

Esofagitis inducida por antiinflamatorios no esteroideos: una causa poco frecuente de infiltrado eosinofílico severo

NSAID-Induced Esophagitis: An Uncommon Cause of Severe Eosinophilic Infiltration

Josue Aliaga Ramos,^{1*}  Vitor Arantes.² 

ACCESO ABIERTO

Citación:

Aliaga Ramos J, Arantes V. Esofagitis inducida por antiinflamatorios no esteroideos: una causa poco frecuente de infiltrado eosinofílico severo. *Revista Colomb. Gastroenterol.* 2025;40(4):492-496. <https://doi.org/10.22516/25007440.1300>

¹ Médico gastroenterólogo, MSc. Departamento de Gastroenterología, Hospital Jose Agurto Tello. Servicio de Gastroenterología, Clínica Madre Zoraida. Lima, Perú.

² Médico gastroenterólogo, PhD. Hospital Mater Dei Contorno, Instituto Alfa de Gastroenterología. Belo Horizonte, Brasil.

*Correspondencia: Josue Aliaga Ramos. arjosue3000@gmail.com

Fecha recibido: 12/11/2024

Fecha aceptado: 06/05/2025



Resumen

Antecedentes: la esofagitis inducida por fármacos es una entidad clínica subdiagnosticada debido al inadecuado abordaje al que suelen ser sometidos estos pacientes, y la elaboración de una historia clínica exhaustiva es un elemento fundamental en el algoritmo diagnóstico de esta patología. Es importante identificar a estos pacientes para un correcto manejo y una adecuada orientación con el fin de prevenir nuevos eventos similares que puedan afectar significativamente su calidad de vida. El apoyo de la endoscopia digestiva alta y el análisis histopatológico son necesarios para aclarar el diagnóstico y excluir otras entidades clínicas similares. El infiltrado eosinofílico severo evidenciado en algunos casos de esofagitis inducida por fármacos es un hallazgo histológico poco frecuente que a menudo se confunde con otras entidades, como la esofagitis eosinofílica. **Caso clínico:** presentamos el caso de un paciente joven que desarrolló disfagia severa después de la exposición a antiinflamatorios no esteroideos (AINES). La endoscopia digestiva alta mostró un marcado componente inflamatorio asociado a un infiltrado eosinofílico severo en la evaluación histopatológica. Estos síntomas remitieron luego de la suspensión de los AINES y el inicio de inhibidores de la bomba de protones sin recurrencias a mediano-largo plazo. **Conclusiones:** la esofagitis inducida por fármacos es una entidad clínica que debe ser considerada como una de las etiologías generadoras de un infiltrado eosinofílico severo, y que incluso podría producir un perfil endoscópico-histológico similar al tradicionalmente conocido en otras patologías, como la esofagitis eosinofílica.

Palabras clave

Esofagitis, agente antiinflamatorio no esteroideo, esofagitis eosinofílica.

Abstract

Background: Drug-induced esophagitis is an underdiagnosed condition, largely due to the inadequate clinical assessment these patients often receive. A thorough medical history is essential for establishing a correct diagnosis. Early identification is crucial for proper management and counseling, helping to prevent recurrent episodes that may significantly impair quality of life. Upper endoscopy and histopathological examination are fundamental to clarifying the diagnosis and excluding other conditions with similar presentations. Severe eosinophilic infiltration, although uncommon in drug-induced esophagitis, may resemble other disorders such as eosinophilic esophagitis. **Case report:** We present the case of a young patient who developed severe dysphagia following exposure to nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs). Upper endoscopy revealed pronounced inflammation with marked eosinophilic infiltration on histopathological evaluation. Symptoms resolved fully after discontinuing NSAIDs and initiating proton pump inhibitor therapy, with no recurrence over the medium- to long-term follow-up. **Conclusions:** Drug-induced esophagitis should be recognized as a potential cause of severe eosinophilic infiltration and may even mimic the endoscopic and histologic profile traditionally associated with other conditions, such as eosinophilic esophagitis.

Keywords

Esophagitis, nonsteroidal anti-inflammatory agents, eosinophilic esophagitis.

