



Otras esofagitis. Etiología infecciosa y tóxica/cáustica. Esofagitis eosinofílica

M. Sánchez Cazalilla y A.J. Lucendo

Sección de Aparato Digestivo, Hospital General de Tomelloso, Tomelloso, Ciudad Real, España.

Palabras Clave:

- Esofagitis
- Esofagitis infecciosa
- Candidiasis
- Inmunodepresión
- Disfagia
- Esofagitis eosinofílica

Keywords:

- Oesophagitis
- Infectious oesophagitis
- Candidiasis
- Immunosupresion
- Dysphagia
- Eosinophilic oesophagitis

Resumen

La disfagia es un síntoma común a diversos procesos inflamatorios del esófago. En las etiologías infecciosas suele acompañarse de odinofagia, presenta un curso continuo y predominan en pacientes inmunodeprimidos, principalmente debido a una infección por el VIH o por tratamientos inmunosupresores o quimioterapia. La candidiasis esofágica es además la infección más frecuente en inmunocompetentes. Su diagnóstico precisa de endoscopia y biopsias, siendo estas últimas imprescindibles para la caracterización de otras esofagitis víricas, como las producidas por virus herpes simple, citomegalovirus y virus de la varicela-zoster, que requieren tratamientos específicos. La esofagitis eosinofílica es la segunda causa de esofagitis crónica. Es de origen inmunológico y afecta, sobre todo, a varones entre la infancia y la quinta década de la vida. Cursa con disfagia crónica o intermitente e impactaciones alimentarias. Su diagnóstico requiere de toma de biopsias, tras lo que se pueden plantear tratamientos basados en la evitación de alérgenos alimentarios, esteroides tópicos o dilataciones en caso de estenosis.

Abstract

Other esophagitis. Infectious and toxic/caustic aetiology. Eosinophilic esophagitis

Dysphagia is a symptom common to many inflammatory processes affecting the oesophagus. Infectious aetiologies are often accompanied by odinophagia, symptoms have a continuous course and presents predominantly in immunosuppressed patients, mainly due to HIV infection, immunosuppressive therapy or chemotherapy. Oesophageal candidiasis is the most common infection in immunocompetent as well. Its diagnosis requires endoscopy and biopsies, the later being essential for the characterization of other viral esophagitis, such as those caused by herpes simplex virus, cytomegalovirus and varicella-zoster virus, which require specific treatments. Eosinophilic esophagitis constitutes the 2nd cause of chronic esophagitis, is immunologically mediated and predominantly affects males between childhood and the 5th decade of life. It presents with chronic or intermittent dysphagia and food impaction. Endoscopic features are diverse, but the diagnosis requires biopsies, after which the treatment may be based on avoidance of food allergens, topical steroids or oesophageal endoscopic dilation in case of strictures.

Esofagitis infecciosa

La esofagitis infecciosa afecta sobre todo a pacientes inmunodeprimidos, un grupo en aumento debido al avance en los tratamientos de las enfermedades neoplásicas y autoinmunes

y al incremento en los trasplantes de órganos y de células progenitoras hematopoyéticas. Por tanto, van a presentarse fundamentalmente en pacientes sometidos a tratamiento quimioterápico o inmunosupresor, aquellos con neoplasias, especialmente hematológicas, y en pacientes con infección

por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), si bien en los últimos años se ha documentado un importante descenso de los casos diagnosticados en este grupo, gracias a la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA)^{1,2}.

Los pacientes inmunocompetentes también pueden presentar infecciones esofágicas, aunque en menor grado, habiéndose descrito algunos factores predisponentes, sobre todo en la esofagitis por *Candida*, tales como la presencia de alteraciones esofágicas que favorezcan una estasis del alimento, como la acalasia o la esclerodermia, el uso de corticoides inhalados, la diabetes mellitus, la edad avanzada, el alcoholismo, la insuficiencia renal y la desnutrición. También pueden afectar a pacientes que no presentan ninguno de estos factores, debiendo descartarse algún trastorno inmunológico subyacente incluyendo la infección por el VIH.

El diagnóstico se realiza mediante una endoscopia digestiva alta que permite visualizar directamente las lesiones, en algunos casos muy sugestivas o características, y la toma de muestras para su estudio histológico y/o cultivo, lo cual establece el diagnóstico definitivo. Los estudios radiológicos baritados del esófago pueden ofrecer datos compatibles pero son menos sensibles.

Las causas más frecuentes de esofagitis infecciosa son *Candida*, virus del herpes simple y citomegalovirus (CMV), y en caso de pacientes inmunodeprimidos es frecuente encontrar coinfecciones por más de un agente causal.

