

Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de la esofagitis eosinofílica en población pediátrica: el tratamiento. Parte 2

Colombian Consensus on the Diagnosis and Management of Eosinophilic Esophagitis in the Pediatric Population: Treatment. Part 2

José Fernando Vera-Chamorro,^{1*}  Carolina Alexandra Zambrano-Pérez,²  Ailim Margarita Carias-Domínguez,³ 
Michelle Higuera-Carrillo,⁴  Juan Pablo Riveros-López,⁵  María Beatriz García-Paba,⁶  Stephania Peña-Hernández,⁷ 
Melquicedec Vargas-Sandoval,⁸  Fabián Juliao-Baños,⁹  Rocío Del Pilar López-Panqueva,¹⁰  Gustavo Adolfo Triana-Rodríguez,¹¹ 
Catalina Ortiz-Piedrahita,¹²  Carlos Fernando Chinchilla-Mejía,¹³  Edgardo Antonio Chapman-Ariza,¹⁴ 
Edna Margarita Quintero-Canasto,¹⁵  Otto Gerardo Calderón-Guerrero,¹⁶  Danna Kathalina Puerto-Baracaldo,¹⁷ 
Daniela Duarte-Montero,¹⁸  Mário César Vieira,¹⁹  Eitan Rubinstein,²⁰  Víctor Vila-Miravet,²¹  Jorge Amil-Dias.²² 

ACCESO ABIERTO

Citación:

Vera-Chamorro JF, Zambrano-Pérez CA, Carias-Domínguez AM, Higuera-Carrillo M, Riveros-López JP, García-Paba MB, Peña-Hernández S, Vargas-Sandoval M, Juliao-Baños F, López-Panqueva RP, Triana-Rodríguez GA, Ortiz-Piedrahita C, Chinchilla-Mejía CF, Chapman-Ariza EA, Quintero-Canasto EM, Calderón-Guerrero OG, Puerto-Baracaldo DK, Duarte-Montero D, Vieira MC, Rubinstein E, Vila-Miravet V, Amil-Dias J. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de la esofagitis eosinofílica en población pediátrica: el tratamiento. Parte 2. *Revista. colomb. Gastroenterol.* 2026;41(1):36-50.
<https://doi.org/10.22516/25007440.1408>

¹ Profesor clínico, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Jefe de sección de Gastroenterología, Hepatología y Grupo de soporte nutricional pediátrico, PediAFé, Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, Colombia

² Médico Institucional, Departamento de Pediatría, Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, Colombia.

³ Médico Institucional, Departamento de Pediatría, Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, Colombia.

⁴ Gastroenteróloga y hepatóloga pediatra. Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

⁵ Director científico, Gerente General, Unidad de Gastroenterología JPR. Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.

⁶ Alergóloga Pediatra, Fundación Santa Fe de Bogotá. Profesora asistente, Universidad de Los Andes y Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, Colombia.

⁷ Docente Fundación Cardiolinfantil, Fundación Hospital Pediátrico de la Misericordia. Bogotá, Colombia.

⁸ Gastroenterólogo Pediatra, Gastrokids. Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

⁹ Gastroenterólogo de adultos, Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín, Colombia.



Resumen

Introducción: la esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad crónica inmunomediada caracterizada por disfunción esofágica, que puede llevar a fibrosis o estenosis de no recibir tratamiento. **Objetivo:** desarrollar recomendaciones basadas en la evidencia por un consenso de expertos para el tratamiento de la EoE en <18 años. **Metodología:** un panel multidisciplinario de 16 expertos del Colegio Colombiano de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (COLGAHNP), alergólogos, patólogos y gastroenterólogos de adultos, junto con cuatro expertos internacionales formularon 18 preguntas (8 de diagnóstico y 10 de tratamiento). Mediante una búsqueda de la literatura, se analizaron guías de práctica clínica (GPC), estudios clínicos aleatorizados (ECA) y revisiones sistemáticas de la literatura (RSL) de los últimos 10 años. Se desarrollaron 27 recomendaciones (12 de diagnóstico y 15 de tratamiento), que fueron sometidas a votación por el método Delphi modificado en dos votaciones. El estudio fue patrocinado por el COLGAHNP. **Resultados:** las recomendaciones alcanzaron un acuerdo >90%. El tratamiento debe ser individualizado y multidisciplinario, liderado por gastroenterólogos pediatras. El tratamiento se basa en dieta de eliminación "ascendente", iniciando con un solo alimento, uso de inhibidores de la bomba de protones, esteroides tópicos, anticuerpos monoclonales y, en algunos casos, dilatación. En el seguimiento se deben usar herramientas validadas, como el PEEESv2. Se deben preparar a los pacientes para la transición a la edad adulta. **Conclusión:** se proporciona un consenso con recomendaciones basadas en la evidencia sobre el tratamiento de la EoE para pacientes, familiares y aseguradores en el contexto colombiano y latinoamericano.

Palabras clave

Esofagitis eosinofílica, endoscopia, biopsia, dietoterapia, inhibidores de la bomba de protones, budesonida, medicamentos biológicos.

- ¹⁰ Médica patóloga, Fundación Santa Fe de Bogotá. Profesora Clínica, Universidad de Los Andes. Bogotá, Colombia.
- ¹¹ Jefe Sección de Pediatría, Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, Colombia.
- ¹² Gastroenteróloga Infantil, Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín, Colombia.
- ¹³ Alergólogo Pediatra, UdeA. Medellín, Colombia.
- ¹⁴ Alergólogo e Inmunólogo Pediatra, Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, Colombia.
- ¹⁵ Coordinadora Unidad Patología y Citometría de Flujo, Fundación Hospital de la Misericordia HOMI. Bogotá, Colombia.
- ¹⁶ Gastroenterólogo Pediatra, Clínica Imbanaco, Grupo Quirón-Salud. Cali, Colombia.
- ¹⁷ Médico epidemiólogo, Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, Colombia.
- ¹⁸ Médico de investigación, Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, Colombia.
- ¹⁹ Jefe del Centro de Gastroenterología Pediátrica y Endoscopia Digestiva Centro de Gastroenterología Pediátrica y Endoscopia Digestiva, Hospital Pequeño Príncipe. Curitiba-PR, Brasil.
- ²⁰ Division of Gastroenterology and Nutrition, Boston Children's Hospital, Harvard Medical School. Boston, Estados Unidos.
- ²¹ Gastroenterólogo Pediatra. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. Barcelona, España
- ²² Consultor en Gastrenterologia Pediátrica, Hospital Lusíadas Porto. Porto, Portugal.

*Correspondencia: Jose Fernando Vera-Chamorro.
jvera1@gmail.com

Fecha recibido: 26/06/2025
Fecha aceptado: 04/11/2025



Abstract

Introduction: Eosinophilic esophagitis (EoE) is a chronic immune-mediated disease characterized by esophageal dysfunction, which may progress to fibrosis or stricture formation if left untreated. **Objective:** To develop evidence-based recommendations through expert consensus for the treatment of EoE in patients under 18 years of age. **Methodology:** A multidisciplinary panel of 16 experts from the Colegio Colombiano de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (COLGAHNP), including allergists, pathologists, adult gastroenterologists, and four international experts, formulated 18 questions (8 diagnostic and 10 therapeutic). A systematic literature search was conducted, analyzing clinical practice guidelines (CPGs), randomized controlled trials (RCTs), and systematic literature reviews (SLRs) from the past 10 years. A total of 27 recommendations (12 diagnostic and 15 therapeutic) were developed and subjected to two rounds of voting using a modified Delphi method. The study was sponsored by COLGAHNP. **Results:** Consensus agreement exceeded 90% for all recommendations. Treatment should be individualized and multidisciplinary, led by pediatric gastroenterologists. Therapeutic strategies are based on an “upward” elimination diet approach, beginning with a single food, the use of proton pump inhibitors, topical corticosteroids, monoclonal antibodies, and, in selected cases, esophageal dilation. Follow-up should incorporate validated tools, such as PEEESv2. Patients should also be prepared for transition into adult care. **Conclusion:** This consensus provides evidence-based treatment recommendations for EoE for patients, families, and healthcare payers within the Colombian and broader Latin American context.

Keywords

Eosinophilic esophagitis, endoscopy, biopsy, dietary therapy, proton pump inhibitors, budesonide, biologic agents.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la esofagitis eosinofílica (EoE) debe ser multidisciplinario, coordinado por gastroenterólogos pediatras, en trabajo conjunto con alergólogos/inmunólogos (por su experiencia en diferentes tratamientos y manejo de biológicos en comorbilidades atópicas, como la dermatitis atópica grave), nutricionistas con entrenamiento en alergia y EoE, patólogos, pediatras y fonoaudiólogos⁽¹⁾. La conducta terapéutica debe ser discutida con la familia y los pacientes, y debe estar dirigida al control de los síntomas y mejorar la calidad de vida (**Figura 1**)⁽²⁻⁶⁾.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda de la literatura con énfasis en la mejor evidencia en guías de práctica clínica (GPC) (AGREE-II), estudios clínicos aleatorizados (ECA), revisiones sistemáticas de la literatura (RSL) y metaanálisis, empleando las bases de datos PubMed, Medline, Embase, Cochrane y Lilacs tanto en inglés como en español desde 2014 hasta 2024. Se utilizaron términos MeSH (*eosinophilic esophagitis, guidelines, pediatric, evidence*) y se identificaron como base para la escritura del consenso tres GPC: dos

en población pediátrica; la guía de la Sociedad Británica de Gastroenterología (BSG) y la Sociedad Británica de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (BSPGHAN)⁽⁷⁾; y la guía de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN)⁽⁴⁾. En adultos, el consenso italiano de diagnóstico y manejo de la EoE⁽³⁾; dos RSL recientes: una sobre esteroides deglutidos⁽²⁾ y otra sobre manejo dietético⁽⁵⁾, además de un metaanálisis sobre el manejo médico farmacológico⁽⁶⁾. Se escogieron estos estudios debido a su valor metodológico y evidencia actualizada.

