

Eosinofilia severa. A propósito de un caso

León-Rayas Y, Rodríguez-Jorge BL, García-Sánchez D, Santa Cruz-Lleonard ME, Aguilar - Lezcano L, Días- Morejón L
Hospital Pediátrico Universitario Provincial.” Paquito González Cueto”, Cienfuegos, Cuba.
Email: vdtec@hosped.cfg.sld.cu

RESUMEN

La eosinofilia es el aumento del número total de eosinófilos, según el mecanismo fisiopatológico puede clasificarse en primaria, secundaria e idiopática, y la etiología puede estar relacionada con enfermedades alérgicas, consumo de fármacos específicos, además puede obedecer a etiología neoplásica y causas infecciosas, dentro de las que se destacan con un mayor porcentaje de frecuencia las parasitosis por helmintos, las cuales no son tan frecuentes en nuestro medio. Paciente de 3 años, femenina, procedencia rural, antecedentes aparentes de salud, que acude a su médico por dolor abdominal recurrente, inapetencia, se recoge el antecedente de ingestión de elementos como tierra, piedra, al examen físicohepatomegalia de aproximadamente 2 cm por debajo del reborde costal y palidez cutáneo-mucosa; los hallazgos más representativos de laboratorio: hemoglobina 102 g/L, conteo global de leucocitos $22 \times 10^9/L$, eosinófilos 0.79 %, conteo absoluto de eosinófilos 4 500 células por mm^3 , se realizó laparoscopia que informó lesiones compatibles con *Larva migrans visceral*, se impuso tratamiento, seguimiento por 21 días evolucionando satisfactoriamente. La eosinofilia severa no es una entidad frecuente en nuestro medio por lo que se debe realizar el diagnóstico correcto pensando en todas las posibilidades etiológicas, en este caso secundario a una *Larva migrans visceral* que evolucionó favorablemente con tratamiento.

Palabra clave: eosinofilia, larva ,igrams. eosinófilos

INTRODUCCIÓN

Los eosinófilos son granulocitos diferenciados, producidos en la médula ósea, que pueden ser identificados fácilmente gracias a su afinidad a la eosina. La proporción de eosinófilos en sangre periférica no es constante y guarda relación con la edad, el sexo y el ritmo circadiano. La eosinofilia es una alteración analítica que puede tener gran variedad de etiologías y se traduce por la presencia en sangre periférica de más de 500 eosinófilos por microlitro; se tiende a contar en números absolutos y no en porcentaje y se clasifican en leve (<1 000/mL), moderada (1 000-3 000/mL) y severa (>3 000/mL).¹

Los eosinófilos son partícipes activos en la patogénesis de diversos procesos inflamatorios que incluyen: infecciones bacterianas, víricas y parasitarias, daño tisular, respuesta inmunológica tumoral y enfermedades de tipo alérgico.

Las consecuencias pueden venir determinadas tanto por su etiología como por la liberación de sustancias contenidas en los eosinófilos, sobre todo mediadores de la inflamación, que pueden causar daño tisular.¹⁻³

La baja incidencia de dicha enfermedad en nuestro medio y su posible evolución clínica fue la motivación para realizar este trabajo, con vistas a facilitar el conocimiento y diagnóstico de dicha enfermedad en la infancia.

PRESENTACIÓN DE UN CASO

Paciente de 3 años de edad, CCM, blanca, femenina, procedencia rural, producto de un embarazo que cursó con cifras elevadas de tensión arterial, durante el último trimestre para lo cual fue ingresada y llevo tratamiento con metildopa, parto distócico, a las 40 semanas, por cesárea con peso al nacer 9.5 libras, apgar adecuado (referido), en espera de alta materna, sin complicaciones fue egresada al 4to día, antecedentes actuales de alergia para lo cual lleva seguimiento con su médico de familia y retraso del lenguaje con seguimiento por Salud Mental.

