

# EOSINOFILIA ¿TODO ES ALERGÍA?

Pilar Lupiani Castellanos

Pediatra AP .Pertenece a GPI

UGC Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.



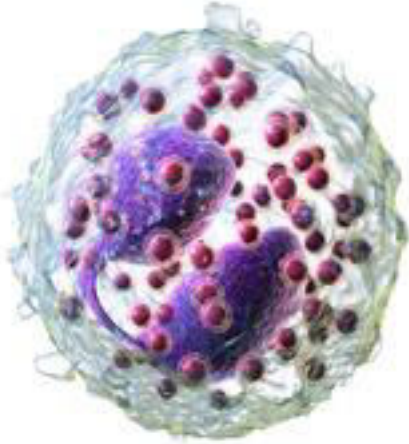
# **Declaración de potenciales conflictos de intereses**

**Pilar Lupiani Castellanos**

**No tengo potenciales conflictos de intereses en  
este tema**



# EL EOSINÓFILO



Leucocitos granulocíticos.  
Circulación sanguínea, 3-5 días.  
En tejidos vida media +/- 1 semana.  
Actividad proinflamatoria

<https://es.wikipedia.org/wiki/Eosin%C3%B3filo>





Produce proteínas que son tóxicas para:

Tejidos tumorales

Parásitos

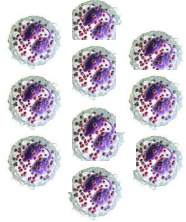
Otros tejidos como corazón o pulmón.

Algunas bacterias como el E. Coli.

MB leprae, toxoplasma, tripanosoma.

<https://es.wikipedia.org/wiki/Eosin%C3%B3filo>





# EOSINOFILIA

Aumento en número absoluto

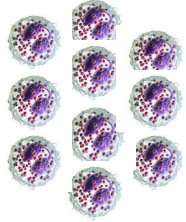
Proporción varía

Sexo

Edad

Ritmo circadiano, > por la noche





# EOSINOFILIA

Aumento en número absoluto

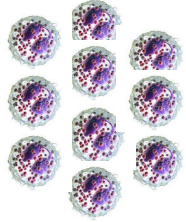
Leve

500-1500/mm<sup>3</sup>

Moderada-grave

> 1500/mm<sup>3</sup>





## EOSINOFILIA

Su hallazgo no debe pasar desapercibida

No suponer siempre que es causa alérgica.

**Las eosinofalias asintomáticas deben ser estudiadas**





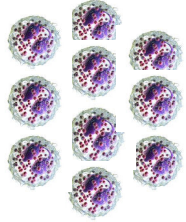
# EOSINOFILIA

## PRIMARIA:

Por expansión clonal de eosinófilos asociados a trastornos hemáticos.





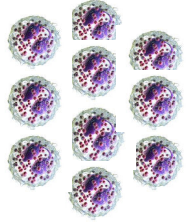


# EOSINOFILIA

## SECUNDARIA:

Por trastornos no hematológicos, o secundarias a trastornos hematológicos.





# EOSINOFILIA

## IDIOPÁTICA:

Cuando no se consigue filiar.



## **ANAMNESIS:**

Viajes recientes y donde

Animales domésticos

Tratamientos farmacológicos

Problemas de alergia

Dermatitis atópica

Síntomas constitucionales



**LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE  
EOSINOFILIA LEVE-MODERADA EN NIÑOS  
SON:**

**ASMA, DERMATITIS ATÓPICA, PARÁSITOS**



# CAUSAS NO INFECCIOSAS

**Si presenta síntomas de **alergia**:** con afectación cutánea: Dermatitis atópica. Con afectación rinoconjuntival: rinoconjuntivitis alérgica. Con afectación pulmonar: Asma.

**Ingestión de fármacos y otras sustancias:** anticonvulsivantes, antibióticos, triptófano.

**Si presenta **afectación cutánea**:** mastocitosis cutánea. Penfigoide ampolloso. Síndrome de Dress: reacción adversa a medicamentos que presenta eosinofilia  $> 1500/\text{mm}^3$ , erupción cutánea y afectación visceral.



