

González, Florencia Mariana
Pulimens, Camila

Duodenitis eosinofílica asociada a dilatación de la vía biliar: otra forma de pensar el dolor abdominal: a propósito de un caso

Departamento de Pediatría. Servicio de Clínica Pediátrica
Carrera de Especialización en Clínica Pediátrica

Reporte de caso 2023

Cita sugerida: González FM, Pulimens C. Duodenitis eosinofílica asociada a dilatación de la vía biliar : otra forma de pensar el dolor abdominal : a propósito de un caso. [reporte de caso] [internet]. [Buenos Aires]: IUHIBA; 2023 [citado AAAA MM DD] 5 p. Disponible en: <https://trovare.hospitalitaliano.org.ar/descargas/libros/20230926130825/reportes-de-caso-gonzalez-pulimens-2023.pdf>

Este documento integra la colección Libros, capítulos de libro y documentos varios de Trovare Repositorio del Institucional del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires y del Hospital Italiano de Buenos Aires. Su utilización debe ser acompañada por la cita bibliográfica con reconocimiento de la fuente.

Para más información visite el sitio <http://trovare.hospitalitaliano.org.ar/>



Duodenitis eosinofílica asociada a dilatación de la vía biliar: otra forma de pensar el dolor abdominal. A propósito de un caso.

Fecha: 10 de agosto del 2023

Gonzalez Florencia M.*, Pulimens Camila*.

*Médicas residentes del servicio de Clínica Pediátrica del Hospital Italiano de San Justo, Buenos Aires, Argentina.

Contacto: florenciamariana.gonzalez@hospitalitaliano.org.ar, camila.pulimens@hospitalitaliano.org.ar

Resumen

La duodenitis eosinofílica forma parte de los denominados “Trastornos gastrointestinales eosinofílicos primarios”, con una baja prevalencia de 10.7/100.000 niños. Se presenta con una gran diversidad de síntomas, siendo el dolor abdominal una de las manifestaciones clínicas más frecuentemente descritas, además de las náuseas y los vómitos. Por otra parte, la dilatación de la vía biliar se encuentra descrita en algunos casos de trastornos gastrointestinales eosinofílicos primarios con afectación biliar, manifestándose principalmente con síntomas de colestasis.

En el presente trabajo se describe el caso de una paciente de 17 años que cursó internación en el servicio de Clínica Pediátrica del Hospital Italiano de San Justo, con diagnóstico de duodenitis eosinofílica que asociaba dilatación de la vía biliar.

Se discuten a continuación los principales aspectos concernientes al diagnóstico y las manifestaciones clínicas de la afectación eosinofílica del duodeno y la vía biliar.

Palabras clave: duodenitis eosinofílica, colangiopatía eosinofílica, colecistitis eosinofílica.

Introducción

La duodenitis eosinofílica forma parte de los denominados “Trastornos gastrointestinales eosinofílicos primarios”, definidos por ser un grupo de entidades con síntomas digestivos variables e inflamación con infiltrado eosinofílico en diversos tramos del tracto gastrointestinal en ausencia de otras causas de eosinofilia tisular. La duodenitis se incluye

dentro de las enteritis eosinofílicas, las cuales tienen una prevalencia de 10.7/100.000 niños y son más prevalente en mujeres y mayores de 5 años de edad.

Desde el punto de vista clínico, la duodenitis se presenta con una gran diversidad de síntomas, que van a depender de la localización y la profundidad de la eosinofilia tisular, siendo el dolor abdominal una de las

manifestaciones clínicas más frecuentemente descritas, además de las náuseas y los vómitos.

Por otra parte, la dilatación de la vía biliar se encuentra descrita en algunos casos de trastornos gastrointestinales eosinofílicos primarios con afectación biliar, manifestándose principalmente con síntomas de colestasis.

Se presenta a continuación el caso clínico de una paciente que cursó una internación en el servicio de Clínica Pediátrica del Hospital Italiano de San Justo.

Caso clínico

Se presenta una paciente femenina de 17 años, con únicos antecedentes de relevancia su nacimiento pretérmino de 32 semanas y bajo peso para la edad gestacional. Presentaba como antecedentes familiares a destacar el fallecimiento de su madre por sospecha de pancreatitis y sangrado digestivo, sin diagnóstico establecido.