INTRODUCCIÓN

Actualmente se han identificado varios fármacos como responsables de la aparición de casos de esofagitis en diferentes grados de severidad, siendo los más comunes los antibióticos (principalmente tetraciclinas) y los antiinflamatorios no esteroideos (AINES). No existe un consenso que defina el perfil clínico-epidemiológico de esta entidad clínica, sin embargo, la mayoría de los estudios coinciden en que el componente atópico en individuos genéticamente predispuestos es una condición frecuente en este grupo de pacientes⁽¹⁻⁹⁾.

El dolor retroesternal y la disfagia de reciente inicio tras la ingesta del fármaco potencialmente responsable son el cuadro clínico más característico de esta entidad clínica que, en la mayoría de los casos, suele ser autolimitada y sin complicaciones graves; sin embargo, algunos grupos farmacológicos como los AINES se han asociado a síntomas más severos (hemorragia digestiva y/o estenosis esofágica) y prolongados. La endoscopia digestiva alta se considera actualmente la mejor exploración para caracterizar y analizar las lesiones esofágicas generadas, siendo los hallazgos más frecuentes la presencia de úlceras superficiales de bordes regulares y aspecto inflamatorio generalmente localizadas en el tercio medio y superior del esófago, clásicamente descritas en la literatura como *úlceras en beso*, que suelen acompañarse de áreas eritematosas y congestivas. Sin embargo, es inusual encontrar surcos longitudinales blanquecinos, que son una representación endoscópica del infiltrado eosinofílico severo en la mucosa esofágica⁽¹⁰⁻¹³⁾.

El estudio histológico es muy útil debido a que nos ayuda a excluir otras entidades como las neoplasias malignas. En

la mayoría de los casos solo muestra una reacción inflamatoria aguda formada por un marcado infiltrado neutrofílico, presentando raramente un componente eosinofílico severo en las muestras examinadas⁽¹⁴⁻¹⁸⁾.

A continuación, presentamos un caso de esofagitis inducida por AINES que mostró un componente inflamatorio eosinofílico severo con representación endoscópica y que respondió con éxito al tratamiento con inhibidores de bomba de protones asociados a la suspensión del fármaco responsable.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 23 años, con antecedentes de rinitis alérgica, que se presenta súbitamente tras la toma de AINES (naproxeno), prescritos para un proceso odontogénico, dolor urente retroesternal de intensidad moderada asociado a disfagia para alimentos sólidos y líquidos (escala de disfagia: Atkinson: 4). El hemograma mostró eosinófilos en sangre periférica de 395,5 eosinófilos/ μ L (rango de normalidad: ≤ 500 eosinófilos/ μ L) y un nivel sérico de inmunoglobulina E (IgE) de 189,8 UI/mL (rango de normalidad: 0-99,9 UI/mL).

La endoscopia digestiva alta mostró una úlcera superficial de aspecto inflamatorio con bordes regulares y congestivos, localizada en el tercio medio del esófago que afectaba aproximadamente el 40% de la circunferencia (**Figura 1A**). También se evidenciaron múltiples exudados blanquecinos en el tercio inferior del esófago, asociados a erosiones y áreas eritematosas (**Figuras 1B y 1C**).

El análisis histológico mostró un marcado infiltrado eosinofílico (20 eosinófilos/CAP) que afectaba principal-