En esta ocasión acude al servicio de emergencia refiriendo que en un chequeo general indicado durante su seguimiento, presentó un leucograma con “alteraciones”, además de síntomas catarrales, de 3 días de evolución asociado a fiebre de 38⁰C, durante el interrogatorio se recoge el antecedente de episodios de dolor abdominal recurrente, asociado a diarreas de aproximadamente 15 días de evolución, se examina; se indican complementarios y al constatarse cifras de leucocitos $29 \times 10^9/L$ con eosinofilia en 0.79 % se decide ingreso para mejor estudio y tratamiento.

Datos positivos al interrogatorio: dolor abdominal frecuente, inapetencia, deposiciones pastosas que alternaban con normales de 15 días de evolución antes del ingreso, ingestión de elementos como pintura, tierra y piedra (pica).

Datos positivos al examen físico: adenopatías en cadena cervical posterior y anterior, no dolorosas, varias en número, de más menos 1 cm no adheridas; hepatomegalia de aproximadamente 2 cm por debajo del reborde costal (al ingreso); palidez cutáneo-mucosa.

Complementarios realizados al ingreso: Hemoglobina. 102 g/L, leucocitos $22 \times 10^9/L$, eosinófilos en diferencial 0.79 %, conteo absoluto de eosinófilos 4500 células x mm^3 , glicemia, creatinina, ácido úrico todos en valores normales; eritrosedimentación. 115 mm/h. Lámina periférica: hipocromía, anisocitosis, macrocitos, normocitos, hematíes crenados. Leucocitosis moderada con predominio de eosinofilia marcada. Patrón de anemia carencial. Laparoscopia: el aspecto del hígado era compatible con lesiones de *Larva migrans visceral* y microabscesos hepáticos en formación. Informe de biopsia medular: médula hiper celular con predominio del sistema granulopoyético en el que se destaca hipereosinofilia marcada, con presencia de todos los estadios de maduración de la serie. Informe de biopsia hepática: formación de granulomas con predominio de eosinófilos que destruyen el parénquima hepático. Se observaron en relación con estos cambios histológicos formaciones alargadas, marcadas, que puede corresponder en cutículas de *Larva migrans* residuales.

Evolución: Es ingresada el 20 de Marzo del año 2015, con una estadía en sala de 43 días, siendo egresada el 2 de mayo, luego de recibir varios ciclos y esquemas de tratamientos antiparasitarios y antibióticos (Cefalexina vía oral, Mebendazol vía oral, Tiabendazol vía oral, Ceftriaxona y Metronidazol vía parenteral, Praxicuantel), presentando una evolución favorable .

Evolución de los complementarios.

- 23/3/15. Estudios de heces fecales negativo y TGP y TGO normales.
- 24/3/15. Hemoglobina 93 g/L, hierro sérico disminuido.
- 27/3/15. Hemoglobina. 95 g/L, Eritrosedimentación 81 mm/h, Leucocitos $28 \times 10^9/L$, Eosinofilia 0.83 %
- 28/3/15. Leucocitos $24,88 \times 10^9/L$, Eosinófilos 0,76 %, Eritrosedimentación 106 mm/h, Proteínas Totales y Fraccionarias 969 g/L, Heces fecales negativo, Intubación duodenal: no parásitos.
- 1/4/15. Intubación duodenal: no parásitos, Heces fecales II. quistes de *Giardia lamblia*.
- 4/4/15. Hemoglobina 90 g/L, Leucocitos $29,50 \times 10^9/L$, Eosinófilos 0.80 %., Eritrosedimentación 84 mm/h.
- 13/4/15. Hemoglobina. 100 g/L, Leucocitos $23,0 \times 10^9/L$., Eosinofilos 0.68 %, Eritrosedimentación 77 mm/h.

Diagnóstico definitivo. Eosinofilia grave secundaria a parasitismo (*Larva migrans visceral*).

