



FEAD
FUNDACIÓN ESPAÑOLA
DEL APARATO DIGESTIVO



TRATAMIENTO DE LA ESOFAGITIS EOSINOFILICA

En la Esofagitis Eosinofílica (EEO) la inflamación eosinofílica está limitada al esófago y se acompaña de síntomas característicos, como anteriormente se ha descrito. Es importante para su abordaje terapéutico excluir que exista una gastroenteritis eosinofílica concomitante, donde están afectas otras partes del aparato digestivo por la infiltración eosinofílica.

El abordaje terapéutico de la EEO se realiza mediante restricciones dietéticas, tratamientos farmacológicos y terapias endoscópicas.

Los objetivos del tratamiento incluye:

1. Resolución de los síntomas.
2. **Resolución de la inflamación eosinofílica, definida por un umbral < 15 eos/CGA.**
3. Prevenir complicaciones fibróticas o estenosantes a largo plazo.
4. Mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Todo tratamiento se debe pautar de manera aislada **durante 6-12 semanas**. Los síntomas o la imagen endoscópica no sirven por sí solos para diagnóstico y es necesario la información de la **biopsia para el control terapéutico**.

No se deberían combinar diversas modalidades de tratamiento de manera simultánea dado que, en caso de respuesta, no podremos identificar cuál fue exactamente la opción terapéutica que logró el control de la enfermedad y, por tanto, la que deba considerarse mantener a largo plazo.

TIPOS DE TRATAMIENTO

1. TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN Y DE MANTENIMIENTO (ANTIINFLAMATORIO): Inhibidor de bomba de protones (IBP)/Corticoides tópicos/Dieta.
2. TRATAMIENTO DE ESTENOSIS: Dilatación endoscópica.
3. TRATAMIENTO URGENTE: Extracción endoscópica.

Las opciones terapéuticas actuales incluyen:

- Dietas de exclusión y dietas elementales.
- Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP), por su efecto antiinflamatorio.
- Corticoides tópicos/deglutidos para disminuir la inflamación esofágica.
- Dilatación endoscópica para tratar las estenosis esofágicas.

- También se han estudiado otros tipos de tratamiento, como los tratamientos biológicos. Debe entenderse la EEO como una enfermedad crónica en la que es muy probable que los síntomas reaparezcan tras interrumpir el tratamiento. Se debe considerar la necesidad de tratamiento de mantenimiento con corticoides tópicos y/o IBP, sobre todo en los pacientes con disfagia severa, impactaciones alimentarias, estenosis esofágicas significativas y recidiva precoz tras retirada de tratamiento.

1. Tratamiento dietético mediante dieta de eliminación de 2-4-6 grupos de alimentos:

El objetivo es identificar los alimentos causantes de la enfermedad y eliminarlos de manera indefinida. Los alimentos que más frecuentemente condicionan inflamación son la leche de vaca (principal), el trigo, el huevo, y en menor medida las legumbres, incluida la soja. Es recomendable que las dietas tengan una duración de al menos, entre 6-12 semanas, seguidas de endoscopia con toma de biopsias tras cada alimento reintroducido. La reintroducción secuencial de cada uno de los alimentos excluidos bajo control endoscópico e histológico permite identificar con certeza a los alimentos responsables de la EEO. Existe el riesgo de mala adherencia a las dietas, especialmente en dietas más restrictivas y en pacientes pediátricos (10–14 años), adolescentes y adultos jóvenes.

Se debe proporcionar información detallada por escrito que facilite una adecuada lectura de los etiquetados alimentarios.

Tiene la ventaja de ofrecer un tratamiento eficaz sin necesidad de usar medicamentos, aunque con el inconveniente de la dificultad de identificar el alérgeno alimentario responsable, eliminarlo de la dieta y el riesgo de inducir trastornos nutricionales en casos de alergias múltiples a alimentos básicos y sobre todo con las dietas elementales.