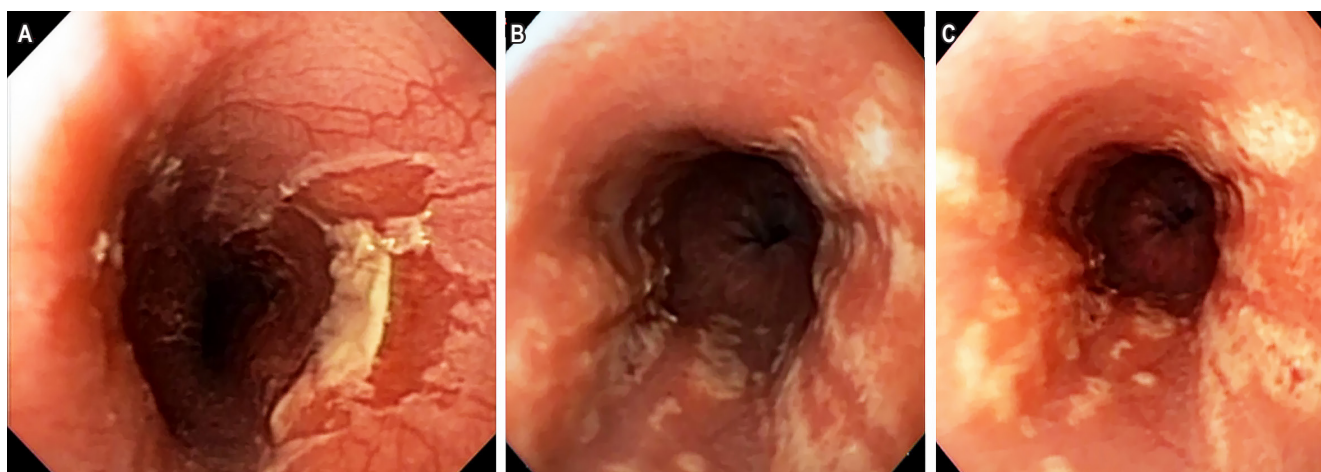


Figura 1. A. Úlcera esofágica. B, C. Exudados blanquecinos. Imágenes propiedad de los autores.

mente el epitelio, la lámina propia y la submucosa (**Figura 2**). El paciente suspendió los AINES e inició tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, mostrando remisión clínica, endoscópica e histológica al cabo de ocho semanas, sin recurrencias.

DISCUSIÓN

En la actualidad, existe poca evidencia científica que demuestre el impacto clínico real de esta patología en la población afectada, así mismo no existen consensos internacionales que establezcan con detalle las normas y pautas en el abordaje diagnóstico-terapéutico de la esofagitis inducida por fármacos. Nuestro estudio consolida los conocimientos establecidos hasta el momento, pero con un perfil endoscópico-histológico atípico, simulando otras entidades clínicas asociadas a la eosinofilia esofágica.

Un reto para el gastroenterólogo es diferenciar la esofagitis inducida por fármacos de la esofagitis eosinofílica cuando, en algunos casos, existen variaciones atípicas. Las principales guías actualizadas sobre el diagnóstico y tratamiento de la esofagitis eosinofílica han establecido claramente los criterios endoscópicos e histológicos para identificar esta entidad clínica⁽¹⁻⁵⁾. Sin embargo, hasta el momento no existe un consenso internacional que establezca los parámetros para definir a los pacientes con esofagitis inducida por fármacos, ya que la mayor parte de la información científica conocida se basa únicamente en reportes de casos⁽⁶⁻¹³⁾. En consecuencia, cuando existe una combinación de criterios endoscópicos e histológicos

similares para estas dos entidades clínicas, es fundamental diferenciarlas adecuadamente mediante una historia epidemiológica detallada y una minuciosa anamnesis, como se hizo en el paciente que presentamos.

En la actualidad, no existen estudios que demuestren la fisiopatología exacta de este exagerado infiltrado eosinofílico en ciertos pacientes con esofagitis inducida por fármacos; sin embargo, esto podría explicarse por el marcado componente atópico, establecido por reacciones de hipersensibilidad a ciertos medicamentos⁽¹⁴⁻¹⁸⁾. Es por ello que es importante estudiar en este grupo de pacientes determinados factores como los inmunoalérgicos o la escasa ingesta hídrica durante la toma de fármacos, ya que ambos podrían contribuir a desencadenar nuevos eventos a mediano y largo plazo. Nuestro paciente tenía antecedentes de rinitis alérgica, eosinofilia periférica y niveles séricos elevados de IgE como marcadores de su componente alérgico.

CONCLUSIÓN

La esofagitis medicamentosa es una entidad clínica que debe ser considerada como una de las etiologías generadoras de un infiltrado eosinofílico severo, que incluso podría producir un perfil endoscópico-histológico similar al tradicionalmente conocido en otras patologías como la esofagitis eosinofílica. Asimismo, es necesario evaluar el componente inmunoalérgico e identificar con exactitud el fármaco responsable para orientar adecuadamente a este grupo de pacientes y evitar nuevos eventos a mediano-largo plazo.