Se estableció un panel multidisciplinario de 16 expertos del Colegio Colombiano de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (COLGAHNP), alergólogos de la Asociación Colombiana de Alergia, Asma e Inmunología (ACAAI), patólogos nacionales, gastroenterólogos de adultos de la Asociación Colombiana de Gastroenterología (ACG) y cuatro expertos internacionales, quienes formularon 18 preguntas (8 de diagnóstico y 10 de tratamiento). Los miembros del panel fueron seleccionados por su experiencia clínica e investigativa en gastroenterología, alergología y pediatría, con un mínimo de cinco años de práctica y afiliaciones a instituciones universitarias, hospitales de referencia y sociedades cien-

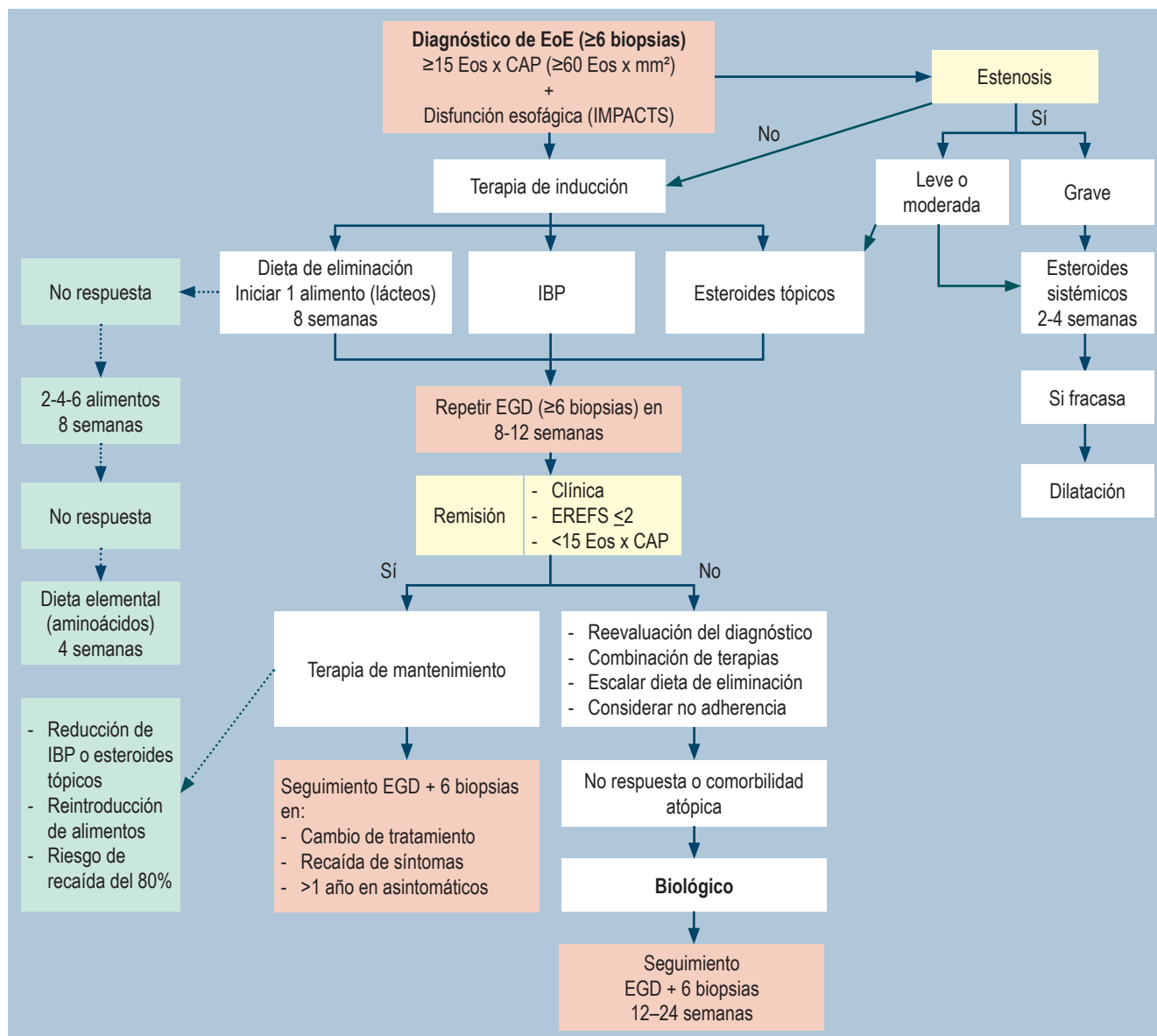


Figura 1. Algoritmo integral para el diagnóstico y manejo de la esofagitis eosinofílica: evaluación clínica, confirmación endoscópica e intervenciones terapéuticas. CAP: campo de alto poder; EGD: esofagogastroduodenoscopia; EoE: esofagitis eosinofílica; Eos: eosinófilos; EREFS: sistema de puntuación endoscópica de referencia; IBP: inhibidores de la bomba de protones; IMPACTS: índice de síntomas e impacto de la esofagitis eosinofílica. Adaptada de: de Bortoli N, et al. *Dig Liver Dis.* 2024;56(6):951-63⁽³⁾; Amil-Dias J, et al. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2024;79(2):394-437⁽⁴⁾.

tíficas nacionales. Adicionalmente, cuatro epidemiólogos apoyaron el proceso. Todos los participantes evaluaron de manera crítica la literatura existente para generar las afirmaciones y recomendaciones.

Cada afirmación fue presentada junto con la calidad de la evidencia y la fuerza de la recomendación (fuerte o débil), de acuerdo con las guías de la U. S. Preventive Services Task Force (**Tabla 1**)⁽⁸⁾. Se aplicó un método Delphi modificado, que incluyó una primera ronda de votación electrónica y

una segunda presencial en formato híbrido. Cada recomendación fue sometida a votación con tres posibles respuestas: en desacuerdo, de acuerdo o de acuerdo con modificaciones, considerándose aprobada con un acuerdo $\geq 80\%$ (fuerte)⁽⁹⁾. La tasa de respuesta fue del 100% en ambas rondas. En la primera ronda se alcanzó un acuerdo superior al 90% en todas las afirmaciones; aquellas que obtuvieron la opción “de acuerdo con modificaciones” fueron discutidas colectivamente, reformuladas y sometidas a nueva votación

Tabla 1. Clasificación de estrategias dietéticas para EoE: características, ventajas y limitaciones

Tipo de dieta		Recomendación	Eficacia (%)	Referencias
Dietas de eliminación empíricas*	1 alimento	Leche y derivados	41-46	(4,5,10,11)
	2 alimentos	Leche y derivados, trigo/gluten	43-44	(4,5,10,11)
	4 alimentos	Leche y derivados, trigo/gluten, huevo, soya	41-55	(4,5,10,11)
	6 alimentos	Leche y derivados, trigo/gluten, huevo, soya, mani/frutos secos, pescado y mariscos	40-65	(4,5,10,11)
Dieta elemental (aminoácidos)		Fórmula, no otros alimentos	95	(4,5,10,11)
Dietas dirigidas por pruebas de alergia	Pruebas de punción cutánea (<i>prick test</i>)	No recomendado	39	(4,5,10,11)
	Pruebas de parche			
Otras: IgG4		No hay pruebas sólidas	39	(12)

*Otros alimentos eliminados: legumbres en España; sésamo (ajonjolí) en Israel. IgG4: inmunoglobulina G 4. Adaptada de: Amil-Dias J, et al. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2024;79(2):394-437⁽⁴⁾; Arias Á, et al. *Nutrients.* 2024;16(14):2231⁽⁵⁾; Harris PR, et al. *Rev Chil pediatría.* 2020;91(5):809-27⁽¹⁰⁾; Visaggi P, et al. *Dig Liver Dis.* 2023;55(2):208-22⁽¹¹⁾; Chang JW, et al. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2023;21(7):1690-8⁽¹²⁾.

en la reunión híbrida hasta alcanzar consenso. Se sugiere una actualización del consenso al cabo de 5 años. Este estudio fue patrocinado por el COLGAHNP, sin reporte de conflicto de intereses.

¿CUÁLES DEBEN SER LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA?

Afirmación 1

Educar a los pacientes y sus familias explicándoles que es una enfermedad crónica y que necesita tratamiento a largo plazo, cuyos objetivos deben ser: controlar la inflamación en todas las biopsias (<15 eosinófilos/campos de alto poder [CAP]) y prevenir la remodelación (fibrosis/estenosis); lograr la remisión endoscópica: basada en una escala EREFS ≤ 2 ; disminuir la gravedad de los síntomas, evaluados mediante el cuestionario PEES, versión 2.0 para niños, y mejorar la calidad de vida, que se debe medir con el cuestionario PedsQL^(3,13).

Nivel de evidencia: II-2.

Grado de recomendación: B.

Grado de acuerdo: 100%.

Puntos de buena práctica

Se recomienda un mínimo de 8 a 12 semanas de inducción para pacientes con dietas de eliminación, esteroides tópicos o inhibidores de la bomba de protones (IBP) y no menos

de 4 semanas con dietas elementales antes de la reevaluación endoscópica (**Figura 1**)^(3,13).

¿CUÁL ES LA MEJOR ESTRATEGIA PARA INICIAR LA TERAPIA DIETÉTICA?

Afirmación 2

La mejor estrategia es la dieta de eliminación empírica del o los antígeno(s) alimentario(s) para inducir la remisión, seguida de un control con endoscopia y biopsias de esófago entre 8 y 12 semanas después⁽¹⁰⁾, en busca de ser lo menos restrictiva posible (idealmente un solo antígeno alimentario). La dieta elemental es muy efectiva; sin embargo, debe ser reservada para casos complejos, al ser costosa y tener menor adherencia. La dieta dirigida por pruebas de alergia no tiene evidencia sólida. La elección del o los alimentos eliminados debe ser individualizada (**Tabla 1**)^(5,11,14-16).