La eliminación del alimento responsable debe ser mantenida, dado que es frecuente la recidiva al reintroducir los alimentos. Es conveniente el asesoramiento de un dietista para evitar déficit nutricionales y facilitar el cumplimiento de la dieta.

Los pacientes deben ser estudiados en el Servicio de Alergología para identificar posibles alérgenos relacionables con el cuadro clínico. Las modalidades de tratamiento dietético son las siguientes:

- Dieta de eliminación empírica de alimentos: Se basa en el hecho de que los test de alergias cutáneos muchas veces no son útiles para predecir los alérgenos alimentarios responsables del desarrollo de la EEO, como se ha demostrado en recientes publicaciones. Esta dieta consiste en eliminar alimentos habitualmente relacionados con respuestas de hipersensibilidad alimentaria. Habitualmente se eliminan 6 alimentos: el huevo, leche, soja, trigo, frutos secos y marisco. Estudios realizados en España han demostrado eficacia con las dietas de eliminación de cuatro alimentos: leche, huevo, legumbres y trigo. Hay estudios que avalan la utilidad de estas dietas de eliminación empírica de alimentos con mejoría de los síntomas y reducción de la inflamación eosinofílica. Algunos autores

recomiendan esta medida como primera actitud terapéutica, independientemente de los test cutáneos. Con este método se ha identificado la leche como el alérgeno alimentario más frecuentemente relacionado con el desarrollo de la EEO, seguido por el trigo.

Tipos de dietas de exclusión:

Dieta de eliminación de **2 alimentos**: supresión de la dieta de **lácteos y cereales con gluten**.

Dieta de eliminación de **4 alimentos**: retirada de la dieta de lácteos, trigo, huevo y legumbres/soja.

Dieta de eliminación de **6 alimentos**: consiste en retirar de la dieta aquellos alimentos más comúnmente asociados (lácteos, trigo, huevo, soja, frutos secos y pescado/marisco). Debe ser reservada para pacientes con adecuada adherencia que no han respondido a esquemas de restricción dietética más sencillos, teniendo en cuenta que tendrán un mínimo de 3 grupos de alimentos que eliminar a largo plazo.

- Dieta elemental: Con esta modalidad al paciente se alimentaría mediante una fórmula elemental a base de aminoácidos y otros nutrientes, eliminándose todos los alimentos sólidos y con ello todos los alérgenos potenciales. Esta dieta es muy eficaz pero muy difícil de conseguir adherencia por parte del paciente. No es una alternativa realista en pacientes adultos por su escasa aceptación y cumplimiento a largo plazo.

Todas estas dietas son un punto de partida para mejorar los síntomas e identificar alérgenos alimentarios específicos responsables de la EEO. Se suelen recomendar durante 6 a 8 semanas, con necesidad de realizar gastroscopia con toma de biopsias de la mucosa esofágica al finalizar este periodo para confirmar la respuesta mediante la reducción de la inflamación eosinofílica.

Posteriormente se reintroducen los alimentos excluidos de manera individualizada tomándolos en cantidad progresiva diariamente por periodos de 6 a 8 semanas, comprobando la ausencia/presencia de respuesta de inflamación eosinófila mediante biopsias esofágicas tras cada nueva introducción de alimentos. Es necesario la toma de biopsias dado que no hay marcadores validados (clínicos ni analíticos) que se correlacionen con la actividad de la enfermedad.

2. Fármacos antisecretores gástricos (inhibidores de la bomba de protones, IBP):

Aproximadamente un 50% de los pacientes con EEO tiene una respuesta satisfactoria solo con el tratamiento con IBP (omeprazol, doble dosis), y de estos dos tercios se mantienen estables con tratamiento mantenido con los IBP. La

mayoría de los pacientes en tratamiento con IBP que recidivan suelen responder incrementando la dosis de IBP.

Se debe ofrecer y consensuar con el paciente en la consulta. Por comodidad, bajo costo y seguridad, los IBP suele ser la opción inicial. No hay diferencias de eficacia entre tipo de IBP.

