Residência RP Pediátrica
Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Pediatria

RELATO DE CASO

Relato de caso: Esofagitis eosinofílica asociada a la alergia a la proteína de la leche de vaca

Case report: eosinophilic esophagitis associated with cow's milk protein allergy

Bruna Piassi Guaitolini[1], Priscilla Filippo Alvim de Minas Santos[2]

Palabras-clave:
alergia e inmunología, esofagitis eosinofílica, proteínas de la leche.

Resumen

Introdución: Esofagitis eosinófila es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por un infiltrado de eosinófilos en el esófago, siendo estimada en 1:10.000. Es distinta de la enfermedad del reflujo gastroesofágico (DRGE), a pesar de que los pacientes comparten síntomas semejantes. No está bien establecido el papel de la alergia en el proceso, sin embargo la mejora o resolución del proceso con la dieta de exclusión alimentaria indica un papel de la alergia alimentaria en algunos pacientes. **Objetivo:** Relatar la evolución de un paciente con esofagitis eosinofílica asociada a la proteína de la leche de vaca. **Método:** revisión de prontuario. **Relato del caso:** A los 3 meses, paciente inició cuadro de vómitos y dolor abdominal recurrente, diagnosticado como reflujo gastroesofágico e instituido tratamiento. Evoluciona con epigastralgia, pirosis, alteración ponderoestatural, atragantamientos e impacto con líquidos. A los 7 años fue diagnosticado con esofagitis eosinofílica a través de endoscopia digestiva alta (EDA) con biopsia y asociación con alergia a la proteína de la leche de vaca (IgE sérica para leche de vaca aumentada). Después del inicio de tratamiento adecuado y dieta de exclusión presentó remisión del cuadro. Después de abandono del tratamiento y reintroducción de la leche de vaca en la dieta, presentó síntomas gastrointestinales asociados a la urticaria y angioedema. Reiniciado tratamiento, con remisión del cuadro clínico y EDA normal. **Conclusión:** La esofagitis eosinófila se debe acordar cuando la terapia con bloqueadores de bombas de protones falla en el control de los síntomas. La endoscopia digestiva alta con biopsias es fundamental para el diagnóstico y para el seguimiento de esos pacientes.

Keywords:
allergy and immunology, eosinophilic esophagitis, milk proteins.

Abstract

Introduction: Eosinophilic esophagitis is a chronic inflammatory disease by infiltrate of eosinophils in esophagus, estimated at 1:10.000. It is distinct from GORD (Gastro-oesophageal reflux disease), although patients share similar symptoms. Is not well established the role of allergy in the process, though the improvement or resolution of the process with the food exclusion diet indicates a role of food allergy in some patients. **Objectives:** report the progress of a patient with eosinophilic esophagitis associated with cow's milk protein. **Method:** medical record review. **Case Report:** At 3 months, the patient started a clinical condition of vomiting and recurrent abdominal pain, diagnosed as gastroesophageal reflux and instituted treatment. Evolves with epigastric pain, heartburn, altering weight and height, choking and impaction with liquids. At seven years old was diagnosed with eosinophilic esophagitis through high digestive endoscopy (HDE) with biopsy and association with cow's milk protein allergy (serum IgE to cow's milk protein increased). After beginning of proper treatment and diet of exclusion presented gastrointestinal symptoms associated with urticaria and angioedema. Restarted treatment, with remission of the clinical condition and normal HDE. **Conclusion:** Eosinophilic esophagitis should be remembered when therapy with Proton-pump inhibitors failure in the control of symptoms. High digestive endoscopy with biopsies it is primordial for the diagnosis and monitoring of these patients.

[1] Médica residente en pediatría en el Hospital Central del Ejército, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
[2] Estudiante de la Maestría del programa de Postgrado en Ciencias Médicas - Maestría académica - Universidad del Estado de Río de Janeiro - Médica alergista e inmunóloga pediátrica en el Hospital Municipal Jesus, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Dirección:
Priscilla Filippo Alvim de Minas Santos.
Hospital Municipal Jesus. Avenida Rio Branco, nº 185, Sl 429, Centro, Rio de Janeiro, RJ. Brasil. CEP: 20040-007. E-mail: pri.080@globo.com

Residência Pediátrica 2016;6(3):149-151.

