ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EN PEDIATRÍA: DE LA SOSPECHA AL TRATAMIENTO

Alejandro Canals Romero (R2 Pediatría)
Tutores: Tatiana Salvador Pinto
Oscar Manrique Moral

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

¿CUÁNDO SOSPECHARLA?

DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO

SEGUIMIENTO

PARA RECORDAR

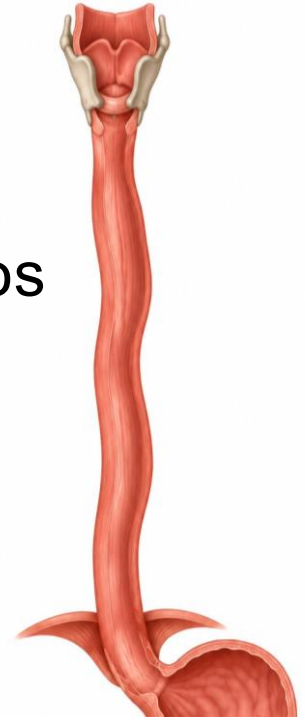
Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

INTRODUCCIÓN

- Enfermedad crónica
- Mediada por el sistema inmunitario

- EoE causa frecuente de disfunción esofágica tanto en niños como adultos
- 2ª causa de esofagitis tras ERGE
- Causa más frecuente de impactación alimentaria en jóvenes