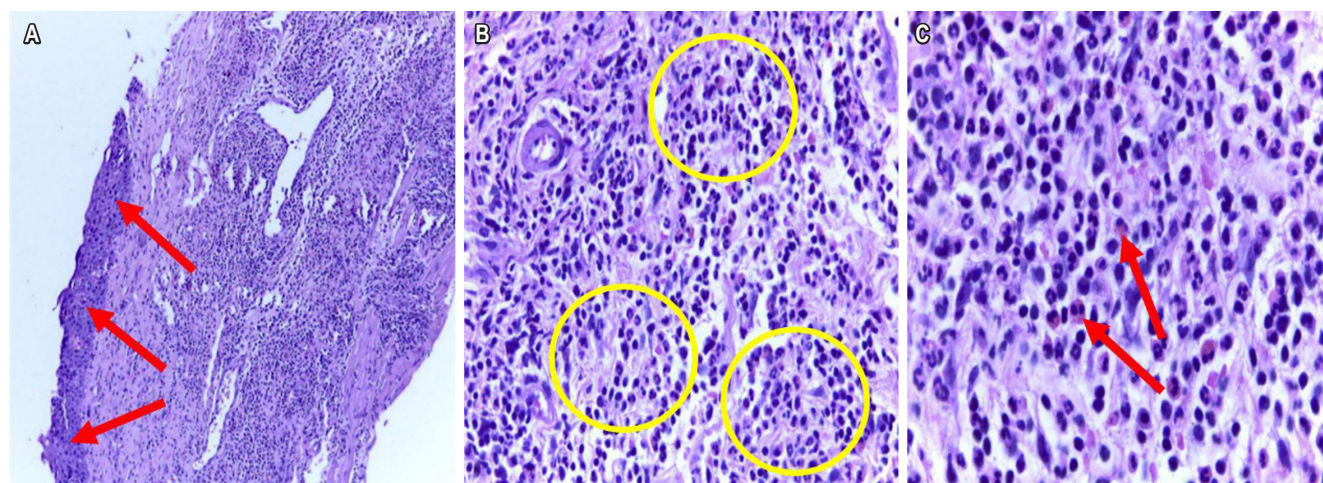


Figura 2. A. Flechas rojas: visión panorámica que muestra la afectación del epitelio y la mucosa esofágica por un infiltrado eosinofílico severo. B. Círculos amarillos: afectación de estroma y submucosa por infiltrado eosinofílico. C. Flechas rojas: primer plano de los eosinófilos con sus gránulos. Imágenes propiedad de los autores.

Consentimiento informado

Los autores declaran que cuentan con el consentimiento informado por parte del paciente del presente caso.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Contribución de autores

Concepción y diseño del estudio: todos los autores; adquisición de datos e información: todos los autores; planeación del artículo: todos los autores; revisión de contenido intelectual importante: todos los autores; aprobación final de la versión que va a ser publicada: todos los autores.

Agradecimientos

Unidad de Endoscopia, Instituto Alfa de Gastroenterología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Federal de Minas Gerais, Hospital Mater Dei Contorno, Belo Horizonte, Brasil.