Nivel de evidencia: I-II.

Nivel de recomendación: A.

Grado de acuerdo: 100%.

Puntos de buena práctica

La dieta de eliminación puede ser “ascendente” (*step-up*) iniciando con la eliminación de uno o dos alimentos a cuatro y seis alimentos (requiere menos endoscopias); o “descendente” (*top-down*), iniciando con la eliminación de seis alimentos y la posterior reintroducción de los mismos; sin

embargo, requiere más endoscopias y mayor apoyo nutricional, y tiene una menor adherencia (Figura 2)⁽¹⁴⁾.

Las dietas de eliminación pueden producir deficiencias nutricionales, dificultades alimentarias, problemas psicológicos y mala calidad de vida, y teóricamente pueden predisponer a alergias mediadas por inmunoglobulina E (IgE), por lo que se debe individualizar. Su elección depende de: la gravedad de la enfermedad y el estado nutricional, la presencia de dificultades alimentarias o alergias alimentarias, las preferencias de los pacientes y sus familias, los recursos financieros y el requerimiento de evaluación de la respuesta a las dietas de eliminación por esofagogastroduodenoscopia con biopsias al menos 6-8 semanas después de haber retirado un grupo de alimentos^(5,11,15-17). Actualmente se está trabajando en la evaluación del transcriptoma en dietas de eliminación⁽¹⁶⁾.

En la estrategia de dieta de eliminación ascendente: ¿es más efectivo iniciar con eliminación de un solo alimento (leche y derivados) frente a cuatro alimentos o seis alimentos para el tratamiento de la esofagitis eosinofílica?

Afirmación 2.1

La dieta de eliminación de un solo alimento (leche y derivados) es una opción de tratamiento inicial razonable en la dieta ascendente y ha demostrado mejoría sintomática e histológica similar a dietas más restrictivas (eliminación de cuatro o seis alimentos); requiere menos endoscopias,

genera menos costos, mejora la adherencia y disminuye el número de días de escuela y trabajo perdidos, mejora la calidad de vida, con una remisión del 46,4%-51% de los casos (Tabla 2, Figura 2)^(10,14,15,18,19).

Nivel de evidencia: I.

Grado de recomendación: A.

Grado de acuerdo: 100%.

Puntos de buena práctica

En niños, al comparar una dieta de eliminación de un solo alimento frente a una de cuatro alimentos se observó una respuesta de 44% frente a 41% ($p = 1,00$), respectivamente. En adultos, al comparar la eliminación de uno frente a seis alimentos, las tasas de respuesta fueron de 34% y 40% ($p = 0,58$), respectivamente⁽¹⁸⁾. Recientemente, en un ECA se evaluó la dieta de eliminación de un alimento (leche) (1FED) frente a una dieta de eliminación de cuatro alimentos (leche, huevo, trigo y soja) (4FED) en pacientes de 6 a 17 años durante 12 semanas, y se encontró que la dieta de eliminación menos restrictiva se asoció con un mejor estado nutricional. La tasa de abandono de la dieta 4FED (32%) fue significativamente mayor que la de 1FED (11%) ($p = 0,0496$)⁽¹⁰⁾. La estrategia ascendente iniciando con lácteos ha demostrado ser efectiva, disminuye el tiempo de diagnóstico y cantidad de endoscopias frente a la estrategia descendente⁽¹⁴⁾. Para monitorizar la respuesta a la dieta de eliminación se debe realizar endoscopia con biopsia 6 a 8 semanas después (Figura 2)⁽¹⁵⁾.

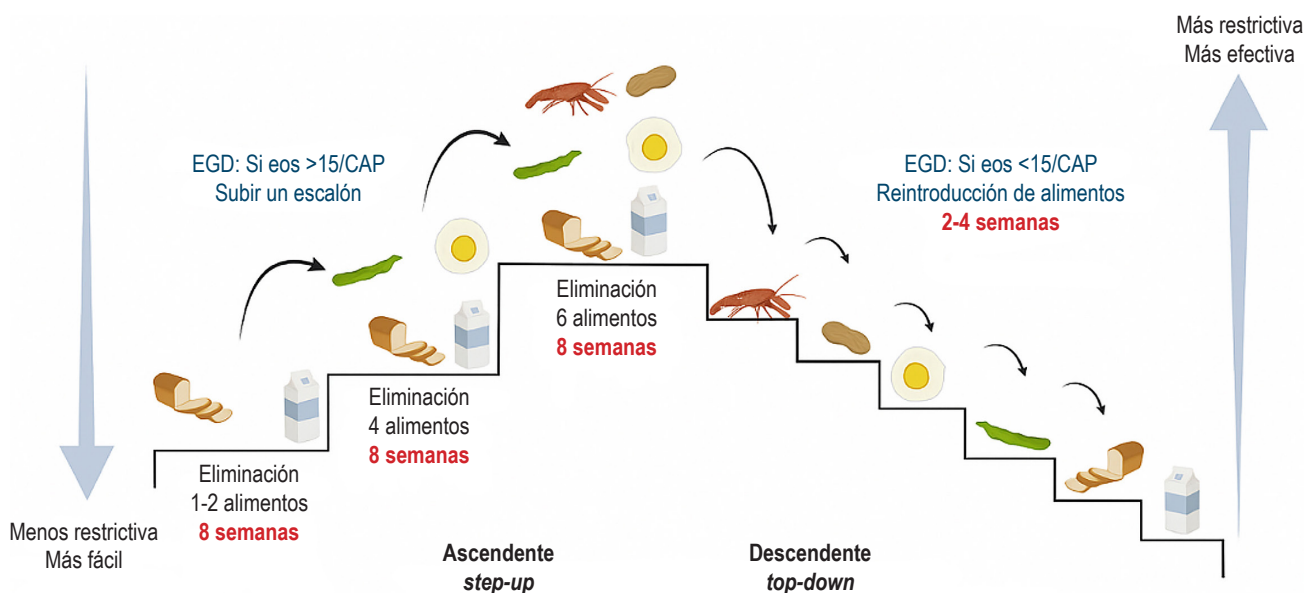


Figura 2. Comparación entre los enfoques ascendente y descendente de las dietas de eliminación: cantidad de alimentos restringidos, duración e indicaciones clínicas. *La dieta de eliminación incluye las legumbres en España y el sésamo en Israel. CAP: campo de alto poder; EGD: esofagogastroduodenoscopia; eos: eosinófilos. Adaptada de: Visaggi P, et al. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2023;62-63:101825⁽¹⁴⁾; Votto M, et al. Front Pediatr. 2022;9:820192⁽¹⁷⁾.

Tabla 2. Comparación de las estrategias dietéticas de eliminación: ventajas, desventajas e indicaciones del enfoque ascendente y descendente

	Estrategia de eliminación	
	Ascendente (<i>step-up</i>)	Descendente (<i>top-down</i>)
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación temprana de desencadenantes alimentarios. - Proceso de diagnóstico más corto. - Evitación de restricciones alimentarias innecesarias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Las dietas más restrictivas son más efectivas.
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> - Puede ser menos efectiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gran cantidad de endoscopias. - Menos adherencia. - Riesgo de deficiencias nutricionales.
Indicación	<ul style="list-style-type: none"> - Indicada en pacientes pediátricos con síntomas leves a moderados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adultos o pacientes pediátricos mayores. - Síntomas significativamente limitantes.

Adaptada de: Votto M, et al. *Front Pediatr.* 2022;9:820192⁽¹⁷⁾.

En la estrategia de dieta de eliminación: ¿qué alimentos y qué efectividad tienen la eliminación de dos alimentos frente a cuatro alimentos o seis alimentos en el tratamiento de la esofagitis eosinofílica?

Afirmación 2.2

La dieta de eliminación estándar de dos alimentos (proteína de la leche de vaca, trigo/gluten), cuatro alimentos (proteína de la leche de vaca, trigo/gluten, huevo, soya) o seis alimentos (proteína de la leche de vaca, trigo/gluten, huevo, soya, maní/frutos secos, pescado y mariscos) inducen remisión histológica hasta en el 63,9% de los pacientes⁽⁵⁾, y son ligeramente superiores a la eliminación de solo leche y derivados en niños y adultos, pero genera menor adherencia y mayor riesgo nutricional^(4,5,10,11,14,15).

Nivel de evidencia: I.

Grado de recomendación: A.

Grado de acuerdo: 93,7%.

Puntos de buena práctica

Aunque las dietas de eliminación más restrictivas pueden ser más efectivas, requieren la valoración de un nutricionista, implican mayor cantidad de endoscopias (aumento de costos) y pueden asociarse a deficiencias nutricionales, trastornos de alimentación, alteraciones psicológicas y disminución de la calidad de vida^(4,5,10,11). En un reciente metaanálisis, se demostró que la dieta de eliminación empírica de seis alimentos tuvo una efectividad de 63,9% en inducir remisión histológica, y es extremadamente homogénea, cuando se consideraron exclusivamente pacientes pediátricos con EoE (67,5%) frente a los adultos (63,5%). En la dieta de eliminación de cuatro alimentos se demostró una efectividad del 54,7%, y es superior en niños (59,5%) que en adultos (52,7%)⁽⁵⁾. Durante la fase de reintroducción

de alimentos, se recomienda consumir al menos una porción diaria del alimento por al menos 4 a 6 semanas antes de evaluar mediante endoscopia y biopsias⁽¹⁵⁾. La reintroducción se debe hacer desde los alimentos de menos alergénicos a mayor potencial desencadenante: pescado/mariscos, maní/frutos secos, soya, huevo, trigo/gluten y, finalmente, leche (**Tablas 1 y 2; Figura 2**)⁽¹⁵⁾.