INTRODUCCIÓN

La esofagitis eosinofílica (EE) se deriva de hipersensibilidad mixta (IgE mediada y no-IgE mediada). Es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por un infiltrado de eosinófilos en el esófago, siendo estimada en 1:10.000[1]. Es más prevalente en el sexo masculino (3:1) y en caucasianos[2,3].

Se ha diagnosticado cada vez más en pacientes pediátricos y adultos, a pesar de que la epidemiologia de esa enfermedad no es todavía bien conocida. Se estima que entre el 8 al 10% de los pacientes pediátricos con falla en la respuesta al tratamiento con inhibidores de bomba de protones para la enfermedad del reflujo gastroesofágico (DRGE), presenta EE[2].

Clínicamente se puede presentar como: dolor abdominal, vómitos, anorexia, disfagia, impacto alimentario, dolor torácico y síntomas semejantes a los de la DRGE. Impacto alimentario y dolor torácico son más frecuentes en adolescentes y adultos jóvenes, mientras en los niños predominan síntomas más inespecíficos como dolor abdominal y vómitos.

Es distinta de la DRGE, aunque los pacientes comparten síntomas semejantes y pueden existir ambas las condiciones en el mismo paciente. Existen evidencias de asociación con atopia, el 75% al 80% de los pacientes con EE son sensibilizados a aeroalérgenos o a alérgenos alimentarios, además de carácter familiar y aumento de la expresión del gene eotaxina-3[2].

No está bien establecido el papel de la alergia en el proceso, sin embargo la mejora o resolución del proceso con la dieta de exclusión alimentaria indica un papel de la alergia alimentaria en algunos pacientes.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

M.A.F.S., masculino, pardo, a los 3 meses inició cuadro de vómitos y dolor abdominal recurrente, diagnosticado como reflujo gastroesofágico e instituido tratamiento con ranitidina regular. A los 3 años presentó síntomas de rinitis e hiperresponsividad bronquial. Evolucionó con epigastralgia, pirosis y alteración ponderoestatural.

A los 7 años presentó atragantamientos e impacto con alimentos líquidos. Realizada USG abdominal normal, endoscopia digestiva alta (EDA) con biopsia que evidenció más que 20 eosinófilos por campo en el esófago, Helicobater pylori (*H. pylori*) negativo. Solicitadas IgE total normal e IgE específicas para leche de vaca, huevo, trigo, soja, anacardo y pez, con resultado positivo apenas para leche de vaca (IgE específica para LV = 3,78 KU/L).

IgE específicas para ácaros domésticos (*D.pteronyssonus, D.farinae y B.tropicalis*) < 0,10 KU/L. Hemograma: normal, ausencia de eosinofilia en la sangre periférica. Historial familiar positivo para alergia respiratoria (madre presenta rinitis y asma) y negativo para alergia alimentaria y esofagitis eosinófila. Instituido tratamiento con bloqueador de ácidos (omeoprazol 20 mg/día), fluticasona inhaladora oral (deglutida) 250 mcg, 1 chorro de 12/12horas y dieta libre de leche de vaca.

Después de 2 meses se presentaba asintomático. Realizó el tratamiento por 9 meses y lo descontinuó tras 2 años. Al retornar a los 10 años de edad, presentaba vómitos, epigastralgia, disfagia, urticaria y angioedema después de haber reintroducido leche de vaca en la dieta por su cuenta.

Realizada EDA evidenciando EE (> 20 eosinófilos/campo), gastritis endoscópica erosiva plana acentuada de antro, bulbitis erosiva acentuada, úlcera bulbar A2 de Sakita, *H. pylori* negativo. Reiniciado el tratamiento anterior, con mejora del cuadro clínico. A los 12 años se presentaba asintomático, EDA con aspecto normal y *H. pylori* negativo. A los 14 años, EDA y exámenes con Rayos X del esófago-estómago-duodeno normales.

Actualmente, a los 17 años, asintomático en uso de bloqueador de ácidos (omeoprazol 40 mg/día) y dieta de exclusión de leche de vaca. Mantienen IgE específica para leche de vaca clase 3, IgE específica para caseína clase 2.

DISCUSIÓN

En el caso relatado, el paciente fue tratado inicialmente como reflujo gastroesofágico, presentando falla ponderoestatural. Las manifestaciones clínicas de la EE en lactantes y niños menores son inespecíficas y variables, pero son más comúnmente relacionadas a dificultades alimentarias[4].