REFERENCIAS

1. Dellon ES, Muir AB, Katzka DA, Shah SC, Sauer BG, Aceves SS, et al. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Eosinophilic Esophagitis. *Am J Gastroenterol*. 2025;120(1):31-59. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000003194>
2. Hirano I, Chan ES, Rank MA, Sharaf RN, Stollman NH, Stukus DR, et al. AGA Institute and the Joint Task Force on Allergy-Immunology Practice Parameters Clinical Guidelines for the Management of Eosinophilic Esophagitis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2020;124(5):416-23. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2020.03.020>
3. Dellon ES, Liacouras CA, Molina-Infante J, Furuta GT, Spergel JM, Zevit N, et al. Updated international consensus diagnostic criteria for eosinophilic esophagitis: Proceedings of the AGREE conference. *Gastroenterology*. 2018;155(4):1022-33. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.07.009>
4. Juliao-Baños F, Lúquez-Mindiola A. Esofagitis eosinofílica: estado del arte en 2024. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2024;39(4):435-46. <https://doi.org/10.22516/25007440.1276>
5. Castaño R, Rivera J, Diazgranados L, Baena JD, Puerta Botero JE, Cadavid I, et al. Esofagitis eosinofílica y las diferencias clínicas, endoscópicas y terapéuticas entre adolescentes y adultos. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2024;39(4):376-85. <https://doi.org/10.22516/25007440.1137>
6. Yoshikawa T, Hara T, Araki H, Tsurumi H, Oyama M, Moriwaki H. First report of drug-induced esophagitis by deferiasirox. *Int J Hematol*. 2012;95(6):689-91. <https://doi.org/10.1007/s12185-012-1060-7>
7. Apostolov R, Tan N, Vasudevan A. A difficult pill to swallow: drug-induced oesophagitis. *Lancet*. 2019;394(10210):1764. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32565-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32565-6)
8. Kim SH, Jeong JB, Kim JW, Koh SJ, Kim BG, Lee KL, et al. Clinical and endoscopic characteristics of drug-induced esophagitis. *World J Gastroenterol*. 2014;20(31):10994-9. <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i31.10994>
9. Arhinful JS, Arhinful B, Akins TA, Hossain S. Caffeine-Induced Severe Erosive Esophagitis. *Cureus*. 2021;13(7):1-3. <https://doi.org/10.7759/cureus.16253>
10. Rivero-Borrell de la Parra P, González-Cruz M, Ferreira-Marin A, Casaubón-García PR. L-arginine-induced esophagitis, report of six cases. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2020;77(1):38-41. <https://doi.org/10.24875/BMHIM.19000109>
11. Bestari MB, Agustanti N, Abdurachman SA. Clindamycin-Induced Esophageal Injury: Is It an Underdiagnosed Entity? *Clin Med Insights Case Rep*. 2019;12:1-4. <https://doi.org/10.1177/1179547619884055>
12. Zezos P, Harel Z, Saibil F. Cloxacillin: A New Cause of Pill-Induced Esophagitis. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2016;2016:1-2. <https://doi.org/10.1155/2016/2904256>
13. Toya Y, Nakamura S, Tomita K, Matsuda N, Abe K, Abiko Y, et al. Dabigatran-induced esophagitis: The prevalence and endoscopic characteristics. *J Gastroenterol Hepatol*. 2016; 31(3):610-4. <https://doi.org/10.1111/jgh.13024>
14. Kim JW, Kim BG, Kim SH, Kim W, Lee KL, Byeon SJ, et al. Histomorphological and Immunophenotypic Features of Pill-Induced Esophagitis. *PLoS One*. 2015;10(6):1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128110>
15. Kuramoto T, Umegaki E, Nouda S, Narabayashi K, Kojima Y, Yoda Y, et al. Preventive effect of irsogladine or omeprazole on non-steroidal anti-inflammatory drug-induced esophagitis, peptic ulcers, and small intestinal lesions in humans, a prospective randomized controlled study. *BMC Gastroenterol*. 2013;13:1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-230X-13-85>

16. Dağ MS, Öztürk ZA, Akin I, Tutar E, Çıkman Ö, Gülşen MT. Drug-induced esophageal ulcers: Case series and the review of the literature. Turk J Gastroenterol. 2014;;25(2):180-4.
<https://doi.org/10.5152/tjg.2014.5415>
17. Zhang Y, Tong Y, Wang W, Xu L. Chest pain from pill-induced esophagitis: A rare side effect of ascorbic acid. SAGE Open Med Case Rep. 2018;6:1-3.
<https://doi.org/10.1177/2050313X18775004>
18. Hu SW, Chen AC, Wu SF. Drug-Induced Esophageal Ulcer in Adolescent Population: Experience at a Single Medical Center in Central Taiwan. Medicine 2021;57(12):1-7.
<https://doi.org/10.3390/medicina57121286>