

Colitis eosinofílica perforada

*Oscar Javier Serrano**
*Rómulo Arturo Bonilla Garnica***

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente con colitis eosinofílica perforada que requirió manejo quirúrgico, se confirmó diagnóstico con biopsia y evolucionó satisfactoriamente.

La enteritis eosinofílica es un trastorno que compromete el tracto gastrointestinal secundario a la infiltración de sus capas por eosinófilos y forma parte de un complejo de enfermedades emergentes. Fue descrita en forma reciente y presenta una amplia gama de sintomatología, que mimetiza y simula diagnósticos de mayor incidencia y por tanto de mayor sospecha. Actualmente es parte de las posibilidades a evaluar en pacientes con patología gastrointestinal, amplio rango que incluye aquellas que ameritan manejo sintomático y estudios para su determinación etiológica, y en el extremo opuesto aquellas que requieren manejo quirúrgico estableciendo su diagnóstico posteriormente. (MÉD. UIS. 2010; 23(3):225-7).

Palabras clave: Eosinofilia. Colitis. Enfermedad gastrointestinal.

SUMMARY

Perforated eosinophilic colitis.

This is the presentation of a perforated eosinophilic colitis's case which required surgical handle and was confirmed the diagnosis with biopsy and had a satisfactory evolution.

Eosinophilic enteritis is a disorder that involves the gastrointestinal tract secondary to eosinophils infiltration of its layers and form part of an emerging disease complex. It was described recently and presents a wide range of symptoms, mimics and simulates highest incidence diagnosis and therefore more suspected. Currently, it is one of the possibilities to evaluate in patients with gut pathology, a wide range that include those that need symptomatic handle and studies for its etiological determination, and in the other side those which required surgical treatment establish the diagnosis later on. (MÉD. UIS.2010;23(3):225-7).

Key words: Eosinophilia. Colitis. Gastrointestinal diseases.

INTRODUCCIÓN

Un creciente número de pacientes están sufriendo un complejo de patologías descritas como desórdenes gastrointestinales eosinofílicos, caracterizados por la infiltración específica de eosinófilos en uno o más lugares del tracto digestivo, usualmente afectando el estómago e intestino delgado. Es difícil estimar su incidencia ya que un número importante de pacientes permanece sin diagnóstico o no son reportados, existiendo alrededor de 300 casos en la literatura mundial hasta el momento sin que se conozcan datos precisos de su incidencia o prevalencia a nivel mundial o en áreas de población específicas. Se presenta un caso de colitis eosinofílica que debuta con presentación súbita por perforación del colon.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 39 años de edad quien presenta 72 horas de evolución de dolor abdominal tipo cólico en fosa iliaca derecha, progresivo en intensidad, tornándose posteriormente difuso, asociado a fiebre, escalofrío y deposiciones diarreicas, motivos por los cuales consulta. Es valorada en el servicio de urgencias donde encuentran paciente taquicárdica, taquipneica, con deshidratación y signos de irritación peritoneal generalizada, por lo que se considera en estado séptico de origen abdominal motivo por el cual es estabilizada y llevada a manejo quirúrgico. Durante la cirugía se le realiza laparotomía, encontrando peritonitis generalizada y tres perforaciones en ciego, asociado a engrosamiento de las paredes, compatible

*MD. Residente IV Año Cirugía General. Hospital Universitario de Santander. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga.

**MD Cirujano Gastroenterólogo. Docente Adjunto. Hospital Universitario de Santander. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga.

Correspondencia: Oscar Javier Serrano. Carrera 8 N 12 – 63 Bloq 5 Apto 403 Piedecuesta. Santander. Colombia.

Teléfono: 3012960409. email: i3answer6@hotmail.com

Artículo recibido el 20 de junio de 2010 y aceptado para publicación el 16 de diciembre del 2010.

con proceso inflamatorio vs. neoplásico, por lo tanto se decide realizar hemicolecotomía derecha y anastomosis termino-terminal íleo transverso. Posteriormente, se maneja con abdomen abierto para lavados peritoneales programados, evolucionando de forma satisfactoria.

El hemoleucograma de control mostró Hb 12 mg/dl, Hcto 36%, leucocitos 6600, neutrófilos 44%, linfocitos 42%, monocitos 5% y eosinófilos 9%.

El informe de patología de la pieza quirúrgica reportó: enterocolitis eosinofílica cecal, infiltración de predominio mucoso y submucoso severo con reactivación aguda necrotizante transmural y con peritonitis aguda secundaria.