- Más frecuente en hombres
- Edad media al diagnóstico 5.5-9.5 años

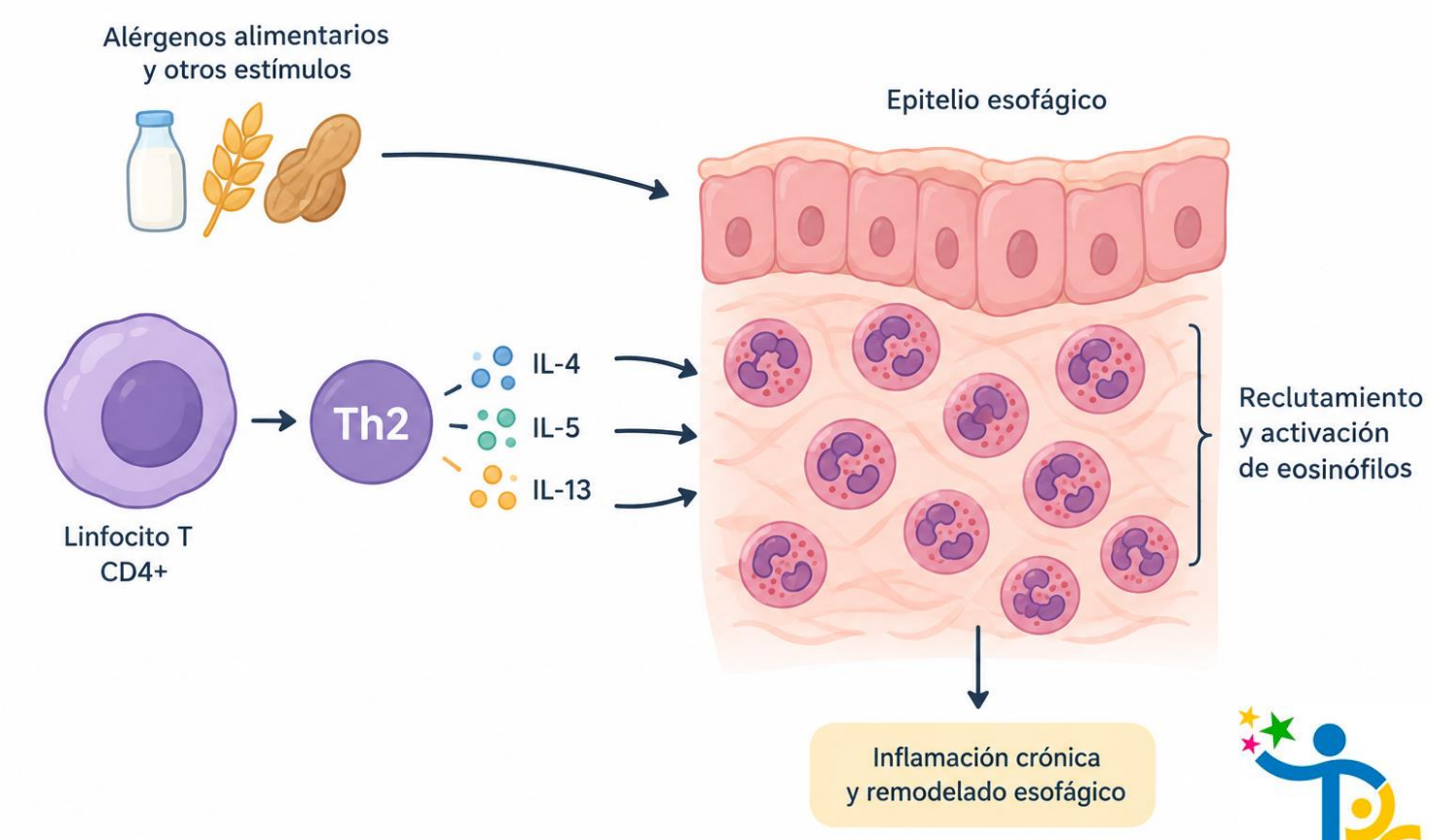


Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

INTRODUCCIÓN

Fisiopatología → Compleja y multifactorial

- Alérgenos alimentarios
- Alérgenos ambientales
- RGE
- Factores genéticos



Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

¿CUÁNDO HAY QUE SOSPECHARLA?

Lactantes / Niños pequeños

Síntomas de RGE:

- Pirosis
- Náuseas
- Regurgitación
- Vómitos

- Dolor abdominal
- Rechazo alimento
- Fallo de medro

Pirosis
Regurgitación
Tos
Carraspera

Escolares / Adolescentes

- Disfagia
- Impactación alimentaria
- Dolor retroesternal

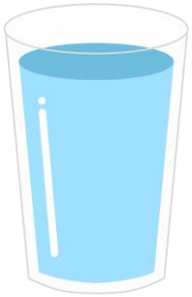


Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

¿CUÁNDO HAY QUE SOSPECHARLA?

Estrategias de adaptación

- Comer despacio
- Beber mucha agua
- Masticar mucho
- Evitar alimentos secos



Importante tener un alto índice de sospecha



Lactantes / Niños pequeños

Síntomas de RGE:
- Pirosis
- Náuseas
- Regurgitación
- Vómitos

- Dolor abdominal
- Rechazo alimento
- Fallo de medro

Pirosis
Regurgitación
Tos
Carraspera

Escolares / Adolescentes

- Disfagia
- Impactación alimentaria
- Dolor retroesternal

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

DIAGNÓSTICO

Se requiere:

Síntomas de disfunción esofágica
Inflamación esofágica con ≥ **15 eosinófilos x CGA**
Exclusión de otras causas

Imprescindible GASTROSCOPIA con toma de biopsias



Ideal: Endoscopia basal al diagnóstico SIN recibir ningún tratamiento

Evitar falsos positivos

"**CGA**" no está estandarizado → ESPGHAN recomienda expresarlo también en mm^2

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

DIAGNÓSTICO: ENDOSCOPIA

Hallazgos macroscópicos que sugieren el diagnóstico (NO patognomónicos)

Clasificación endoscópica **EREFS**

EREFS	Hallazgos endoscópicos	Puntuación
E (Edema)	Hinchazón y/o palidez que disminuye la visibilidad de los vasos sanguíneos del esófago	0- se pueden ver vasos sanguíneos 1- no se pueden ver vasos sanguíneos
R (Rings/Anillos)	Presencia de anillos en el esófago	0- ausencia 1- leve 2- moderado 3- severo
E (Exudates/ Exudados)	Placas de pus en diferentes puntos del esófago	0- ausencia 1- leve 2- severo
F (Furrows/ Surcos)	Surcos o líneas verticales a lo largo del esófago	0- ausencia 1- presencia
S (Stenosis/Estenosis)	Estrechamiento del diámetro esofágico	0- ausencia 1- presencia

