

Mujer de 43 años con dispepsia y anemia ferropénica

Diagnóstico: Gastritis Eosinofílica

Autor: Dr. Claude Michel Urbain Rodríguez
Dr. Rafael Carías

Colaborador: Dr. G. Gastaminza

Persona de contacto: Dr. Claude Michel Urbain Rodríguez
671498060
Correo electrónico: curbain@unav.es

Departamento de Alergología e inmunología clínica
Clínica Universidad de Navarra

CASO CLÍNICO

Anamnesis

Mujer de 43 años de edad conocida del Departamento de Alergología por rinoconjuntivitis estacional con sensibilización a pólenes de gramíneas y olivo. Acude a revisión en el año 2003 refiriendo desde hace meses síntomas digestivos inespecíficos, de características dispépticas. Se había detectado recientemente una anemia ferropénica para la que seguía tratamiento con hierro intravenoso.

No refería clínica compatible con alergia alimentaria. No refería náuseas, vómitos, síntomas de reflujo gastroesofágicos ni episodios de impactación alimentaria. Refería buena tolerancia habitual de todo tipo de alimentos. No existía relación estacional de los síntomas digestivos. Ocasionalmente presentaba sintomatología rinoconjuntival durante la estación polínica que remitía con antihistamínicos.

Antecedentes personales de psoriasis

Exploración física: Dentro de la normalidad

Pruebas complementarias

Analítica completa incluido fracciones de complemento, inmunoglobulinas (G, A, M, E), parásitos en heces y determinación de anticuerpos antitransglutaminasa con resultado dentro de la normalidad.

Pruebas cutáneas:

Realizadas a una batería de aeroalérgenos con resultado positivo a olivo y gramíneas.

Realizadas a una batería de alimentos:

- Legumbres con resultado positivo a cacahuete y garbanzo.
- Leche y fracciones con resultado positivo a alfa lactoalbúmina y caseína.
- Pescados con resultado positivo a sardina y Atún.
- Frutos secos con resultado positivo a avellana, Almendra, Semillas de girasol, nuez, piñón.

- Harinas con resultado positivo a harina de trigo y gliadina.
El Prick-prick con frutas y con leche comercial resultó negativo.

Pruebas serológicas:

La determinación de IgE total (34,50 kU/l), IgE específica por técnica de CAP frente a almendra, avellana, cacahuete, garbanzo, nuez de nogal, piñones, alfa-lactoalbúmina, caseína, atún, anisakis, girasol semilla, leche y sardina, resultaron todas menores de 0,35 kU/L salvo trigo con valor de 1,28 kUA/L.

Test de liberación de histamina (TLH) realizado con frutos secos, legumbres, proteínas de leche, trigo, gliadina, pescados y anisakis, resultó positivo con piñón y alfa lactoalbúmina.

Test de Activación de Basófilos (TAB): realizado con melocotón, piña, frutos secos, harina de trigo, gliadina, proteínas de leche, leguminosas y pescados, resultó positivo para avellana, nuez, garbanzo y alfa lactoalbúmina.

Con estos resultados se confirmó una sensibilización alimentaria frente a la leche, legumbres, frutos secos y harina de trigo.

En el Servicio de Digestivo de nuestro Hospital se realizó una endoscopia digestiva alta con biopsia gástrica, observándose una gastritis atrófica sin alteraciones en esófago, y abundantes eosinófilos y mastocitos en las biopsias de la mucosa gástrica, sin presencia de *H. pylori* lo que sugería una posible gastritis eosinofílica.

Se instauró tratamiento con vitamina B12, hierro y una dieta de exclusión absoluta de los alimentos que habían resultado positivos, ketotifeno y montelukast.

Evolución

A los doce meses de la dieta de exclusión es vista en consulta refiriendo evolución muy favorable con disminución de la sintomatología digestiva pero con persistencia de la anemia. Se solicitó nueva gastroscopia con resultado de la biopsia similar al anterior “gastritis crónica de aspecto atrófico con infiltrado de linfocitos y eosinófilos en la lámina propia, sin observación de *H. Pylori*”.

Se realizó nuevo estudio con valor de IgE total normal (52,30 KU/l).

IgE específica frente a almendra, avellana, cacahuete, garbanzo, alfa-lactoalbumina, beta-lactoglobulina y caseína, indetectables.

Prick a leche, pescados, frutos secos y legumbres negativo. Intradermorreacción con positividad al cacahuete, garbanzo y avellana.

TLH realizado con almendra, avellana, cacahuete, garbanzo, alfa-lactoalbumina, beta-lactoalbumina y caseína negativos.