La paciente consultó inicialmente al servicio de endocrinología del Hospital Italiano por pérdida de peso de 4 kilos en 1 mes, caída del cabello y astenia. En esa instancia se realizó laboratorio con perfil tiroideo y anticuerpos para celiaquía que fueron normales. 5 meses posteriores a esa consulta requirió internación para manejo del dolor y valoración diagnóstica luego de haber consultado en dos oportunidades a la Central de Emergencias Pediátricas por dolor abdominal. Se trataba de un dolor de intensidad severa, que iniciaba en hipogastrio, de características opresivas, que irradiaba en cinturón, y que en principio calmaba con las comidas, o con postura

antiálgica en posición fetal. Asociaba además episodios de diarrea sin moco, sangre o pus.

Durante la internación se realizó laboratorio con enzimas pancreáticas, que fue normal y como imagen complementaria una angiotomografía de abdomen que informó dilatación de la vía biliar intra y extrahepática con dilatación del conducto pancreático, sin lograr identificar causal obstructivo. Con este hallazgo se decidió realizar una Colangiografía que informó los mismos hallazgos.

Paralelamente, se comenzó a evidenciar eosinofilia progresivamente en aumento, descartando en primera instancia causas frecuentes de eosinofilia como la presencia de alergias o parásitos.

Se acordó la realización de una video endoscopia digestiva alta con toma de biopsia que informó posteriormente duodenitis eosinofílica y muestra de cuerpo gástrico con número de eosinófilos aumentados, sin llegar a nivel necesario para considerarse gastritis eosinofílica.

Se realizó ecoendoscopia en otro centro, que informó colédoco de diámetro normal dilatándose levemente a nivel del hepático común, sin contenido endoluminal, con vesícula biliar sumamente distendida, con paredes finas y abundante contenido ecogénico homogéneo con nivel hidroaéreo compatible con barro biliar denso.

Con estos hallazgos y dada la continuidad del dolor, se inició tratamiento con corticoides sistémicos (meprednisona 40 mg/día) y dieta de exclusión de leche y trigo, con lo que se observó descenso de eosinófilos hasta su valor normal.

La paciente aún se encuentra en estudio por el servicio de gastroenterología pediátrica, y no cuenta hasta el momento con biopsia de la vesícula biliar.

Discusión

La duodenitis eosinofílica forma parte de los trastornos gastrointestinales eosinofílicos primarios, caracterizados por ser un conjunto de patologías crónicas que se caracterizan por un aumento del infiltrado eosinofílico, excluida una causa secundaria (1).

Su diagnóstico se basa en la presencia de tres criterios: 1) la presencia de síntomas gastrointestinales crónicos o recurrentes; 2) inflamación con infiltrado denso de eosinófilos en una o más partes del tracto GI; y 3) ausencia de otras causas de eosinofilia gastrointestinal. La presencia de eosinófilos es habitual en el sistema digestivo salvo en el esófago, siendo en duodeno un valor normal de 10-20 eosinófilos por campo de gran aumento (CGA). Algunos autores toman como punto de corte la presencia de >50 eosinófilos/CGA como dato que apoyaría el diagnóstico de duodenitis.

Su fisiopatología se conoce de manera parcial. Se ha planteado una hipótesis que incluiría a los mecanismos inmunes IgE y no IgE activados secundariamente a la exposición de un alérgeno, por un lado generando la activación de citoquinas que regulan positivamente la migración de eosinófilos; mientras que por otro lado los alérgenos se unirían al receptor de IgE en los mastocitos y basófilos, lo que provocaría la activación celular y liberación de mediadores

inflamatorios, incluidas las interleucinas, que participan en el reclutamiento de eosinófilos.

La presentación clínica de la duodenitis eosinofílica es variable. Según la profundidad de la infiltración eosinofílica, si afecta la mucosa puede presentar dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, pérdida de peso, anemia; si afecta la muscular de la mucosa puede causar dismotilidad y obstrucción; y si afecta la serosa meteorismo y ascitis.

La eosinofilia periférica se presenta en el 20-80% de los casos, siendo más común en la forma serosa. En el laboratorio se puede observar anemia, aumento de IgE e hipoalbuminemia. Las imágenes endoscópicas son inespecíficas (eritema, edema, nodularidad, ulceraciones, lesiones polipoideas).

En cuanto a su presentación imagenológica, los cambios radiológicos pueden estar ausentes hasta en el 40% de los pacientes. Los estudios baritados, la ecografía o tomografía abdominal pueden mostrar engrosamiento de las paredes intestinales o signos de obstrucción en las formas con mayor afectación de la capa muscular, así como linfadenopatía localizada en algunas ocasiones. Del mismo modo, en los casos de afectación bilio-pancreática, las imágenes pueden mostrar dilatación de vías biliares y/o pancreáticas.