DISCUSIÓN

Las gastroenteritis eosinofílicas constituyen una entidad rara, se han publicado nueve series de pacientes con 357 casos¹, y poco más de 30 casos en la literatura española. Aunque fue descrita por primera vez por Kaijser en 1937², su etiología sigue siendo desconocida, puede afectar todos los segmentos del tracto gastrointestinal desde el esófago al recto, en forma difusa o segmentaria. El pico de presentación es entre la tercera y quinta década de la vida aunque puede afectar a cualquier grupo de edad³.

Los síntomas son muy variables dependiendo del sitio y el nivel del compromiso de los órganos. Las manifestaciones clínicas a menudo son crónicas y debilitantes, cuando la infiltración es preponderante a nivel mucoso, siendo el subtipo más frecuente (25 – 100%) el cual se presenta con pérdida de sangre en materia fecal, anemia y pérdida de peso. El segundo subtipo es a nivel muscular (13 – 70%) y se manifiesta con obstrucción a la evacuación o vaciamiento gástrico e intestinal y la variación subserosa se manifiesta con ascitis eosinofílica^{1,4,20}.

Klein *et al.* en los 70s, reportaron siete nuevos casos y guiaron una amplia revisión literaria definiendo patrones de comportamiento sintomático de la enfermedad basados en los hallazgos histológicos en relación con la prevalencia infiltrativa de las láminas del tracto gastrointestinal (mucoso, muscular y subseroso)⁵. Oyaizu *et al.* en 1984, presentaron evidencia que soportaba la hipótesis que involucra mecanismos de quimiotaxis eosinofílica en base a IgE y mediadores procedentes de mastocitos, en la patogénesis de la enfermedad. Talley *et al.* en el siglo XX, categorizaron un grupo de 40 pacientes con diagnóstico de gastroenteritis eosinofílica utilizando la clasificación previamente descrita.



Figura 1. Perforaciones en el colon derecho. Hallazgo operatorio

Los mecanismos básicos que predisponen a la enfermedad se desconocen aún y su patogénesis y etiología no son bien comprendidas, pero en gran parte los pacientes presentan historia de sensibilidad a las comidas, alergias, atopias, asma, etc. y niveles séricos elevados de IgE, lo que sugiere que las respuestas de hipersensibilidad juegan un rol mayor en su patogénesis. Estudios recientes soportan dicha observación involucrando en un proceso unísono eosinófilos, linfocitos Th-2, citoquinas (IL-3, IL-5 e IL-13) y quimioquinas (eotaxina, quimioquina selectiva de eosinófilos) como los factores críticos en el desarrollo de la enfermedad y en íntima asociación con los procesos alérgicos. Se postula un imbalance en el paradigma de las células T causando por tanto un incremento en la producción de las citoquinas involucradas en la elevación de la síntesis de IgE y eosinofilia¹.

La colitis eosinofílica tiene unos criterios comunes en su diagnóstico como lo son: síntomas gastrointestinales; infiltración eosinofílica demostrada por biopsia; ausencia de infiltración eosinofílica en otros órganos fuera del tracto gastrointestinal y ausencia de infección parasitaria. Sin embargo, estos últimos criterios no están universalmente acogidos como necesarios^{6,19}.

La biopsia es el procedimiento de mayor rendimiento diagnóstico el cual demuestra la infiltración de eosinófilos en el examen microscópico de las paredes del colon. Los criterios histológicos son ambiguos debido a que el número de eosinófilos a nivel gástrico tiene una baja densidad, pero en el íleon terminal y colon puede llegar a >30 eosinófilos por campo de alto poder¹. La eosinofilia no es requisito para el diagnóstico, ya que puede estar ausente en el 20 al 40% de los casos⁷, pero es importante mencionar que no existe correlación entre el grado de eosinofilia periférica y la magnitud de la infiltración tisular o daño epitelial.

Es un cuadro que se presenta en la mayoría de casos en mujeres y clínicamente depende de la extensión comprometida, siendo comunes dolor abdominal, náusea, vómito, pérdida de peso, distensión, diarrea, sangrado digestivo, fiebre e incluso puede semejar enfermedades neoplásicas. También se ha descrito como cuadro de abdomen agudo, como el caso presentado, o en ocasiones por colitis aguda con diarrea sanguinolenta¹.

La asociación de trastornos gastrointestinales eosinofílicos y otras enfermedades es común como: alergia a productos lácteos, infestación por estroniloides, *Dientamoeba fragilis*, áscaris, enteropatía por gluten y en asociación a medicamentos como enalapril, rifampizina, gemfibrozilo y naproxeno⁶⁻¹⁶.