**Afectación ORL:** Síndrome NARES (rinitis eosinofílica no alérgica), síntomas de rinitis persistente que se relaciona con la ingesta de ácido acetil salicílico, asma intrínseca y eosinofilia nasal con pruebas alérgicas repetidamente negativas.

**Afectación pulmonar:** Aspergilosis broncopulmonar alérgica, reacción inmunológica frente al *Aspergillus* con aumento de IgE y eosinófilos. Síndrome de Loeffler, por migración parasitaria (*Áscaris lumbricoides*), presencia de tos, disnea, febrícula, eosinofilia. Mucoviscidosis.

**Afectación endocrinológica:** Insuficiencia suprarrenal o Enfermedad de Addison.



**Afectación digestiva:** esofagitis eosinofílica. Gastroenteritis eosinofílica. Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Enfermedad Celiaca.

**Enfermedades autoinmunes:** Churg-Strauss, asma, eosinofilia en un 95%, infiltrados pulmonares, afectación sinusal. Wegener, afectación de grandes vasos, eosinofilia en 10%.

**Hemopatías y cáncer:** Enfermedad de Hodgkin, prurito, eosinofilia, adenopatías periféricas. VIH. Anemia perniciosa.

**Otras:** Esplenectomía. Diálisis. Radioterapia.



**Síndrome Hipereosinofílico:** eosinofilia  $> 1500/\text{mm}^3$  de más de 6 meses de duración, etiología desconocida y afectación visceral por infiltrado tisular de eosinófilos, pudiendo afectar piel, corazón, pulmón, SN periférico.





# CAUSAS INFECCIOSAS

**Parasitarias:** “Fiebre de los safaris”. Triquinosis, por comer carne poco cocinada. Cuidado con la “carne de caza”. Duela, *Fasciola hepática*, por comer berros silvestres. Filariasis. Hidatidosis y equinococosis, en la crianza del cordero.

**En ambientes urbanos:** -*Toxocara*, vivir con animales domésticos, solo alrededor de un 10% presentan síntomas. Síndrome de la larva migrans visceral. Síndrome de larva migrans ocular. -*Enterobius vermicularis*. -*Áscaris lumbricoides*. -*Anisakis*.



**No todos los parásitos producen eosinofilia.** No la encontramos en Paludismo, Leishmaniasis, Amebiasis, Tripanosomiasis.

**Los protozoos** como la *Giardia Lamblia* no producen eosinofilia.



# Pruebas Complementarias

- Hemograma
- Bioquímica
- LDH,
- Creatin quinasa
- A/S, urinocultivo
- Eosinofilia nasal
- Serología (incluido toxocara)
- Coprocultivo
- Parásitos
- Ecocardiograma
- Derivación a otras especialidades.



# ¿Cómo podemos enfocar una eosinofilia?





## CASO CLÍNICO

Paciente que acude por dolor abdominal, leve decaimiento y anorexia de dos semanas de evolución y alguna deposición diarreica.

Exploración: no adenopatías, no afectación cutánea, no masas ni megalias abdominales

Pruebas complementarias:

Hemograma: eosinofilia  $1560/\text{mm}^3$ , resto normal.

Bioquímica: normal

A/S sin alteraciones.

Coprocultivo, urinocultivo y parásitos negativos.



Se revalora y amplia la anamnesis:

No signos de alergia.

No viajes recientes.

No ingestión de fármacos ni suplementos alimenticios.

No ingestión de carne de caza ni vegetales silvestres.

No contacto con perros ni gatos.

En este momento el paciente está asintomático.

Se repiten pruebas complementarias donde se mantiene la eosinofilia, VIH negativo, parásitos negativos. Rx tórax normal.

Se podría plantear en este momento tratamiento antiparasitario de manera empírica.



Si no desaparece y no se observan lesiones orgánicas cada 6 meses hacer control analítico, clínico y ecocardiograma. Si aparecen lesiones en órganos habrá que descartar una expansión clonal. Si ocurre se tratará la neoplasia correspondiente.

Si no se observa la clonalidad se tratará con corticoides y si no responde se pueden utilizar ciclosporina,  $\alpha$ -interferón incluso trasplante de médula y seguimiento.