Esofagitis por *Candida*

Las infecciones esofágicas por *Candida albicans* son las más frecuentes tanto en los pacientes inmunodeprimidos como en los inmunocompetentes, asociándose a menudo a algún factor predisponente entre estos últimos. *C. albicans* puede encontrarse en el esófago como comensal, habiéndose descrito una prevalencia de colonización en adultos sanos del 20%. Con menor frecuencia otras especies de *Candida* también pueden producir esofagitis como *C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. parapsilosis*, *C. guilliermondii* y *C. krusei*.

Clínicamente casi siempre se manifiesta como odinofagia que suele localizarse a nivel retroesternal. A menudo coincide con la afectación de la orofaringe, aunque la ausencia de dicha afectación no excluye el diagnóstico de esofagitis candidiásica.

La esofagitis candidiásica suele presentar un aspecto endoscópico típico con las características placas o pseudomembranas blanquecinas adheridas a la mucosa esofágica, confirmando el diagnóstico con el examen histológico mediante el cepillado de las lesiones para citología o biopsia, en las que se observa la invasión de la mucosa por la levadura.

En cuanto al tratamiento, se recomienda el empleo de antifúngicos sistémicos, no aconsejándose los fármacos de acción local. Es de elección el fluconazol en dosis de 200-400 mg/día durante 14-21 días. En casos de resistencia se recomienda el uso de voriconazol, posaconazol, equinocandinas (anidulafungina, caspofungina o micafungina) o anfotericina B, también efectivo pero con mayor toxicidad. Cuando no se puede emplear la vía oral es posible utilizar fluconazol por vía intravenosa o bien una equinocandina o anfotericina B³.

Esofagitis por herpes simple

Al igual que *Candida*, el virus del herpes simple (VHS) presenta tropismo por el epitelio poliestratificado esofágico, aunque no forma parte de la flora local. Ambos tipos de VHS (VHS-1 y VHS-2) pueden producir esofagitis, siendo más frecuente el VHS-1. Suele afectar a pacientes inmunodeprimidos, fundamentalmente a trasplantados, siendo menos frecuente en los pacientes con infección por el VIH. La esofagitis por el VHS también se ha descrito en personas sanas, sobre todo en varones jóvenes⁴, pudiendo presentarse a cualquier edad.

La afectación esofágica se puede producir tanto en la primoinfección como en las reactivaciones posteriores, habiéndose descrito con mayor frecuencia la primera situación entre los pacientes inmunocompetentes⁴. Además, se ha descrito como posible factor favorecedor de la infección esofágica por VHS la pérdida de integridad de la mucosa esofágica, ya sea por yatrogenia o por otras causas como la esofagitis por reflujo.

Los síntomas característicos son odinofagia, fiebre y dolor retroesternal, con un comienzo generalmente agudo. También puede existir disfagia y pirosis, así como herpes labial o afectación orofaríngea por VHS coexistente. La enfermedad suele tener un curso autolimitado en los pacientes inmunocompetentes, con resolución completa en una o dos semanas. En los inmunodeprimidos suele tener un comportamiento más agresivo, con mayor frecuencia de complicaciones, entre las que se han descrito hemorragia, estenosis, perforación esofágica y formación de fístulas traqueoesofágicas.

El diagnóstico se realiza mediante endoscopia. Las lesiones suelen aparecer en el esófago medio y distal, pudiendo afectarse la totalidad de este e incluso el estómago⁵. El aspecto de las lesiones depende del estadio evolutivo, observándose inicialmente múltiples vesículas de 1-3 mm que van confluyendo y formando úlceras generalmente superficiales, bien delimitadas y con bordes sobreelevados. En ocasiones pueden aparecer exudados o erosiones esofágicas difusas. Las muestras deben tomarse del borde de las úlceras, ya sea mediante biopsia o cepillado, pues es donde se hacen más evidentes los cambios celulares típicos inducidos por el virus (células gigantes multinucleadas, degeneración balonzante, cromatina marginal e inclusiones intranucleares eosinofílicas tipo Cowdry A). Debe realizarse además un cultivo viral a partir de las muestras esofágicas para confirmar el diagnóstico. Las técnicas inmunohistoquímicas (IHQ) o la detección mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) del ADN viral también ayudan en el diagnóstico.

El tratamiento de la esofagitis por el VHS va a depender del estado inmunológico del paciente. En los inmunodeprimidos se requieren tratamientos más prolongados respecto a otras infecciones por el VHS menos invasivas. En los pacientes que puedan tomar medicación oral suele utilizarse aciclovir (400 mg 5 veces al día durante 14-21 días), siendo efectivo y con escasos efectos adversos. También pueden emplearse famciclovir o valaciclovir, aunque existe menos experiencia de estos fármacos en el contexto de la esofagitis.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3809377>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3809377>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)