

Eosinofília en 3 minuts

Esther Campillo Casado. Metgessa resident MFiC R3 EAP ViC. Àngels Ballarín. Adjunta i tutora MFiC EAP Vic.

L'eosinofília aïllada en sang perifèrica (>450-500/microL) és una troballa freqüent a les consultes d'Atenció Primària, sobretot en els pacients viatgers i immigrants (la prevalença en africans subsaharians és del 30%). Se sol classificar -segons en número absolut- en lleu (<1.000/microL), moderada (1.000-3.000/microL) i greu (>3.000/microL). El diagnòstic implica estudis complementaris dirigits a la sospita clínica i el tractament està orientat a la causa.

Com a metgessa resident, més d'un cop l'he passada per alt -si no hi havia clínica acompanyant-, o no li he donat gaire més importància. Actuem bé? Hauríem de demanar alguna altra prova? És per això que m'agradaria fer un breu repàs sobre el que hauríem de plantejar-nos davant d'un pacient amb eosinofília.

La causa més freqüent de l'eosinofília és la Secundària o Reactiva (95%) i sol ser menor de 2.000/microL: per **infeccions parasitàries** (esquistosomiasi, anquilostomiasi, giardiari, filariasi, strongyloides), com a reacció d'hipersensibilitat a **fàrmacs** (sulfonamides, penicil·lines, carbamazepina, IECA, diltiazem (*veure Taula 1*) i **al·lèrgies/atòpies** (rinitis, asma, dermatitis atòpica, urticària). Altres menys freqüents són malalties endocrinològiques (malaltia d'Addison, malalties del tiroides), autoimmunes, Sd.Churg-Strauss, infeccions per fongs o bacteris.

Molt menys freqüents són les causes Primàries: neoplàsies sanguínies (leucèmia mieloide o limfoide, leucèmia eosinofílica crònica) o d'òrgan sòlid.

Fàrmacs associats a eosinofília

Antimicrobians

Penicilines
Cefalosporines
Glucopèptids
Sulfamides (cotrimoxazol)
Tetraciclins (sobretot minociclina)
Quinolones (ciprofloxacino y norfloxacino)
Antituberculosos (rifampicina i etambutol)
Antimalàrics

Neurològica

Antipsicòtics
(clorpromazina, olanzapina)
Antidepressius
(Imipramina, desimipramina, trazodona, triptófano)
Anticonvulsius
(difenilhidantoina, carbamazepina, fenobarbital, valproato)

Digestiu

Antagonistes H2 (ranitidina)
IBP *Inhibidors de la bomba de protons*
(omeprazol, lansoprazol)
Aminosalicilats (sulfasalazina, mesalazina)

Altres

Hipoglucemians orals "clàssics" (clorpropamida, tolbutamida)
Anticoagulants (heparina sòdica, enoxaparina)
Hipolipemians (colestiramina)
Hipoureimians (alopurinol)
Anestèsics (halotano)
Miorelaxants (dantroleno)

Gastrovascular

IECA *Inhibidors de l'enzim conversor de l'angiotensina*
Espironolactona
Diltiazem
Quinidina
Alfa metildopa

Antiinflamatoris i antireumàtics

Antiinflamatoris no esteroideus
Sals d'or

Neoplàsia

Bleomicina
Metotrexato
Procarbazina
Fludarabina

Taula 1. Font: AMF 2016;12(7):398-406

El Síndrome hipereosinofílic té una incidència menor a l'1% en pacients d'entre 20-50 anys i es tracta d'una eosinofília major de 1.500/microL perllongada durant més de 6 mesos acompanyada de clínica de disfunció orgànica, havent descartat prèviament la presència de paràsits, atòpia o altres causes secundàries. Les lesions orgàniques són sobretot cardíaques (principalment fibrosi d'endocardi), també pulmonars, cutànies i del sistema nerviós, per una inflamació dels teixits i la reacció a les citocines i quimiocines

alliberades pels eosinòfils. En aquest cas cal derivar a Hematologia per realitzar una biòpsia de moll d'os i un estudi citogenètic. El tractament es realitza amb corticoesteroids i/o imatinib segons el subtipus cel·lular.