Omeprazol	Lansoprazol	Pantoprazol	Rabeprazol	Esomeprazol
20 mg/12h	30 mg/12h	40 mg/12h	20 mg/12h	20 mg/12h

3. Corticoides tópicos:

La mayoría (90%) de los pacientes responden al tratamiento con corticoides tópicos, demostrándose una reducción de eosinófilos en las biopsias esofágicas. Se recomienda administración oral deglutida en dosis repartidas en dos tomas al día, al menos una hora posterior libre de alimentos para facilitar un tiempo de contacto máximo entre el preparado y la mucosa esofágica inflamada.

Los corticoides estudiados a tal efecto son:

- Fluticasona: Es el corticoide con mayor experiencia utilizado en la EEO. Se presenta en dosis de 400microgramos gotas nasales (monodosis de 0.4 ml): 2 viales deglutidos después de desayuno y antes de acostarse. Mantenimiento: 2 viales antes de acostarse

- Budesonida: Budesonida viscosa oral formula magistral 1 mg/5 ml excipientes adecuados CSP 200 ml. Dosis inducción: 10 ml (2 mg) cada 12 horas. Después de desayuno y antes de acostarse, evitando beber o comer 1 hora después de tomar el fármaco. Dosis mantenimiento: 5 ml (1 mg) cada 12 horas (incluso puede reducir a 1 mg por las noches)

Suspensión de budesonida para inhalación 0.5mg/2ml, 1mg/2ml, pero se emplea deglutiendo por boca esta suspensión.

Comprimidos efervescentes orodispersables, no financiado .

En niños: budesonida 1 ampil de 500mcg con espesante de farmacia después de desayuno y cena.

De igual modo se recomienda no ingerir nada en unos 30 minutos tras su aplicación.

4. Corticoides sistémicos:

Tienen un papel muy limitado en la EEO y probablemente esté limitado a imposibilidad para poder realizar otros tipos de tratamientos. Su beneficio no justifica su uso rutinario en base a la incidencia de efectos secundarios. Además, dado que existe una elevada incidencia de recidivas

que condicionan ciclos repetidos de tratamiento o incluso tratamiento de mantenimiento, se prefiere el uso de corticoides tópicos.

5. Tratamiento endoscópico:

La dilatación endoscópica es eficaz para resolver las estenosis, con una estenosis, con una mejora de la disfagia en el 75% de los casos, pero no resuelve la inflamación subyacente, por lo que debe de ir combinada con las otras opciones terapéuticas que induzcan a remisión de la infiltración eosinófila.

Existe riesgo de complicaciones endoscópicas (perforación y hemorragia), por lo que se recomienda realizar numerosas sesiones con pequeños incrementos de diámetro (3 mm o menos) entre sesiones, hasta alcanzar un calibre de 15-18 mm.

La incidencia real de complicaciones parece ser menor del documentado inicialmente y en un meta análisis del 2013 sobre un total de 992 dilataciones se produjeron un 2% de perforaciones y un 1% de hemorragias.

6. Tratamientos biológicos:

Se están estudiado agentes biológicos dirigidos a citocinas como la IL-4, IL-5 y IL-13. Las terapias biológicas podrían ser una opción para los pacientes con varias comorbilidades atópicas, donde las estrategias podrían dirigirse a múltiples enfermedades con un único agente. El objetivo es alcanzar tratamientos individualizados y medicina de precisión en la EoE.

Anticuerpos contra la IL5: mepolizumab, reslizumab y **benralizumab**

Anti-IL13 e IL4: **Dupilumab**

Anti-IL-13: QAX576 y RPC4046.

Anti-Sialic acid-binding immunoglobulin-like (Siglec) 8

Anti-receptor de eotaxina: anti CCR3

Etrasimod

Dr. Cecilio Santander

Especialista de la FEAD

Jefe de Servicio de Aparato Digestivo Hospital

Universitario de la Princesa, Madrid.