¿Cuál es el papel de las dietas de eliminación guiadas por pruebas de alergia?

Afirmación 2.3

Las dietas de eliminación guiadas por pruebas de alergia no son recomendadas como tratamiento dietético de primera línea, ya que su eficacia es menor que las dietas empíricas y elementales^(5,12,20,21).

Nivel de evidencia: I.

Grado de recomendación: C.

Grado de acuerdo: 100%.

Puntos de buena práctica

En una RSL y metaanálisis⁽²¹⁾, se reportó una efectividad global del entre el 39,5% y 45,7% para la dietas de eliminación guiada por pruebas de alergia, con mejores resultados en niños que en adultos (45,7% frente a 26,4%). Se identificaron variaciones de las pruebas de alergia, tipo de alérgenos, métodos de confirmación, duración de la provocación alimentaria y criterios de éxito, lo que generó heterogeneidad⁽⁵⁾.

Una RSL⁽²⁰⁾ de 16 estudios en niños y adultos demostró que las dietas de eliminación basadas en pruebas de alergia son efectivas en el 66,7% si se combinan los resultados de la detección de IgE específica en suero (sIgE), pruebas cutáneas por punción y pruebas de parche, pero no parecen ser superiores a las empíricas⁽²⁰⁾.

¿Cuál es el papel de la dieta elemental en el tratamiento de la EoE?

Afirmación 2.4

Las fórmulas de aminoácidos son muy efectivas (>90%) en la remisión histológica; sin embargo, son de alto costo y su adherencia es baja, por lo que se consideran una segunda línea de tratamiento en casos complejos^(4,5,11,22).

Nivel de evidencia: I.

Grado de recomendación: A.

Grado de acuerdo: 100%.

Punto de buena práctica

Las fórmulas a base de aminoácidos son altamente efectivas y rápidas, e inducen remisión histológica en el 95% de niños con EoE. Se deben administrar al menos durante cuatro semanas antes de la revisión endoscópica⁽⁵⁾. Tienen la desventaja de ser costosas y por su sabor generan mala adherencia, razón por la que se consideran de segunda elección. Su uso está indicado en lactantes que no han iniciado la ingesta de sólidos, pacientes con múltiples alergias alimentarias, falla en el crecimiento y aquellos con enfermedad grave sin respuesta a dietas altamente restrictivas o a medicamentos⁽²²⁾. Se debe continuar la terapia de deglución con papillas a base de fórmulas de aminoácidos, para lograr la reintroducción de otros alimentos^(4,5,11).

¿CUÁL ES EL PAPEL DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES PARA LA INDUCCIÓN Y EL MANTENIMIENTO DE LA REMISIÓN DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA?

Afirmación 3

Los IBP son de elección en el manejo de la EoE y se han descrito como la estrategia farmacológica más costo-efectiva, con una eficacia cercana al 50% en la población pediátrica, que se mantiene a largo plazo (**Tabla 3**)⁽²³⁻³²⁾.

Nivel de evidencia: I-II.

Grado de recomendación: A.

Grado de acuerdo: 100%.

Puntos de buena práctica

Los IBP mejoran la EoE, bloqueando la eotaxina-3, la ICAM-1 y la VCAM-1. Se ha demostrado su papel en la migración de eosinófilos al mitigar la secreción de quimioquinas inducidas por IL-13 y de moléculas de adhesión, y al mejorar la función de barrera del esófago⁽²⁶⁾. Son la opción de primera línea más utilizada, de la que se han reportado respuestas histológicas entre el 23% y el 83%⁽²⁷⁾. En un estudio retrospectivo colombiano se encontró una eficacia del 47% para remisión histológica⁽²⁸⁾.

Un metaanálisis con 619 pacientes tratados con IBP (188 niños), en 33 estudios (11 prospectivos), reportó una eficacia del 50,5% para la remisión histológica, sin diferencia entre niños y adultos, con mantenimiento de la remisión hasta en el 73% con una dosis baja⁽²⁹⁾. El estudio multicéntrico europeo *EoE CONNECT* con 630 pacientes (76 niños) reportó una remisión clínico-histológica del 48,9%⁽²⁷⁾. Además, los IBP bloquean de manera irreversible la bomba de H⁺/K⁺ ATPasa, que es útil en los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) asociada. La EoE puede coexistir con la ERGE debido a que afecta el aclaramiento esofágico, por lo que el uso de los IBP puede beneficiar a los pacientes al reducir la producción de ácido⁽³⁰⁾.

Se ha observado una mayor eficacia durante la inducción en el fenotipo inflamatorio y uso de más altas dosis (2 mg/kg/día; máximo: 80 mg/día); mientras que las variantes comunes CYP2C19*17 y STAT6 se han asociado con una respuesta deficiente, por lo que se sugiere un enfoque basado en el genotipo^(24,31,32). Sobre los efectos secundarios a largo plazo, existen muchas controversias. En un ECA de 17.598 pacientes adultos que fueron seguidos durante una mediana de 3,01 años se encontró que el pantoprazol no se asocia con ningún efecto adverso, excepto de un mayor riesgo de infecciones gastrointestinales⁽²³⁾.

Tabla 3. Esquemas de inducción y mantenimiento con inhibidores de la bomba de protones: dosis recomendadas, preparados y forma de administración

Medicamento	Dosis de inducción	Dosis de mantenimiento*	Preparados	Forma de administración
Omeprazol/ Esomeprazol	1 mg/kg dosis, 2 dosis al día (máx. 40 mg /12 h)	1 mg/kg/día (máx. 40 mg/día)	Comprimidos cápsulas** 20-40 mg, sobres de 10 mg	De 15 a 20 minutos antes del desayuno o cena
Lansoprazol	0,75 mg/kg dosis, 2 dosis al día (máx. 30 mg/12 horas)	0,75 mg/kg/día (máx. 30 mg/día)	Comprimidos*** 15-30 mg	

*Dosis de mantenimiento, posteriormente disminuir a la mínima dosis eficaz. **Existe una forma de esomeprazol preparada para disolverse en agua.

***Existe una forma bucodispersable. Adaptada de: Gutiérrez Junquera C, et al. *An Pediatr*. 2020;92(6):376.e1-376.e10⁽²⁵⁾.

¿CUÁL ES EL PAPEL DE LOS ESTEROIDES TÓPICOS PARA LA INDUCCIÓN Y EL MANTENIMIENTO DE LA REMISIÓN DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA?

Afirmación 4

El uso de esteroides tópicos deglutidos es seguro, efectivo, con buena adherencia y seguridad para la inducción de la remisión y el mantenimiento, con raras complicaciones. No hay evidencia de superioridad entre la budesonida viscosa o fluticasona deglutidas. La disminución de la dosis o su dosificación en días alternos puede producir recaídas, por lo que se debe evaluar endoscópicamente. Debe evitarse la ingesta de alimentos una hora después de ingerido el esteroide tópico (Tabla 4)^(2,6,33-36).

Nivel de evidencia: I.

Grado de recomendación: A.

Grado de acuerdo: 100%.

Puntos de buena práctica

En marzo de 2024 fueron aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) los esteroides tópicos deglutidos para el manejo de la EoE. Una RSL y metaanálisis encontró una mejoría histológica en más del 63% de los pacientes en comparación con el placebo (riesgo relativo [RR]: 11,94, intervalo de confianza [IC] del 95%: 6,56-21,75, número necesario a tratar [NNT] = 3), aunque poca a ninguna mejoría endoscópica (RR: 2,60; IC 95%: 0,82-8,19). No se encontraron diferencias significativas en los eventos adversos totales (RR: 1,14; IC 95%: 0,94-1,40), ni serios (RR: 0,35; IC 95%: 0,17-0,73) comparados con el placebo⁽⁶⁾.

Al evaluar el uso de budesonida viscosa con fluticasona deglutida, no se encontraron diferencias clínicas (diferencia de medias [DM]: -0,60; IC: -3,78-2,58), histológicas (RR: 1,13; IC: 0,84-1,51); endoscópicas (DM: 0,70; IC: -0,03-1,43)⁽⁶⁾ ni eventos adversos totales (RR: 0,92; IC:

0,15-5,56). El manejo de inducción debe tener una duración mínima de 3 meses con las dosis recomendadas por edad. El mantenimiento debe realizarse con la mitad de la dosis por al menos 1 o 2 años para evitar las recaídas (Tabla 4) y reducir la dosis a la mitad al menos cada 6 a 12 meses con control endoscópico⁽²⁾. La aparición de efectos adversos a largo plazo es rara; sin embargo, es necesario tener en cuenta el uso concomitante de esteroides para otras patologías (oral, tópica, inhalatoria, nasal). En un reciente estudio sobre efectividad y seguridad de los corticoides tópicos deglutidos en niños y adultos, se demostró que a largo plazo (media: 6,5 años) fueron eficaces, con una mejor adherencia y raras complicaciones: insuficiencia suprarrenal: 1%, osteopenia: 1% y candidiasis esofágica: 4%⁽³⁵⁾.

La disminución de la dosis de esteroides tópicos puede provocar la recurrencia de la EoE; y un estudio pediátrico mostró que la dosificación en días alternos resultó en un 100% de recaída. Dada la seguridad de los esteroides tópicos a largo plazo, se podría continuar con la dosis estándar (sin reducción), ya que es más seguro y eficaz. Si se reduce la dosis, se debe repetir la endoscopia⁽³⁶⁾.

¿CUÁL ES EL PAPEL DE LOS BIOLÓGICOS PARA LA INDUCCIÓN Y EL MANTENIMIENTO DE LA REMISIÓN DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA?

