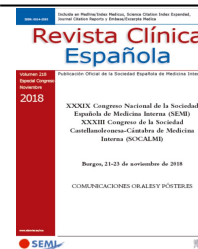




Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

IF-010 - INFILTRACIÓN POR EOSINÓFILOS EN BIOPSIAS DIGESTIVAS NO ESOFÁGICAS

J. Ballano Rodríguez-Solís, M. Sánchez Robledo, V. Vento, A. Martín Hermida, N. Torres Yebes, M. Arroyo Gallego, E. Lozano Rincón y R. Serrano Heranz

Medicina Interna. Hospital del Henares. Coslada (Madrid).

Resumen

Objetivos: Conocer el valor diagnóstico de la eosinofilia en las biopsias digestivas no esofágicas.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de una serie de 22 biopsias obtenidas del registro de Anatomía Patológica entre 2008 y 2018. Se incluyeron las biopsias digestivas no esofágicas que presentaban en su descripción "eosinofilia". Se excluyeron las biopsias de esófago por su relación directa con esofagitis eosinofílica como entidad específica. Se recogieron como variables: sexo y edad, fecha (estacionalidad), método de obtención, localización, intensidad y extensión de la infiltración por eosinófilos, y conclusión anatomopatológica. Posteriormente, a través de la aplicación informática Selene se procedió a la búsqueda de datos clínicos (antecedentes personales, tratamiento, nivel de eosinófilos en sangre periférica y diagnóstico final).

Resultados: Las biopsias corresponden a 12 mujeres y 10 varones, con una edad media de 52 años (DE = 17). La distribución estacional fue homogénea. El método de obtención fue en todos los casos endoscopia digestiva. La localización anatómica fue: estómago (7), duodeno (3), íleon (1) y colon (11). La afectación histológica se clasificó cuantitativamente como ligera (10), moderada (3) e intensa (9), y cualitativamente afectaba exclusivamente a la lámina propia (12) o infiltraba epitelio y/o submucosa (10). La correlación anatomoclínica de las biopsias fue: inflamación inespecífica (9), úlcera péptica (1), gastropatía de hipertensión portal (2), colitis ulcerosa (3), enfermedad de Crohn (1), parasitosis (1), enteritis eosinofílica (3), probable colitis eosinofílica (2). La eosinofilia periférica fue: positiva (3) con valores máximos 800, 1.900 y 4.300/mm³; y negativa (19). Entre los antecedentes personales destacaron: tabaquismo (10); hábito enólico (3); alergia medicamentosa (3), urticaria recidivante (1), polinosis (3); neoplasia de colon (1) -su biopsia correspondía a duodeno-; infección por *H. pylori* sincrónica o metacrónica (4 estómago, 1 duodeno). En la revisión de tratamientos, destacaron: IBP (8), antihistamínicos H2 (2), AINE (1). Ningún paciente recibía antihistamínicos H1, corticoides ni inhaladores.

Discusión: El eosinófilo es una célula residente habitual de la lámina propia de la mucosa digestiva. En nuestra serie de biopsias, encontramos que la mayoría de eosinofilia corresponden con procesos inflamatorios no relacionados con entidades clásicamente eosinofílicas (parásitos, alergias). La infiltración ligera y limitada a la lámina propia es más frecuente en este tipo de muestras. Los casos de gastritis y/o enteritis eosinofílica y parasitosis (anisakis) se asociaron con un infiltrado intenso y extensión fuera de la lámina propia. Además, los casos de gastroenteritis eosinofílica asociaron eosinofilia periférica, dato acorde con la literatura revisada. Llama la atención que ningún paciente presentó enfermedades de espectro atópico

en relación con el proceso que motivó la biopsia.

Conclusiones: El hallazgo de eosinofilia en las biopsias digestivas suele ser un dato inespecífico para el diagnóstico. En la mayoría de las ocasiones aparece en relación con procesos inflamatorios en los cuales el eosinófilo tiene un papel secundario. Cuando el infiltrado por eosinófilos es predominante e intenso, y afecta más allá de la lámina propia, tiene mayor valor y se relaciona con entidades más específicas. Los pacientes con gastritis y/o enteritis eosinofílica fueron los únicos que asociaron eosinofilia periférica.