Apenas cuando presentó impacto alimentario en el esófago se pensó en la hipótesis diagnóstica de esofagitis eosinófila y alergia alimentaria. La alergia alimentaria es un problema significativo. Múltiples alérgenos pueden estar involucrados y los más comunes son leche de vaca, trigo, soja, cacahuete y huevo.

Según la literatura, la IgE total sérica se encuentra normal o apenas levemente aumentada y la eosinofilia periférica es poco común en los pacientes con EE[5], datos semejantes a los del caso clínico. Mientras la patogénesis de la EE sigue desconocida, la introducción de la terapia con uso de corticosteroide inhalado oral, uso de bloqueadores de ácidos y una dieta de exclusión adecuada controlaron los síntomas del paciente.

Algunos pacientes con enfermedad más grave se presentan con disfagia significativa y estenosis, y pueden necesitar dilataciones esofágicas. Son necesarias endoscopias repetidas, en intervalos apropiados, a fin de observar si la inflamación desapareció con la terapia iniciada.

Síntomas pueden resolverse en 2 a 4 semanas, independiente del tipo de tratamiento, pero eso no significa que la inflamación disminuye, pues los síntomas muchas veces no se correlacionan con la inflamación. Se puede tener ausencia de síntomas con inflamación significativa. Respuesta histológica al uso de corticoides tópicos tiene la costumbre de ocurrir en 4 a 12 semanas[4]. Respuesta histológica a la dieta de exclusión puede ser vista en 4 a 8 semanas, pero es muy variable, siendo que ya fue relatada demorar hasta 4 meses en algunos individuos[6].

En el caso relatado, después de la mejora clínica (2 meses después del inicio de la terapia el paciente se encontraba asintomático), la falla de adhesión de la familia al tratamiento, hizo los síntomas regresar. Eso demuestra que la adhesión es esencial para el éxito terapéutico, pues es una enfermedad de evolución crónica y recidivante, que debe tener seguimiento regular y multidisciplinario[7].

Las EDAs y las biopsias adicionales realizadas fueron necesarias para monitorizar la progresión de la enfermedad y confirmar el éxito de la terapia en el control de la inflamación esofágica.

CONCLUSIÓN

La EE debe ser acordada cuando la terapia con bloqueadores de bombas de protones falla en el control de los síntomas. La endoscopia digestiva alta con biopsias es fundamental para el diagnóstico y para el seguimiento de esos pacientes.

En este relato de caso, después del diagnóstico de EE asociada a la alergia a la proteína de la leche de vaca, con dieta de exclusión y tratamiento adecuado, el paciente presentó una buena evolución, permaneciendo asintomático y con mejora de la calidad de vida. Más estudios son necesarios para la evaluación del historial natural y mejor manejo de la enfermedad.

REFERENCIAS

1. Norvell JM, Venarske D, Hummell DS. Eosinophilic esophagitis: an allergist's approach. Ann Allergy Asthma Immunol. 2007;98(3):207-14. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S1081-1206(10)60708-9
2. Assa'ad AH, Putnam PE, Collins MH, Akers RM, Jameson SC, Kirby CL, et al. Pediatric patients with eosinophilic esophagitis: an 8-year follow-up. J Allergy Clin Immunol. 2007;119(3):731-8. PMID: 17258309 DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2006.10.044
3. Weiss AH, Iorio N, Schey R. La motilidad esofágica en la esofagitis eosinofílica. Rev Gastroenterol Mex. 2015;80(3):205-13.
4. Dias EM, Guedes RR, Adami MR, Ferreira CT. Esofagite eosinofílica atualização e contribuição da endoscopia. Bol Cient Pediatr. 2012;1(1):19-28.
5. Sociedade Brasileira de Pediatria, Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2007. Rev Bras Alerg Imunopatol. 2008;31(2):64-89.
6. Putnam PE. Evaluation of the child who has eosinophilic esophagitis. Immunol Allergy Clin North Am. 2009;29(1):1-10. DOI:http://dx.doi.org/10.1016/j.iac.2008.09.013
7. Liacouras CA, Furuta GT, Hirano I, Atkins D, Attwood SE, Bonis PA, et al. Eosinophilic esophagitis: updated consensus recommendations for children and adults. J Allergy Clin Immunol. 2011;128(1):3-20.e6. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2011.02.040