Debido al poco entendimiento de la etiopatogenia, el tratamiento no ha sido definido por completo y se basa en la administración de esteroides; se han utilizado otras estrategias como ketotifeno, montelukast, cromoglicato y budesonida con resultados diversos^{4,17,18}. El tratamiento quirúrgico se deja para el manejo de complicaciones como obstrucción o perforación.

CONCLUSIONES

La revisión literaria permite consolidar la idea en relación a lo inusual de esta enfermedad y la amplia gama sintomática que maneja. En particular, la excepcional forma de presentación en el caso expuesto anteriormente, la dificultad en su sospecha y su diagnóstico, simulando múltiples patrones patológicos que se suman como distractores ante la indagación de su existencia.

Sus características hacen de esta patología una entidad con poca claridad en su proceso etiopatogénico y por tanto aun más en su manejo, siendo hasta el momento los corticoides la piedra angular. La comprensión de las bases moleculares y celulares permitirá desarrollar estrategias terapéuticas precisas y orientadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rodríguez R, Bohorquez M, Gonzalez I, Torregroza G. Desórdenes eosinofílicos gastrointestinales (DEGI): Rev Col Gastroenterol. 200;22(2).
- Kaijser R. Allergic disease of the gut from the point of view of the surgeon. Arch Klin Chir. 1937;188:36-64.
- Chen MJ, Chu CH, Lin SC, et al. Eosinophilic gastroenteritis: clinical experience with 15 patients. World J Gastroenterol. 2003;9:2813-2816.
- Talley NJ, Shorter RG, Phillips SF, et al. Eosinophilic gastroenteritis: a clinicopathological study of patients with disease of the mucosa, muscle layer, and subserosal tissues. Gut 1990; 31: 54-58.
- Klein NC, Hargrove RL, Sleisenger MH, Jeffries GH. Eosinophilic gastroenteritis. Medicine (Baltimore) 1970; 49: 299-319.
- Kelly KJ. Eosinophilic gastroenteritis. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2000; 30 Suppl: S28-35.
- Huang FC, et al. Eosinophilic gastroenteritis with perforation mimicking intussusception. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2001; 33(5): 613-5.
- Rossel M, et al. [Eosinophilic colitis caused by allergy to cow's milk protein]. Rev Med Chil 2000; 128(2): 167-75.
- Corsetti M, et al. Mistaken diagnosis of eosinophilic colitis. Ital J Gastroenterol Hepatol 1999; 31(7): 607-9.
- Cuffari C, Oligny L, Seidman EG. Dientamoeba fragilis masquerading as allergic colitis. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1998; 26(1): 16-20.
- Takeyama Y, et al. Case report: eosinophilic colitis with high antibody titre against Ascaris suum. J Gastroenterol Hepatol. 1997; 12(3): 204-6.
- Butterfield JH, Murray JA. Eosinophilic gastroenteritis and gluten-sensitive enteropathy in the same patient. J Clin gastroenterol. 2002;34(5):552-3.
- Barak N, Hart J, Sitrin MD. Enalapril-induced eosinophilic gastroenteritis. J Clin Gastroenterol 2001; 33(2): 157-8.
- Lange P et al. Eosinophilic colitis due to rifampicin. Lancet 1994; 344(8932):1296-7.
- Lee JY, Medellín MV, Tumpkin C. Allergic reaction to gemfibrozil manifesting as eosinophilic gastroenteritis. South Med J. 2000;93(8):807-8.
- Bridges AJ, Marshall JB, Diaz-Arias AA. Acute eosinophilic colitis and hypersensitivity reaction associated with naproxen therapy. Am J Med. 1990;89(4):526-7.
- Neustrom MR, Friesen C. Treatment of eosinophilic gastroenteritis with montelukast. J Allergy Clin Immunol. 1999;104(2 Pt 1):506.
- Tan AC, Kruiemel JW, Naber TH. Eosinophilic gastroenteritis treated with non-enteric-coated budesonide tablets. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2001;13(4):425-427.
- M. Cebollero P Benito, F Solsona Fuentes J, Escartín Valderrama M J, Valenzuela Martínez, J. P. Ibáñez Mirallas, J. Esarte Muniáin. Enteritis eosinofílica como causa de abdomen agudo. An.Med. Interna (Madrid) 2002 Vol. 19, N.º 5, p. 241-242.
- Andrea Córdova T. Gastroenteritis eosinofílica. Gastr Latinoam. 2007;Vol 18,Nº 2:141-143.