TAB realizado con melocotón, piña, frutos secos, harina de trigo, gliadina, proteínas de leche, leguminosas y pescados, resultó positivo para avellana, nuez, garbanzo, alfa-lactoalbúmina, beta-lactoalbumina y caseína.

Determinación de Sulfidoleucotrienos Antig. Específica frente a proteínas de leche positivo a Beta-lactoglobulina (383 pg/mL), Caseína (332 pg/mL). Negativo (Basal: 71 pg/mL)

Diagnóstico definitivo

Gastritis crónica atrófica eosinofílica asociada a alergia alimentaria y a aeralérgenos.

Discusión del diagnóstico diferencial, datos en que apoyamos el diagnóstico y particularidades del caso.

A diferencia de la esofagitis eosinofílica, la gastritis eosinofílica es una entidad de difícil diagnóstico ya que tanto en el estómago como el intestino se detectan niveles de eosinófilos bajo circunstancias normales. Se caracteriza por infiltración eosinofílica selectiva en el estómago que puede también afectar a esófago e intestino grueso, en ausencia de causa conocida de eosinofilia⁽¹⁻⁴⁾. No existen pruebas estandarizadas para el diagnóstico pero actualmente se ha propuesto considerar esta entidad cuando se encuentran en biopsia de estómago ≥ 30 eosinófilos por campo de gran aumento y la exclusión de otras enfermedades que cursen con eosinofilia apoyan el diagnóstico⁵. Lamentablemente en nuestro caso, no se realizó la cuantificación del número exacto de eosinófilos por campo.

La mayoría de los pacientes descritos en la literatura están diagnosticados de “gastroenteritis eosinofílica”, y los síntomas que presentan pueden ser muy diversos: vómitos, dolor abdominal que puede incluso confundirse con apendicitis aguda, diarrea, pérdida de sangre por la heces, anemia por deficiencia de hierro, malabsorción, enteropatía pierde proteínas y pérdida de peso. De todos estos síntomas la paciente solo presentaba anemia sin otra causa identificable y dispepsia persistente. Si bien esta enfermedad es idiopática, se ha sugerido un mecanismo alérgico en muchos pacientes, ya que según la literatura, en la mayoría de los pacientes se han encontrado niveles elevados de IgE total e IgE específica para alimentos.

Aunque no es necesaria la implicación de alergia alimentaria y de eosinofilia periférica para el diagnóstico, en nuestra paciente se llevaron a cabo distintas pruebas para descartarlas. Se realizaron pruebas *in vivo* con prick y prick-prick frente a diversos alimentos y pruebas *in vitro* como el TLH y TAB para apoyar el diagnóstico de alergia alimentaria, con los cuales se obtuvo un resultado positivo a leche, legumbres, frutos secos y harina de trigo. El valor diagnóstico de estas pruebas es discutible, sin embargo en algunos casos coincidió con el de las pruebas cutáneas.

Teniendo en cuenta algún caso publicado en la literatura⁶ con remisiones a largo plazo al ser tratado con dieta restrictiva y montelukast, se decidió recomendar la evitación de esos grupos de alimentos. Al cabo de un año los síntomas gastrointestinales de la paciente habían mejorado. Asimismo la anemia desapareció y no volvió a presentarse. Como sucedió con nuestra paciente es importante llevar un control evolutivo mediante biopsia por endoscopia de forma regular, que confirmen o descarten la persistencia de eosinófilos en estómago, ya que esta enfermedad se reactiva a lo largo del tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rothemberg, ME. Eosinophilic gastroenteropathies. Adkinson: Middleton's Allergy: Principles and Practice, 7th ed. Mosby Elsevier. 2009.

2. Simon, D. Wardlaw, A. Rothemberg ME. "Organ-specific eosinophilic disorders of the skin, lung and gastrointestinal tract". Clinical reviews in allergy and immunology. 2010.
3. Fleischer DM. Atkins D. "Evaluation of the patient with suspected eosinophilic gastrintestinal disease". Immunology Allergy Clinics of North America. 2009; 29: 53-63.
4. Ayyub, M. Almenawi L. Mogharbel, MH. Eosinophilic gastritis; an unusual and overlooked cause of chronic abdominal pain. Journal Yaub Medical college Abbottabad; 19 (4).
5. Lwin, T. Melton, S.D. Genta, R.M. "Eosinophilic gastritis: histopathological characterization and quantification of the normal gastric eosinophilic content". Modern Pathology. 2011; 24, 556-563.
6. Quack I, Sellin L, Buchner NJ, et al. Eosinophilic gastroenteritis in a young girl- long term remission under Montelukast. BMC Gastroenterol 2005;5:24.

Figura 1.

Imagen de la biopsia gástrica donde se aprecian múltiples eosinófilos dispersos por toda la mucosa gástrica