En cuanto al curso natural de la enfermedad, se ha descrito que hasta un tercio de los pacientes presentan un único brote con remisión prolongada, mientras que el resto puede presentar curso recurrente o crónico con recidivas frecuentes, siendo infrecuente el desarrollo de fibrosis.

En lo que respecta a su tratamiento, los corticoides han sido asociados a altas tasas de respuesta clínica e histológica, siendo la prednisona la que ha mostrado evidencia en inducir la mejoría clínica en 2 a 14 días.

Afectación de la vía biliar y eosinofilia

En lo que respecta a la dilatación de la vía biliar, la misma no es un hallazgo comúnmente asociado a la duodenitis eosinofílica en la literatura existente.

La misma se encuentra descrita como secundaria a la infiltración de la vesícula biliar por al menos un 90% de eosinófilos (colecistitis eosinofílica) y presentarse como una colecistitis alitiásica o menos frecuentemente litiásica (2), o manifestada como colestasis cuando existe tumefacción de la región papilar del duodeno por infiltración de eosinófilos. (3)

Otra forma mucho menos frecuente de presentación es la colangiopatía eosinofílica, la cual se caracteriza por una densa infiltración eosinofílica transmural del tracto biliar. Se trata de una condición rara y benigna que debe sospecharse con firmeza si se encuentra engrosamiento o estenosis de las vías biliares, infiltración eosinofílica en el estudio histopatológico y reversibilidad de las anomalías biliares sin tratamiento o después de administrar corticoides. (2) Se presenta principalmente en hombres jóvenes con infiltrado inflamatorio de los ductos biliares que llevan a estrechez, fibrosis y obstrucción (4), y de la cual existen poco menos de 40 casos descritos. El engrosamiento de la pared del conducto biliar es un hallazgo característico (segmentario o difuso) y es posible que esto sea visible en ultrasonido, tomografía

computarizada, resonancia magnética o colangiopancreatografía retrógrada. (5)

Conclusiones

Hemos presentado el caso de una paciente que consultó en dos oportunidades al servicio de emergencias por dolor abdominal de intensidad severa, donde no se consideró como diagnóstico diferencial la duodenitis eosinofílica y menos aún su afectación biliar. Como hemos desarrollado previamente, para establecer el diagnóstico de estas afecciones se requiere de un elevado nivel de sospecha clínica, ya que los síntomas no son específicos. En el caso presentado la paciente presentaba además dilatación de la vía biliar, sin síntomas de colestasis, lo que dificultó más aun arribar al diagnóstico, el cual inclusive al día de la fecha continúa siendo estudiado por el equipo tratante. Si bien se trata de una patología poco prevalente, existe evidencia que demuestra que su tratamiento es efectivo y con drogas ampliamente difundidas como son los corticoesteroides.

Bibliografía

1. Naramore S, Gupta SK. Non Esophageal Eosinophilic Gastrointestinal Disorders: Clinical Care and Future Directions. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2018 Sep;67(3):318–21.
2. Hurtado-Andrade H, Razo-García S, Díaz-Villanueva D, Rodríguez-Villanueva F, Carrera-Muiños A, Zárate-Osorno A. [Eosinophilic cholecystitis: a case report.]. *Rev Gastroenterol Mex.* 2010;75(1):97–102.
3. Jimenez-Saenz M, Villar-Rodriguez JL, Torres Y, Carmona I, Salas-Herrero E, Gonzalez-Vilches J, et al. Biliary tract disease: a rare manifestation of

eosinophilic gastroenteritis. *Dig Dis Sci.* 2003 Mar;48(3):624–7.

4. Goode EC, Simpson BW, Rushbrook SM. A rare cause of cholangiopathy. *Gastroenterology.* 2013 Jun;144(7):e14–5.
5. Miura F, Asano T, Amano H, Yoshida M, Toyota N, Wada K, Kato K, Takada T, Fukushima J, Kondo F, Takikawa H. Resected case of eosinophilic cholangiopathy presenting with secondary sclerosing cholangitis. *World J Gastroenterol* 2009; 15(11): 1394-1397
6. Espín Jaime B. Patología digestiva eosinofílica. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. p. 165-176.
7. Gutiérrez Junquera C, García Puig R, Fernández Fernández S. Trastornos gastrointestinales eosinofílicos primarios. *Protoc diagn ter pediatr.* 2023;1:41-52
8. Dominguez Ortega G, Puente Ubierna N. Enfermedad eosinofílica del tracto esofago-gastro-intestinal. *Pediatr Integral* 2023; XXVII (2): 106–113
9. Koutri E, Papadopoulou A. Eosinophilic Gastrointestinal Diseases in childhood. *Ann Nutr Metab* 2018;73(suppl 4):18–28