DISCUSIÓN

La eosinofilia se define como el aumento de los eosinófilos totales en sangre periférica, y en dependencia de la magnitud así se considerará leve, moderada o severa; el caso que presentamos es una eosinofilia severa; pues al ingreso el conteo absoluto de Eosinófilos era de 4500 células por mm^3 considerándose severa cuando el conteo absoluto exhibe un número superior a 3.000 células por mm^3 .¹

La etiología de esta entidad puede ser variada y dentro de las causas principales se describen las de origen atópico, las relacionadas con la ingestión de fármacos de uso habitual en Pediatría (las penicilinas, las cefalosporinas, los macrólidos, las quinolonas, los antiinflamatorios no esteroideos, la ranitidina y el omeprazol), también se puede producir por alteraciones endocrino – metabólicas, procesos neoplásicos; principalmente en la enfermedad de Hodgkin (hasta en el 15 % de casos) así como en otras neoplasias hematológicas, y se describen las causas infecciosas.^{2,3}

En esta paciente no se recogían antecedentes ni síntomas que apoyaran la posibilidad diagnóstica de un proceso oncoproliferativo, ni antecedentes de ingestión de medicamentos o atopia. Dentro de la etiología infecciosa las de origen parasitarias son una de las más frecuentes en la edad pediátrica y los helmintos más usualmente descritos son: el *Ascaris lumbricoides*, *Strongyloides stercoralis*, *Hymenolepis nana*, *Trichura* sp. y las uncinarias.⁴

En el caso que referimos se recogía el antecedente en la anamnesis de dolor abdominal recurrente, se interpreta como parasitismo intestinal se prescriben varios tratamiento antiparasitarios pero ante la persistencia del cuadro, asociado a los hallazgos en el examen físico de una hepatomegalia de aproximadamente 2 cm se decide realizar laparoscopia y toma de muestra por biopsia de tejido hepático informando la misma que el aspecto laparoscópico del hígado es compatible con lesiones de Larva migrans visceral y microabscesos hepáticos en formación, lo que fue confirmado por el Informe anatómopatológico que muestran cambios histológicos con formaciones alargadas, marcadas, que puede corresponder en cutículas de *Larva migrans* residuales.

Las larvas de los nematodos del género *Toxocara* son las que más frecuentemente producen este síndrome muy asociado a hiperesosinofilia, el humano se infecta principalmente a través de la ingesta de huevos. Ocurre esto con mayor frecuencia por la manipulación de tierra contaminada, los suelos contaminados en parques públicos y areneros descubiertos son un riesgo para los niños, debido a sus hábitos de juego, que involucran la manipulación de la tierra, el llevarse las manos a la boca, y con cierta frecuencia pica y geofagia. Además, existe el hábito aberrante de llevar a los perros a defecar y a los niños a jugar a los mismos sitios.⁵

La paciente que describimos tenía antecedentes de pica y geofagia por lo que es posible que la infestación se produjera de esta manera.

Luego del diagnóstico se prescribió tratamiento antibiótico parenteral con Ceftriaxona y Metronidazol y se indica Praxicuantel, progresivamente el cuadro hemático mejora con descenso paulatino del conteo de eosinófilos.

El diagnóstico de *Larva migrans visceral* no es frecuente en nuestro medio, pero debe tenerse en cuenta en todo paciente atendido por eosinofilia.

CONCLUSIONES

La eosinofilia grave, no es una entidad frecuente en nuestro medio, por lo que se debe realizar el diagnóstico correcto pensando en todas las posibilidades etiológicas, en el caso presentado secundario a una *Larva migrans visceral* que evolucionó favorablemente con tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez E, Molina MA, Molina M. Patología eosinofílica en la infancia. *An Pediatr Contin.* 2013; 11:30-7.
2. Molvi MA, Sharma YK, Dash K, Patwekar M, Kohli S, Panicker NK. Pediatric idiopathic hypereosinophilic syndrome with Gianotti-Crosti syndrome: a novel presentation *Int. J Dermatol.* 2015; 54(12):1416-9. .
3. Uribe Posada A, Sánchez Calderón M. Enfoque diagnóstico y terapéutico de la eosinofilia. A propósito de un caso. *Rev. Pediatr. Aten Primaria.* 2014;16:39-43.
4. Manzur AS, Lazarte S. Anemia, eosinofilia e inflamación en una población infantil de Santiago del Estero, Argentina. *Rev. Hematología.* 2016; 20(1):119-26.
5. Rodrigo A M, Díaz Cirujano A. Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico. Parasitosis intestinales. 2013. Disponible en: www.guia-abe.es