



Carta al Editor

ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA: CONSIDERACIONES FISIOPATOLÓGICAS Y TERAPÉUTICAS

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el artículo publicado en su revista (1) sobre la ingesta dietética en pacientes con esofagitis eosinofílica, siglada actualmente EE (en español) o EoE (en inglés) (2,3) tratada con dieta empírica de seis alimentos. En este trabajo, se objetivan las carencias nutricionales de los pacientes que siguen esta dieta, déficit observable desde su descripción en Estados Unidos hace unos 12 años (4), por lo que se la considera actualmente contraproducente como terapéutica, así como por su agresividad, al precisar gran número de endoscopias, lo cual la convierte en poco factible en la práctica clínica habitual. Por esta razón, se han diseñado otro tipo de dietas (2).

En contraposición al artículo, la EE es una patología caracterizada por una reacción inmunoalérgica mediada por Th2 (5) en la que el reflujo gastroesofágico no es excluyente, sino que puede coexistir (2) e incluso contribuir a la patogénesis aumentando el daño esofágico y la respuesta inmunoalérgica, sobre todo en sus estadios iniciales (2). Este hecho se ha de considerar desde el punto de vista dietético.

Entre 2011 y 2013, un tercio de las EE mejoraban con tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) (3,6), sin que la monitorización del pH predijera respuesta (7,8).

Actualmente, todo apunta a que este grupo de pacientes respondedores constituyen un subtipo de EE y los IBP se consideran uno de los principales tratamientos, cuya elección es individualizada (2).

La dieta comentada tiene en España una efectividad de tan solo el 53% (1), pues se basa en alimentos alergénicos de la zona de Estados Unidos, distintos a los de la zona mediterránea. Actualmente, en nuestra región se han descrito otras dietas, como las de cuatro y dos alimentos (efectividad 52% y 40%, respectiva-

mente), así como las dietas basadas en estudio alergológico con diferente determinación (efectividad 73%) (9), logrando así menor restricción alimentaria y evitando un alto número de endoscopias, lo que conllevaría mayor adherencia al tratamiento y un menor déficit nutricional. La restricción de alimentos como leche, trigo y legumbres, los más prevalentes de nuestra dieta, minimiza las carencias nutricionales y facilita la adherencia dietética a largo plazo.

Alrededor del 30% (15-43%) de las EE asocian alergias alimentarias (2,6), por lo que es un sesgo excluirlas. Este hecho también fundamenta que la retirada alimentaria debe ser cautelosa, para evitar reacciones IgE mediadas del tipo de la anafilaxia, con la reintroducción a las 4-8 semanas (2).

Actualmente, la elección del tratamiento en EE es controvertida y debe ser consensuada con el paciente entre las distintas opciones citadas según las guías, cuyo objetivo es la menor restricción dietética (2).

En definitiva, creemos que para evitar déficits nutricionales se ha de iniciar una terapia dietética con menor restricción, centrada en los alimentos principalmente implicados en la EE en nuestra región (9,10).

El manejo nutricional de la EE debe ser efectivo y lograr mínima carencia nutricional, basado en un correcto descarte de implicados en la dieta, para asegurarnos la adherencia y la efectividad, ante una patología crónica susceptible de tratamiento de mantenimiento a largo plazo.

Araceli Castro Jiménez¹, Carmen Tenorio Jiménez²
y Fernando Florido López¹

Áreas de ¹Alergología y ²Endocrinología y Nutrición. Hospital Virgen de las Nieves. Granada

BIBLIOGRAFÍA

- Higuera Pulgar I, Bretón Lesmes I, Carrascal Fabián ML, Prieto García A, Menchén Viso L, Nogales Rincón Ó, et al. Ingesta dietética de pacientes

- adultos con esofagitis eosinofílica que siguen una dieta de exclusión de seis grupos de alimentos. *Nutr Hosp* 2016;33(4):387. DOI: 10.20960/nh.387
2. Lucendo AJ, Molina-Infante J, Arias Á, Von Arnim U, Bredenoord AJ, Busmann C, et al. Guidelines on eosinophilic esophagitis: evidence-based statements and recommendations for diagnosis and management in children and adults. *United European Gastroenterol J* 2017;5(3):335-58. DOI: 10.1177/2050640616689525
 3. Dellon ES, Gonsalves N, Hirano I, Furuta GT, Liacouras CA, Katzka DA. American College of Gastroenterology. ACG clinical guideline: evidenced based approach to the diagnosis and management of esophageal eosinophilia and eosinophilic esophagitis (EoE). *Am J Gastroenterol* 2013;108(5):679-92;quiz 693. DOI: 10.1038/ajg.2013.71
 4. Kagalwalla AF, Sentongo TA, Ritz S, Hess T, Nelson SP, Emerick KM, et al. Effect of six-food elimination diet on clinical and histologic outcomes in eosinophilic esophagitis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006;4(9):1097-102. DOI: 10.1016/j.cgh.2006.05.026
 5. Furuta GT, Katzka DA. Eosinophilic esophagitis. *N Engl J Med* 2015;373(17):1640-8. DOI: 10.1056/NEJMra1502863
 6. 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. DOI: 10.1016/j.jaci.2011.02.040
 7. Molina-Infante J, Katzka DA, Gisbert JP. Review article: proton pump inhibitor therapy for suspected eosinophilic oesophagitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2013;37(12):1157-64.
 8. Hirano I. Editorial: Should patients with suspected eosinophilic esophagitis undergo a therapeutic trial of proton pump inhibition? *Am J Gastroenterol* 2013;108(3):373-5. DOI: 10.1038/ajg.2012.459
 9. Rodríguez-Sánchez J, Gómez Torrijos E, López Viedma B, De la Santa Belda E, Martín Dávila F, García Rodríguez C, et al. Efficacy of IgE-targeted vs empiric six-food elimination diets for adult eosinophilic oesophagitis. *Allergy* 2014;69(7):936-42. DOI: 10.1111/all.12420
 10. Castro Jiménez A, Gómez Torrijos E, García Rodríguez R, Feo Brito F, Borja Segade J, Galindo Bonilla PA, et al. Demographic, clinical and allergological characteristics of eosinophilic esophagitis in a Spanish central region. *Allergol Immunopathol (Madr)* 2014;42(5):407-14. DOI: 10.1016/j.aller.2013.04.004