Afirmación 5

El dupilumab puede ser usado como medicamento de segunda línea en pacientes con EoE refractaria al tratamiento convencional o ante la presencia de eventos adversos que limitan su uso. Los pacientes con EoE y comorbilidades atópicas (dermatitis, asma o rinosinusitis crónica), que tengan la indicación clínica para recibir el biológico por su patología comórbida de base, podrán recibirlo sin importar el grado de gravedad de su EoE. Su uso se puede

Tabla 4. Uso de esteroides tópicos para EoE: dosis recomendadas para inducción y mantenimiento, respuesta clínica y efectos adversos

Esteroides tópicos	Edad	Dosis de inducción	Mantenimiento	Efectos adversos	Respuesta
Budesonida viscosa*	<10 años	0,5 mg/dosis (2 dosis al día)	0,5 mg/dosis (1 dosis al día)	Insuficiencia suprarrenal 1% Osteopenia 1% Candidiasis esofágica 4%	64,9% en 8 ECA n = 437 frente a 13,3% con placebo
	>10 años	1 mg/dosis (2 dosis al día)	1 mg/dosis (1 dosis al día)		
Fluticasona líquida**	<10 años	400 µg/dosis (2 dosis al día)	400 µg/dosis (1 dosis al día)		
	>10 años	800 µg/dosis (2 dosis al día)	800 µg/dosis (1 dosis al día)		

*Restringir ingesta de toronja o pomelo: inhibe CYP3A. **Liberar el contenido en la base de la lengua. ECA: estudios clínicos aleatorizados. Adaptada de: Harris PR, et al. Rev Chil pediatría. 2020;91(5):809-27⁽⁹⁾; Gutiérrez Junquera C, et al. An Pediatría. 2020;92(6):376.e1-376.e10⁽²⁵⁾; McCallen JD, et al. J Clin Gastroenterol. 2025;59(8):737-743⁽³⁵⁾.

ver limitado como medicamento de primera línea por su costo, comparado con los esteroides^(24,37-42).

Nivel de evidencia: I.

Grado de recomendación: A.

Grado de acuerdo: 100%.

Puntos de buena práctica

El dupilumab es un anticuerpo monoclonal que inhibe la cadena alfa del receptor de las interleucinas 4 y 13. Está aprobado por la FDA en pacientes con EoE a partir de los 12 años y los 40 kg de peso desde el 2022, y en mayores de 1 año y 15 kg de peso desde el 2024, y ha demostrado en estudios de vida real una efectividad para alcanzar remisión histológica en más del 90%⁽³⁷⁻³⁹⁾.

Para la evaluación de la terapia con dupilumab se recomienda realizar una esofagogastroduodenoscopia con toma de biopsias 5 a 6 meses después del inicio del medicamento, al modificar la dosis o al empeorar los síntomas. Las dosis recomendadas según el peso son: 200 mg cada dos semanas para niños entre 15 y 30 kg; 300 mg cada dos semanas entre 30 y 40 kg; y 300 mg semanales para mayores de 40 kg⁽⁴¹⁾. Los efectos secundarios se han descrito en el 2% de los pacientes: reacciones en el lugar de la inyección, infecciones del tracto respiratorio superior, artralgia y cefalea^(40,41).

La mayoría de los pacientes con dupilumab alcanzan mejoría clínica e histológica significativa 12-24 semanas después del inicio del tratamiento a dosis estándar (según el peso). Actualmente, no se dispone de datos que respalden la reducción de la dosis o la interrupción del tratamiento después de este período. Se recomienda mantener la dosis para lograr y mantener la remisión de la enfermedad⁽⁴²⁾. Los esteroides tópicos pueden suspenderse gradualmente una vez que el dupilumab logre la remisión histológica y los IBP pueden mantenerse si hay evidencia de ERGE concomitante. En cuanto a la dieta de eliminación, debe ser individualizada. Aunque no se han establecido interacciones farmacológicas significativas entre el dupilumab y estas terapias, la decisión de continuar o suspender tratamientos concomitantes debe individualizarse⁽⁴²⁾.

¿CÓMO DEBE SER EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON EOE?

Afirmación 6

El seguimiento clínico debe realizarse de forma periódica con el cuestionario PEESv2. Se recomienda que los cambios de tratamiento sean evaluados endoscópicamente después de 8-12 semanas para dietas de eliminación, esteroides tópicos o IBP y no menos de 4 semanas para dietas elementales exclusivas. En caso de recaída o no respuesta, la reevaluación endoscópica e histológica es necesaria durante el mantenimiento y su realización debe individualizarse.

lizarse. Se deberá definir la remisión clínica, endoscópica e histológica. En pacientes asintomáticos, se debe considerar la reevaluación endoscópica en 1-3 años después de la remisión sostenida por el riesgo de evolución fibrótica^(4,7,43-45).

Nivel de evidencia: III.

Grado de recomendación: B.

Grado de acuerdo: 100%.

Puntos de buena práctica

El PEESv2 es una herramienta validada para evaluar los síntomas durante la terapia de mantenimiento. La evaluación de la remisión clínica debe realizarse de forma regular en el seguimiento⁽⁴³⁾, dado que existe correlación entre los síntomas reportados y el conteo de eosinófilos en el esófago distal ($p < 0,05$)⁽⁴⁴⁾. Se ha evaluado la realización de la pH/impedanciometría de 24 horas como un método diagnóstico de ERGE o la no respuesta a los IBP en relación con las alteraciones de la impedancia basal nocturna y su asociación con el conteo de eosinófilos en biopsias. Se requieren estudios adicionales^(7,45).

La adherencia al tratamiento es un elemento clave en el seguimiento de estos pacientes, pues enfrentan múltiples barreras que van más allá de los aspectos clínicos. En primer lugar, es valioso considerar la presencia de efectos adversos que pueden desincentivar la adherencia (**Tabla 5**) y, en segundo lugar, se deben evaluar otros factores como barreras de acceso para el cumplimiento de las recomendaciones. En un estudio reciente se identificó que las opciones alimentarias limitadas, la inseguridad alimentaria y la dificultad para mantener las dietas fuera del hogar representan obstáculos significativos para las familias que implementan dietas de eliminación⁽⁴⁶⁾. De manera complementaria, un estudio anterior demostró que el costo de adquirir alimentos que cumplen los requisitos dietéticos constituye una de las principales fuentes de estrés para los cuidadores, junto con la necesidad de preparar comidas especiales⁽⁴⁷⁾. Estos hallazgos confirman que la adherencia depende no solo del compromiso del paciente, sino también del apoyo familiar y de la disponibilidad y accesibilidad económica de los alimentos, lo cual debe considerarse al diseñar estrategias terapéuticas sostenibles.

¿CUÁLES SON LOS PREDICTORES DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO Y LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA REMODELACIÓN O ESTENOSIS DEL TEJIDO ESOFÁGICO EN PACIENTES CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA?

Afirmación 7

La demora en el diagnóstico de la EoE es el factor de riesgo más importante para la formación de estenosis esofágica. El inicio de un manejo temprano en el curso de la enfermedad puede prevenir la remodelación del tejido esofágico o estenosis⁽⁴⁹⁻⁵²⁾.

Tabla 5. Efectos adversos más frecuentes de los tratamientos farmacológicos en esofagitis eosinofílica

Tratamiento	Efectos adversos comunes	Comentarios clínicos	Referencias
Inhibidores de bomba de protones	Riesgo de infecciones gastrointestinales y respiratorias	Generalmente bien tolerados; en uso prolongado se asocia a hipomagnesemia y déficit de vitamina B ₁₂	4,6,7,23,27,31,32
Esteroides tópicos (budesonida viscosa, fluticasona líquida)	Insuficiencia suprarrenal 1%, osteopenia 1%, candidiasis esofágica 4%	Riesgo bajo de efectos sistémicos; casos aislados de insuficiencia suprarrenal y alteraciones óseas con uso prolongado	2,4,6,7,33-35
Esteroides sistémicos (prednisona, prednisolona)	Aumento de peso, hipertensión, hiperglucemia, osteoporosis, supresión suprarrenal	No recomendados como terapia crónica; reservados para casos graves y refractarios	4,6,7,48
Biológicos (dupilumab)	Reacciones en el sitio de inyección, cefalea, conjuntivitis, artralgia	Perfil de seguridad favorable en ensayos clínicos; se requieren más datos en el uso pediátrico prolongado	37,38,40

Adaptada de: Chan J, Flynn DM, Gordon M, Parmar R, Moolenschot K, Jackman L, et al. Swallowed topical steroid therapy for eosinophilic oesophagitis in children: practical, evidence-based guidance by the BSPGHAN Eosinophilic Oesophagitis Working Group. *BMJ Paediatr Open*. 2024;8(1):e002467-e002467⁽²⁾; Amil-Dias J, et al. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2024;79(2):394-437⁽⁴⁾; Franciosi JP, et al. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;2023(7):CD004065⁽⁶⁾; Dhar A, et al. *Gut*. 2022;71(8):1459-87⁽⁷⁾; Shah SC, et al. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2019;17(11):2185-2198. e3⁽²³⁾; Laserna-Mendieta EJ, et al. *Aliment Pharmacol Ther*. 2020;52(5):798-807⁽²⁷⁾; Mougey EB, et al. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2019;69(5):581-7⁽³¹⁾; Chevalier R, et al. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. 2023;19(2):53-6⁽³²⁾; Bose P, et al. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2020;70(3):324-9⁽³³⁾; Philpott H, et al. *Aliment Pharmacol Ther*. 2018;47(8):1071-8⁽³⁴⁾; McCallen JD, et al. *J Clin Gastroenterol*. 2025;59(8):737-743⁽³⁵⁾; Russin M, et al. *Am J Gastroenterol*. 2025;120(3):663-666⁽³⁷⁾; Chehade M, et al. *N Engl J Med*. 2024;390(24):2239-51⁽³⁸⁾; Aceves SS, et al. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2023;130(3):371-8⁽⁴⁰⁾; Al-Hussaini A. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2016;63(5):474-80⁽⁴⁸⁾.