<i>Síntomes i signes associats a eosinofília</i>	
Febre	Clonorquiasis, fasciola, gnastostomiasis (estadis precoços), Onchocerca, esquistosomiasis (febre de Takayama), <i>Trichinella</i> , larva migrans visceral (toxocariasis), estats inicials de <i>Strongyloides</i> , ascaris, ancylostoma
Adenopaties	Filarias limfàtiques, oncocerca
Urticària	Filarias, oncocerca, <i>Schistosoma</i> , <i>Strongyloides</i> , <i>Gnathostoma</i> , <i>ancylostoma</i> , <i>Tiochinella</i> , larva migrans visceral, LV cutània (rara ocasió)
Hepatomegalia	<i>Schistosoma</i> , toxocara, hidatidosis
Esplenomegalia	<i>Schistosoma</i>
Lesions cutànies	Linial: larva <i>Strongyloides</i> , dracunculosis, uncinariasis Maculopapular: oncocerca Nòduls: oncocerca, cisticercosis, paragonimiasis
Anèmia	Trichuris/ancylostoma
Diarrea/dolor abdominal	Helmintiasis, <i>Strongyloides</i> , <i>Schistosoma</i> , triquinosis
Síntomes respiratoris	Helmintos, filarias, <i>Strongyloides</i> , toxocara
Hepatopatia/colestasis	<i>Schistosoma</i> , ascaris, toxocara, <i>Strongyloides</i>
Edema migratori	Loa loa, filarias limfàtiques
Hematúria	<i>Schistosoma</i>
Mialgies	Triquinosis
Afectació SNC (<i>Sistema Nerviós Central</i>)	Cisticercosis, triquinosis, <i>Schistosoma</i>
Afectació ocular	Oncocerca, toxocara, loa loa, cisticercosis

Taula 2. Font: AMF 2016;12(7):398-406

Protocol del maneig en un pacient amb eosinofília

1. ANAMNESI: preguntar sobre fàrmacs, contacte amb animals, viatges en els darrers 2 anys, símptomes d'atòpia o clínica sistèmica (limfadenopaties, erupcions, artràlgies, febre...)

2. EXPLORACIÓ CÍNICA COMPLERTA sobretot cardíaca, pulmonar, cutània i del sistema nerviós.

3. PROVES COMPLEMENTÀRIES

3.a) Si hi ha sospita clínica d'infecció parasitària, fem una determinació de PARÀSITS EN FEMTA recollits durant 3 dies. Si són negatius, es pot iniciar la bateria de proves analítiques per l'estudi d'eosinofília:

- Serologies d'*Echinococcus granulosus* (causa freqüent de quist hidatídic), Cisticercosi (*T. Soleum*) i *Toxocara canis*.
- Repetir paràsits en femta (x3) a dies alterns, i determinar paràsits en orina/24h si procedeix de zona endèmica d'*Schistosoma haematobium*.
- Cultiu larvari de *Strongyloides* a femta o serologia.
- Gota grossa diürna o nocturna si procedeix en zones endèmiques de filàries *Loa loa* o *Wuchereria bancroftii*, respectivament.
- Biòpsia d'epidermis per cercar filària tissular *Onchocerca volvulus*.
- Cerca de cisticercosi i triquinosi en proves d'imatge (Rx, ecografia, TAC) si tot l'estudi anterior és negatiu.

3.b) Si no hi ha sospita clínica d'infecció parasitària, podem repetir l'hemograma en unes setmanes per confirmar l'eosinofília i, segons el context del pacient, ampliar l'analítica amb: IgE, VSG, PCR, urea, creatinina, filtrat glomerular, temps protrombina, AST, ALT, Bilirrubina, Fosfatasa alcalina, LDH, albúmina, calci, sodi, potassi, autoanticossos (ANA, ANCA, FR), ECA. Si sospitem afectació pulmonar, podem realitzar una Rx tòrax.

4. Davant la persistència d'eosinofília més enllà de tres mesos sense una causa clara, valorar derivació a Hematologia.

5. TRACTAMENT. Dirigit a la causa. En el cas de la sospita d'infecció parasitària, cal tenir en compte que en un 40% d'eosinofilies no s'arriba a cap diagnòstic etiològic. En aquesta situació és raonable realitzar un tractament empíric d'ampli espectre, sobretot en casos d'eosinofilies elevades i alta sospita de parasitosi (*veure taula 2*). El fàrmac més usat és l'albendazol 400mg/12h durant 3 dies.

En resum, l'eosinofília és més freqüent del que pensem a l'AP. És indispensable fer una correcta anamnesi i exploració física, així com plantejar-nos la realització de proves

complementàries. Si no objectivem una causa secundària clara, caldrà repetir l'hemograma en 3 mesos i si persisteix derivar a Hematologia per estudi.

Paraules clau: eosinofília, infeccions parasitàries, aòpia, atenció primària.

Bibliografia

- Jane Liesveld, Patrick Reagan. Eosinofília. Hematologia i oncologia. Manual Merck. 2018.
- Hannah Sims, Wendy N Erber. BMJ 2011;342:d2670.
- Gleich GJ, Leiferman KM. The hypereosinophilic syndromes; current concepts and treatments. Br J Haematology 2009;145:271-85.
- Raquel Hueso Ibáñez. Eosinofília, a partir de un síntoma. AMF 2011;7(5):282286.
- Francisco José Montoya Conesa, Marta Sendra Pons. Eosinofília. AMF 2016;12(7):398-406

Citació

Autores: Campillo Casado, Esther; Ballarín, Àngels

Títol: Eosinofília en 3 minuts

Revista: APSalut. Volum 7. Número 1. Article 123

Data: 20 de gener de 2019