophilic esophagitis: An 8-year follow-up. *J Allergy Clin Immunol.* 2007;119:731–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2006.10.044>
- 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>
- Kelly EA, Linn D, Keppel KL, et al. Otolaryngologic surgeries are frequent in children with eosinophilic esophagitis. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2015;124:355–60, <http://dx.doi.org/10.1177/0003489414558108>
- Atkins D, Furuta GT, Liacouras CA, et al. Eosinophilic Oesophagitis phenotypes: Ready for primetime? *Pediatr Allergy Immunol.* 2017;28:312–9, <http://dx.doi.org/10.1111/pai.12715>
- 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>

- Mishra A, Hogan SP, Brandt EB, et al. An etiological role for aeroallergens an eosinophils in experimental esophagitis. *J Clin Invest.* 2001;107:83–90, <http://dx.doi.org/10.1172/JCI10224>
- Chadha SN, Wang L, Correa H, et al. Pediatric eosinophilic esophagitis: The Vanderbilt experience. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2014;113:445–51, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anai.2014.07.020>
- Lucendo AJ, Arias Á, Redondo-González O, et al. Seasonal distribution of initial diagnosis and clinical recrudescence of eosinophilic esophagitis: A systematic review and meta-analysis. *Allergy.* 2015;70:1640–50, <http://dx.doi.org/10.1111/all.12767>
- Egan M, Atkins D. What is the relationship between eosinophilic esophagitis (EoE) and aeroallergens? Implications for allergen immunotherapy. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2018;18:43–51, <http://dx.doi.org/10.1007/s11882-018-0798-2>

N.A. Rojas Pineda^a, B.M. Morfin Maciel^{b,*}
y J. Chanona-Vilchis^c

^a Hospital Infantil Privado, Ciudad de México, CDMX, México

^b Hospital San Angel Inn Chapultepec, Ciudad de México, CDMX, México

^c Torre Médica Tuxpan, Ciudad de México, CDMX, México

* Autor para correspondencia. Hospital San Angel Inn Chapultepec. Ave. Chapultepec 489-204, Col. Juárez, C.P. 06600, Cd. de México, México
Correo electrónico: blancammorfin@gmail.com
(B.M. Morfin Maciel).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2019.04.003>
0375-0906/ © 2019 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/>).