Nivel de evidencia: II-2.

Grado de recomendación: B.

Grado de acuerdo: 100%.

Puntos de buena práctica

La prevalencia de estenosis y su aparición en el tiempo fue demostrada en el seguimiento de pacientes con EoE, y es proporcional entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico: de 0-2 años: 17,2%; >2 a 5 años: 30,8%; >5 a 8 años: 38,9%; >8 a 11 años: 37,9%; >11 a 14 años: 41,7%; >14 a 17 años: 64,3%; >17 a 20 años: 66,7%, y >20 años: 70,8% ($p < 0,001$), lo que determinó que la demora diagnóstica es un factor de riesgo para estenosis: *odds ratio* (OR): 1,08 por año (IC 95%: 1,04-1,12; $p < 0,001$)⁽⁴⁹⁾. Los pacientes con demora en el diagnóstico e inicio tardío del tratamiento presentaban más frecuentemente disfagia e impactación⁽⁵⁰⁾. Una pobre respuesta a esteroides tópicos se encuentra con mayor frecuencia en pacientes con estenosis (28% frente a 12%, $p = 0,005$) o necesidad de dilatación (37% frente a 19%, $p = 0,006$)⁽⁵¹⁾.

¿EN QUÉ PACIENTES SE INDICA LA DILATACIÓN ESOFÁGICA SECUNDARIA A EOE Y CÓMO DEBE REALIZARSE?

Afirmación 8

La dilatación endoscópica se debe considerar en casos de pacientes con estenosis moderadas o graves que persisten

con disfagia a pesar de un tratamiento adecuado con IBP, esteroides tópicos, dieta de exclusión o dupilumab. Se recomienda un curso de corticoides sistémicos por cuatro semanas, en caso de estenosis y disfagia grave aguda o impactación alimentaria que requieran una mejoría sintomática rápida y en los que no se pueda garantizar un aporte nutricional adecuado. Tanto la dilatación con balones hidrostáticos como con bujías de Savary-Gilliard son efectivas y seguras en pediatría, con bajas tasas de complicaciones. Se deben considerar en pacientes que no respondan a corticoides sistémicos o con estenosis graves a la presentación, combinada con el uso de corticoides. El método de dilatación deberá escogerse de acuerdo con la experiencia del endoscopista^(4,7,48-51,53-59).

Nivel de evidencia: II.

Grado de recomendación: B.

Grado de acuerdo: 100%.

Puntos de buena práctica

Las estenosis se pueden clasificar en 3 grados de gravedad: leve si permiten el paso del endoscopio estándar de 9 mm, moderada si permiten el paso del endoscopio pediátrico de 6 mm y grave si no permiten el paso del endoscopio pediátrico de 6 mm⁽⁴⁾. En un estudio en el que se incluyeron veinte pacientes (edad: 10,6 ± 4,2 años), 16 con estenosis moderadas y cuatro graves, 18 pacientes recibieron esteroides sistémicos orales (prednisona 1-2 mg/kg/día en una o dos dosis/día) durante 4 semanas, y dos recibieron ini-

cialmente esteroides intravenosos (metilprednisolona). 17 (85%) recibieron IBP y 9 (45%) iniciaron dietas de eliminación. Todos los pacientes mostraron una mejoría clínica y 15/20 se volvieron asintomáticos. Se encontró resolución de la estenosis en la endoscopia en 19/20 y resolución histológica en 13/20. Se detectaron efectos secundarios menores: hiperfagia (10/20), aumento de peso (5/20), hiperactividad (2/20) y acné (1/20). Finalmente, se requirió dilatación esofágica en 3/20 durante el seguimiento de 48,5 meses⁽⁵⁴⁾. Las estenosis inflamatorias leves pueden resolverse con el tratamiento estándar con IBP, restricción dietética o esteroide tópico⁽⁵⁵⁾. La dilatación no controla la inflamación, por lo que se requiere asociar las terapias de inducción y mantenimiento estándar⁽⁴⁾, como los esteroides tópicos, que demuestran mayor efectividad^(7,48-56).

Un metaanálisis con 1890 dilataciones realizadas en niños y adultos reportó una frecuencia de perforación muy baja, del 0,38%, lo que demostró que la dilatación es segura y efectiva, sin diferencias, entre las bujías de Savary y los balones de dilatación⁽⁵⁷⁾. Los balones hidrostáticos permiten la inspección visual durante y después de la dilatación, pero su principal limitación es las estenosis múltiples y largas, las cuales pueden dilatarse más fácil con las bujías de Savary-Gilliard. Ambos métodos deben iniciar con un diámetro de dilatación pequeño e incrementarse de forma progresiva, con incrementos de 1 mm (no más de 3 mm por sesión), hasta que se alcance la resolución de los síntomas^(4,58). Se sugiere como meta de dilatación un punto de corte satisfactorio, teniendo en cuenta el diámetro esofágico de acuerdo con la edad del paciente: en <9 meses de 8 mm; 9 a 23 meses: 10 mm; 24 meses a 5 años: 12 mm y >6 años: 14 mm^(7,53). La aplicación de esteroides intralesionales, como la triamcinolona, puede ser benéfica y ha demostrado tener un potencial al aumentar el diámetro alcanzado, pero no parece afectar el cantidad de dilataciones⁽⁵⁹⁾. Otra alternativa es el EsoFLIP, método que ha demostrado ser más rápido que la dilatación con balón con menor requerimiento de fluoroscopia⁽⁶⁰⁾. Existen recomendaciones de normas de dilatación publicadas por expertos internacionales^(53,61).

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA

¿Cómo evaluar la calidad de vida de los pacientes con esofagitis eosinofílica?

Afirmación 9

La escala PedsQL (Pediatric Eosinophilic Esophagitis Quality of Life Module) con el módulo para EoE es una herramienta adecuada para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en diferentes edades

junto con sus padres y tiene una adaptación transcultural al español. Esta evaluación proporciona un enfoque integral del impacto físico, emocional, social y evalúa los resultados de un tratamiento personalizado más efectivo⁽⁶²⁻⁶⁵⁾.

Nivel de evidencia: II-2.

Grado de recomendación: B.

Grado de acuerdo: 100%.

Puntos de buena práctica

En pacientes pediátricos, la escala PedsQL fue traducida, adaptada transculturalmente y validada al español en España⁽⁶³⁾. Ha demostrado alta fiabilidad y validez en múltiples estudios⁽⁶⁴⁾. Permite monitorizar el impacto de las terapias, y evidencia que las dietas de eliminación más restrictivas se asocian a peores puntajes de calidad de vida ($p < 0,001$)⁽⁶⁵⁾.

RECOMENDACIONES PARA LA TRANSICIÓN AL MANEJO DEL ADULTO

¿Cómo debería abordarse la transición del cuidado en pacientes pediátricos con esofagitis eosinofílica?

Afirmación 10

Se debe realizar una transición individualizada con el paciente y los padres, en conjunto con un equipo multidisciplinario: gastroenterólogos pediatras y de adultos, nutricionistas, enfermeras y psicólogos, para garantizar la preparación del paciente adolescente y su familia, a una transferencia adecuada. Se sugiere contar con un profesional coordinador de transición^(4,66-68).

Nivel de evidencia: II-2.

Grado de recomendación: B.

Grado de acuerdo: 100%.

Puntos de buena práctica

Se recomienda que este proceso esté liderado por un coordinador de transición⁽⁴⁾. Existen cuestionarios como el STARx (Self-Management and Transition to Adulthood with Rx), que permite evaluar los conocimientos sobre la enfermedad y ver si el paciente está listo para una transición exitosa. El cuestionario tiene 18 preguntas en escala de 5 puntos, y evalúa 6 dominios, de 0 a 90. Un resultado alto indica que está listo para la transición⁽⁶⁶⁾; se encuentra traducido al español, pero no cuenta con una validación cultural en el contexto colombiano⁽⁶⁷⁾. Los estudios demuestran que 78% de los pacientes y 76% de los familiares no tenían conocimiento del proceso de transición y tenían bajos niveles de preparación utilizando el cuestionario STARx⁽⁶⁶⁾. Existen barreras para la transición: resistencia y disminución de la adherencia del adolescente a los tratamientos,

por lo que es necesario un mayor compromiso de los padres; poco entrenamiento y experiencia de los médicos en cuidado transicional; y deficiencias del sistema de salud, con pocos equipos multidisciplinarios, y las aseguradoras

no cubren este proceso. Se debe garantizar la participación multidisciplinaria en este proceso de transición y continuar con la publicación de guías nacionales e internacionales⁽⁶⁸⁾.

REFERENCIAS

1. Hirano I. How to Approach a Patient With Eosinophilic Esophagitis. *Gastroenterology*. 2018;155(3):601-6. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.08.001>
2. Chan J, Flynn DM, Gordon M, Parmar R, Moolenschot K, Jackman L, et al. Swallowed topical steroid therapy for eosinophilic oesophagitis in children: practical, evidence-based guidance by the BSPGHAN Eosinophilic Oesophagitis Working Group. *BMJ Paediatr Open*. 2024;8(1):e002467-e002467. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2023-002467>
3. de Bortoli N, Visaggi P, Penagini R, Annibale B, Baiano Svizzero F, Barbara G, et al. The 1st EoETALY Consensus on the Diagnosis and Management of Eosinophilic Esophagitis - Definition, Clinical Presentation and Diagnosis. *Dig Liver Dis*. 2024;56(6):951-63. <https://doi.org/10.1016/j.dld.2024.02.005>
4. Amil-Dias J, Oliva S, Papadopoulou A, Thomson M, Gutiérrez-Junquera C, Kalach N, et al. Diagnosis and management of eosinophilic esophagitis in children: An update from the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN). *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2024;79(2):394-437. <https://doi.org/10.1002/jpn3.12188>
5. Arias Á, Tejera-Muñoz A, Gutiérrez-Ramírez L, Molina-Infante J, Lucendo AJ. Efficacy of Dietary Therapy for Eosinophilic Esophagitis in Children and Adults: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 2024;16(14):2231. <https://doi.org/10.3390/nu16142231>
6. Franciosi JP, Gordon M, Sinopoulou V, Dellon ES, Gupta SK, Reed CC, et al. Medical treatment of eosinophilic esophagitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;2023(7):CD004065. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004065.pub4>
7. Dhar A, Haboubi HN, Attwood SE, Auth MKH, Dunn JM, Sweis R, et al. British Society of Gastroenterology (BSG) and British Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (BSPGHAN) joint consensus guidelines on the diagnosis and management of eosinophilic oesophagitis in children and adults. *Gut*. 2022;71(8):1459-87. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2022-327326>
8. Harris RP, Helfand M, Woolf SH, Lohr KN, Mulrow CD, Teutsch SM, et al. Current methods of the U.S. preventive services task force: A review of the process. *Am J Prev Med*. 2001;20(3 Suppl):21-35. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(01\)00261-6](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(01)00261-6)
9. Harris PR, Calderón-Guerrero OG, Vera-Chamorro JF, Lucero Y, Vásquez M, Kazuo Ogata S, et al. Adaptación a la realidad de Latinoamérica de la Guía Clínica NASPGHAN/ESPGHAN 2016 sobre Diagnóstico, Prevención y Tratamiento de Infección por *Helicobacter pylori* en Pediatría. *Rev Chil pediatría*. 2020;91(5):809-27. <https://doi.org/10.32641/rchped.v91i5.2579>
10. Kliever KL, Abonia JP, Aceves SS, Atkins D, Bonis PA, Capocelli KE, et al. One-food versus 4-food elimination diet for pediatric eosinophilic esophagitis: A multisite randomized trial. *J Allergy Clin Immunol*. 2025;155(2):520-532. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2024.08.023>
11. Chahuan J, Lucendo AJ. Dietary Treatment for Children and Adults with Eosinophilic Esophagitis: Which Patient and Which Doctor Is It Suitable for? *Inflamm Intest Dis*. 2024;9(1):184-98. <https://doi.org/10.1159/000540228>
12. Lim AHW, Ngoi B, Perkins GB, Wong S, Whitelock G, Hurtado P, et al. Outcomes of Serum Food-Specific Immunoglobulin G 4 to Guide Elimination Diet in Patients With Eosinophilic Esophagitis. *Am J Gastroenterol*. 2024;119(6):1066-73. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000002678>
13. Visaggi P, Ghisa M, Barberio B, Maniero D, Greco E, Savarino V, et al. Treatment Trends for Eosinophilic Esophagitis and the Other Eosinophilic Gastrointestinal Diseases: Systematic Review of Clinical Trials. *Dig Liver Dis*. 2023;55(2):208-22. <https://doi.org/10.1016/j.dld.2022.05.004>
14. Visaggi P, Baiano Svizzero F, Savarino E. Food elimination diets in eosinophilic esophagitis: Practical tips in current management and future directions. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2023;62-63:101825. <https://doi.org/10.1016/j.bpg.2023.101825>
15. Chang JW, Kliever K, Haller E, Lynett A, Doerfler B, Katzka DA, et al. Development of a Practical Guide to Implement and Monitor Diet Therapy for Eosinophilic Esophagitis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2023;21(7):1690-8. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2023.03.006>
16. Jacobse J, Brown R, Revetta F, Vaezi M, Buendia MA, Williams CS, et al. A synthesis and subgroup analysis of the eosinophilic esophagitis tissue transcriptome. *J Allergy Clin Immunol*. 2024;153(3):759-71. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2023.10.002>
17. Votto M, De Filippo M, Lenti MV, Rossi CM, Di Sabatino A, Marseglia GL, et al. Diet Therapy in Eosinophilic Esophagitis. Focus on a Personalized Approach. *Front*

- Pediatr. 2022;9:820192.
<https://doi.org/10.3389/fped.2021.820192>
18. Kliewer KL, Gonsalves N, Dellon ES, Katzka DA, Abonia JP, Aceves SS, et al. One-food versus six-food elimination diet therapy for the treatment of eosinophilic oesophagitis: a multicentre, randomised, open-label trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2023;8(5):408-21.
[https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(23\)00012-2](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(23)00012-2)
 19. Wechsler JB, Schwartz S, Arva NC, Kim KYA, Chen L, Makhija M, et al. A Single-Food Milk Elimination Diet Is Effective for Treatment of Eosinophilic Esophagitis in Children. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2022;20(8):1748-1756.e11.
<https://doi.org/10.1016/j.cgh.2021.03.049>
 20. Pitsios C, Vassilopoulou E, Pantavou K, Terreehorst I, Nowak-Wegzyn A, Cianferoni A, et al. Allergy-Test-Based Elimination Diets for the Treatment of Eosinophilic Esophagitis: A Systematic Review of Their Efficacy. *J Clin Med.* 2022;11(19):5631.
<https://doi.org/10.3390/jcm11195631>
 21. Mayerhofer C, Kavallar AM, Aldrian D, Lindner AK, Müller T, Vogel GF. Efficacy of Elimination Diets in Eosinophilic Esophagitis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2023;21(9):2197-2210.e3.
<https://doi.org/10.1016/j.cgh.2023.01.019>
 22. Munoz-Persy M, Lucendo AJ. Treatment of eosinophilic esophagitis in the pediatric patient: an evidence-based approach. *Eur J Pediatr* 2018 1775. 2018;177(5):649-63.
<https://doi.org/10.1007/s00431-018-3129-7>
 23. Shah SC, Tepler A, Peek RM, Colombel JF, Hirano I, Narula N. Association Between *Helicobacter pylori* Exposure and Decreased Odds of Eosinophilic Esophagitis-A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2019;17(11):2185-2198.e3.
<https://doi.org/10.1016/j.cgh.2019.01.013>
 24. Hiramoto B, Muftah M, Flanagan R, Shah ED, Chan WW. Cost-Effectiveness Analysis of Current Treatment Options for Eosinophilic Esophagitis. *Am J Gastroenterol.* 2025;120(1):161-172.
<https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000003104>
 25. Gutiérrez Junquera C, Fernández Fernández S, Domínguez-Ortega G, Vila Miravet V, García Puig R, García Romero R, et al. Recomendaciones para el diagnóstico y manejo práctico de la esofagitis eosinofílica pediátrica. *An Pediatr.* 2020;92(6):376.e1-376.e10.
<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.04.007>
 26. Gautam R, Lal M, Carroll MC, Mrozek Z, Trachsel T, Beers J, et al. Proton pump inhibitors modulate esophageal epithelial barrier function and crosstalk with eosinophils. *bioRxiv [Preprint].* 2024:2024.08.22.609219.
<https://doi.org/10.1101/2024.08.22.609219>
 27. Laserna-Mendieta EJ, Casabona S, Guagnozzi D, Savarino E, Perelló A, Guardiola-Arévalo A, et al. Efficacy of proton pump inhibitor therapy for eosinophilic oesophagitis in 630 patients: results from the EoE connect registry. *Aliment Pharmacol Ther.* 2020;52(5):798-807.
<https://doi.org/10.1111/apt.15957>
 28. Rodríguez López AE. Análisis de respuesta a tratamiento con inhibidores de bomba de protones en pacientes pediátricos con esofagitis eosinofílica en Bogotá, Colombia. Universidad de Los Andes; 2023.
 29. Lucendo AJ, Arias Á, Molina-Infante J. Efficacy of Proton Pump Inhibitor Drugs for Inducing Clinical and Histologic Remission in Patients With Symptomatic Esophageal Eosinophilia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2016;14(1):13-22.e1.
<https://doi.org/10.1016/j.cgh.2015.07.041>
 30. Schoepfer AM, Safroneeva E. Pharmacologic Treatment of Eosinophilic Esophagitis: Efficacious, Likely Efficacious, and Failed Drugs. *Inflamm Intest Dis.* 2024;9(1):199-209.
<https://doi.org/10.1159/000540275>
 31. Mougey EB, Williams A, Kunz Coyne AJ, Gutiérrez-Junquera C, Fernández-Fernández S, Cilleruelo ML, et al. CYP2C19 and STAT6 Variants Influence the Outcome of Proton Pump Inhibitor Therapy in Pediatric Eosinophilic Esophagitis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2019;69(5):581-7.
<https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002480>
 32. Chevalier R, Attard T, Van Driest SL, Shakhnovich V. A fresh look at proton pump inhibitor (PPI)-associated adverse events through a CYP2C19 pharmacogenetic lens. *Expert Opin Drug Metab Toxicol.* 2023;19(2):53-6.
<https://doi.org/10.1080/17425255.2023.2190883>
 33. Bose P, Kumar S, Nebesio TD, Li C, Hon EC, Atkins D, et al. Adrenal Insufficiency in Children With Eosinophilic Esophagitis Treated With Topical Corticosteroids. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2020;70(3):324-9.
<https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002537>
 34. Philpott H, Dougherty MK, Reed CC, Caldwell M, Kirk D, Torpy DJ, et al. Systematic review: adrenal insufficiency secondary to swallowed topical corticosteroids in eosinophilic oesophagitis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2018;47(8):1071-8.
<https://doi.org/10.1111/apt.14573>
 35. McCallen JD, Dave M, LaFata SS, Cameron BA, Xue AZ, Kiran A, et al. Topical Steroids Are Effective and Safe in Patients With Eosinophilic Esophagitis Over a Median of 6.5 Years of Chronic Use. *J Clin Gastroenterol.* 2025;59(8):737-743.
<https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000002081>
 36. Rubinstein E, Hait EE, Mitchell PD, Lee JJ. Every-other-day Dosing of Oral Viscous Budesonide Is not Effective in the Management of Eosinophilic Esophagitis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2018;66(3):395-7.
<https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001718>
 37. Russin M, Chen J, Rubenstein JH, Chang JW. Real-World Effectiveness and Use of Dupilumab in Eosinophilic Esophagitis. *Am J Gastroenterol.* 2025;120(3):663-666.
<https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000003087>
 38. Chehade M, Dellon ES, Spergel JM, Collins MH, Rothenberg ME, Pesek RD, et al. Dupilumab for Eosinophilic Esophagitis in Patients 1 to 11 Years of Age. *N*

- Engl J Med. 2024;390(24):2239-51.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa2312282>
39. Sanofi. Press Release: Dupixent® FDA approved as first and only treatment indicated for children aged 1 year and older with eosinophilic esophagitis (EoE) [Internet]. Sanofi; 2024 [consultado el 12 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.sanofi.com/en/media-room/press-releases/2024/2024-01-25-19-30-00-2817342>
 40. Aceves SS, Dellon ES, Greenhawt M, Hirano I, Liacouras CA, Spergel JM. Clinical guidance for the use of dupilumab in eosinophilic esophagitis: A yardstick. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2023;130(3):371-8.
<https://doi.org/10.1016/j.anai.2022.12.014>
 41. Sanofi. How DUPIXENT® (dupilumab) is Taken: EoE Dosing [Internet]. Sanofi; 2024 [consultado el 12 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.dupixent.com/eoe/about-dupixent/how-dupixent-is-taken>
 42. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos en el Ámbito Hospitalario de Euskadi, Comunidad Autónoma de Andalucía, Programa de Armonización Farmacoterapéutica del Servicio Catalán de la Salud. Informe de Posicionamiento Terapéutico de dupilumab en asma grave no controlada [Internet]. AEMPS; 2022 [consultado el 15 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/2022/IPT_04-2022-dupilumab.pdf
 43. Kuhn BR, Chittoor G, Johns A, Berger A, Justice AE. Patient reported data integration for management of Eosinophilic Esophagitis. *Dis Esophagus.* 2022;35(10):doac012.
<https://doi.org/10.1093/dote/doac012>
 44. Aceves SS, King E, Collins MH, Yang GY, Capocelli KE, Abonia JP, et al. Alignment of parent- and child-reported outcomes and histology in eosinophilic esophagitis across multiple CEGIR sites. *J Allergy Clin Immunol.* 2018;142(1):130-138.e1.
<https://doi.org/10.1016/j.jaci.2018.05.014>
 45. Ilia S, Monica V, Daniel S. Mean nocturnal baseline impedance and endoscopic mucosal impedance measurements in patients with eosinophilic esophagitis: a new tool for follow up and management? *Updates Surg.* 2023;75(2):389-93.
<https://doi.org/10.1007/s13304-022-01331-4>
 46. Primo J, Tankosich G, Critelli K, Sinclair E. Barriers to treatment adherence in pediatric eosinophilic esophagitis. *JPGN Reports.* 2025;6(3):241-247.
<https://doi.org/10.1002/jpr3.70031>
 47. Case C, Furuta GT, Atkins D, Pan Z, Robinson J. Diet and stress in pediatric eosinophilic esophagitis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017;65(3):281-284.
<https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001481>
 48. Al-Hussaini A. Savary Dilation Is Safe and Effective Treatment for Esophageal Narrowing Related to Pediatric Eosinophilic Esophagitis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2016;63(5):474-80.
<https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001247>
 49. Schoepfer AM, Safroneeva E, Bussmann C, Kuchen T, Portmann S, Simon HU, et al. Delay in diagnosis of eosinophilic esophagitis increases risk for stricture formation in a time-dependent manner. *Gastroenterology.* 2013;145(6):1230-1236.e2.
<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2013.08.015>
 50. Singla MB, Chehade M, Brizuela D, Maydonovitch CL, Chen YJ, Riffle ME, et al. Early Comparison of Inflammatory vs. Fibrostenotic Phenotype in Eosinophilic Esophagitis in a Multicenter Longitudinal Study. *Clin Transl Gastroenterol.* 2015;6(12):e132.
<https://doi.org/10.1038/ctg.2015.62>
 51. Wolf WA, Cotton CC, Green DJ, Hughes JT, Woosley JT, Shaheen NJ, et al. Predictors of Response to Steroid Therapy for Eosinophilic Esophagitis and Treatment of Steroid-Refractory Patients. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2014;13(3):452-8.
<https://doi.org/10.1016/j.cgh.2014.07.034>
 52. Wang L, Mara KC, Ravi K, Wu TT, Smyrk TC, Katzka DA, et al. Predictors of histologic response to dietary therapy in eosinophilic oesophagitis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2022;56(10):1444-52.
<https://doi.org/10.1111/apt.17221>
 53. Shahein AR, Krasaelap A, Ng K, Bitton S, Khan M, Manfredi MA, et al. Esophageal Dilation in Children: A State of the Art Review. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2023;76(1):1-8.
<https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000003614>
 54. Hoofien A, Rea F, Espinheira M do C, Amil Dias J, Romano C, Oliva S, et al. Systemic steroids have a role in treating esophageal strictures in pediatric eosinophilic esophagitis. *Dig Liver Dis.* 2021;53(3):324-8.
<https://doi.org/10.1016/j.dld.2020.11.025>
 55. Kavitt RT, Ates F, Slaughter JC, Higginbotham T, Shepherd BD, Sumner EL, et al. Randomized controlled trial comparing esophageal dilation to no dilation among adults with esophageal eosinophilia and dysphagia. *Dis esophagus Off J Int Soc Dis Esophagus.* 2016;29(8):983-91.
<https://doi.org/10.1111/dote.12398>
 56. Dellon ES, Kim HP, Sperry SLW, Rybnicek DA, Woosley JT, Shaheen NJ. A phenotypic analysis shows that eosinophilic esophagitis is a progressive fibrostenotic disease. *Gastrointest Endosc.* 2014;79(4):577-85.e4.
<https://doi.org/10.1016/j.gie.2013.10.027>
 57. Moawad FJ, Molina-Infante J, Lucendo AJ, Cantrell SE, Tmanova L, Douglas KM. Systematic review with meta-analysis: endoscopic dilation is highly effective and safe in children and adults with eosinophilic oesophagitis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2017;46(2):96-105.
<https://doi.org/10.1111/apt.14123>
 58. Lipka S, Kumar A, Richter JE. Successful Esophageal Dilation of Eosinophilic Esophagitis (EoE) Patients With a Previous Postdilation Complication: Start Low and Go

- Slow. *J Clin Gastroenterol*. 2018;52(9):773-7.
<https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000000873>
59. Eluri S, Tappata M, Huang KZ, Koutlas NT, Robey BS, Fan C, et al. Distal esophagus is the most commonly involved site for strictures in patients with eosinophilic esophagitis. *Dis esophagus Off J Int Soc Dis Esophagus*. 2020;33(2):doz088.
<https://doi.org/10.1093/dote/doz088>
 60. Hoskins B, Almazan E, Hohl B, Ng K. Esophageal dilation with EsoFLIP is faster than CRE balloon dilation combined with EndoFLIP in children. *Surg Endosc*. 2023;37(8):6308-14.
<https://doi.org/10.1007/s00464-023-10129-3>
 61. Richter JE. Esophageal dilation for eosinophilic esophagitis: it's safe! Why aren't we doing more dilations? *Gastrointest Endosc*. 2017;86(4):S92-4.
<https://doi.org/10.1016/j.gie.2017.05.019>
 62. van Klink ML, Bredenoord AJ. Health-Related Quality of Life in Patients with Eosinophilic Esophagitis. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2024;44(2):265-80.
<https://doi.org/10.1016/j.iac.2023.12.011>
 63. Garcia-Martinez de Bartolomé R, Barrio-Torres J, Cilleruelo-Pascual ML, Rodríguez-Soler JJ, Gil-de Miguel Á, Sebastián-Viana T. Psychometric evaluation of the Spanish version of the Pediatric Quality of Life Eosinophilic Esophagitis Questionnaire (Peds QL-EoE Module TM). *Health Qual Life Outcomes*. 2023;21(1):133.
<https://doi.org/10.1186/s12955-023-02211-0>
 64. Franciosi JP, Hommel KA, Bendo CB, King EC, Collins MH, Eby MD, et al. PedsQL eosinophilic esophagitis module: feasibility, reliability, and validity. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2013;57(1):57-66.
<https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e31828f1fd2>
 65. Jensen ET, Chaiboonma K, Ayala O, Proia A, Aceves SS. Sleep, Anxiety, Somatization, Quality of Life, and Resilience in Pediatric Patients With Eosinophilic Esophagitis. *Clin Transl Gastroenterol*. 2024;15(3):e00672-e00672.
<https://doi.org/10.14309/ctg.0000000000000672>
 66. Eluri S, Book WM, Kodroff E, Strobel MJ, Gebhart JH, Jones PD, et al. Lack of Knowledge and Low Readiness for Healthcare Transition in Eosinophilic Esophagitis and Eosinophilic Gastroenteritis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2017;65(1):53-57.
<https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001415>
 67. UNC School of Medicine. Translations of the STARx Questionnaire [Internet]. UNC [consultado el 4 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.med.unc.edu/transition/transition-tools/trxansition-scale/versions-of-the-starx-questionnaire/>
 68. Dellon ES, Jones PD, Martin NB, Kelly M, Kim SC, Freeman KL, et al. Health-care transition from pediatric to adult-focused gastroenterology in patients with eosinophilic esophagitis. *Dis esophagus Off J Int Soc Dis Esophagus*. 2013;26(1):7-13.
<https://doi.org/10.1111/j.1442-2050.2011.01315.x>