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

DIAGNÓSTICO: ENDOSCOPIA

ASPECTOS MAYORES

Edema (disminución del patrón vascular)
Grado 0: ausente
Grado 1: presente

Anillos fijos (traquealización)
Grado 0: ausentes
Grado 1: leve (crestas)
Grado 2: moderado (definidos)
Grado 3: grave (no pasa el endoscopio)

Exudados (placas o puntos blanquecinos)
Grado 0: ausentes
Grado 1: leve (<10 % superficie)
Grado 2: grave (>10 % superficie)

Surcos longitudinales
Grado 0: ausentes
Grado 1: presentes

Estenosis
Grado 0: ausente
Grado 1: presente

ASPECTO MENOR

Mucosa papel crepé (fragilidad/laceración)
Grado 0: ausente
Grado 1: presente



Modificada de: Hirano I, Moy N, Heckman MG, et al. Endoscopic assessment of the oesophageal features of eosinophilic esophagitis: validation of a novel classification and grading system. Gut. 2013; 62: 489-95.

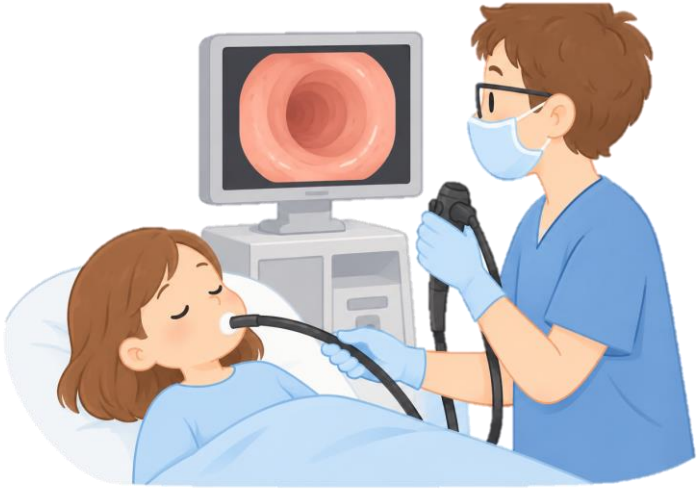
Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

DIAGNÓSTICO: ENDOSCOPIA

Es IMPRESCINDIBLE la toma de biopsias; una gastroscopia normal NO descarta EoE

ESPGHAN recomienda ≥ 6 muestras de ≥ 2 niveles (priorizando donde haya alteraciones macro)

Guía ACG 2025 recomienda que además del recuento de Eo se describan el resto de hallazgos microscópicos



Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

DIAGNÓSTICO: ENDOSCOPIA

Guía ACG 2025 recomienda que además del recuento de Eo **se describan el resto de hallazgos microscópicos**

EoEHSS: 8 características

Característica	Grado 1	Grado 2	Grado 3
EI · Eosinófilos (PEC)	<15 eos	15–59 eos	≥60 eos
BZH · Hiperplasia zona basal	>15 % y <33 %	33–66 %	>66 %
EA · Absceso eosinofílico	4–9 eos	10–20 eos	>20 eos
SL · Capa superficial de eos	4 eos alineados	5–10 eos alineados	>10 eos alineados
DIS · Espacios dilatados	Puentes a 400x	Puentes a 200x	Puentes a 100x
SEA · Alteración superficial	Roja, sin eos	Roja, con eos	Descamación + exudado
DEC · Células disqueratósicas	1 por campo	2–5 por campo	>5 por campo
LPF · Fibrosis lám. propia	Fibras cohesivas	Grosor = núcleo basal	Grosor > núcleo basal

Grado 0 = normal. BZH como % del grosor epitelial; EI, EA, SL y DEC, recuento en el campo más afectado; DIS, aumento al que se ven los puentes intercelulares.

Estadio (extensión): 1 = <33 % · 2 = 33–66 % · 3 = >66 % del epitelio (LPF: de la lámina propia). En EI, % de campos con PEC ≥15.

Collins MH, Martin LJ, Alexander ES, Boyd JT, Sheridan R, He H, et al. Newly developed and validated eosinophilic esophagitis histology scoring system and evidence that it outperforms peak eosinophil count for disease diagnosis and monitoring. Dis Esophagus. 2017;30(3):1-8. doi:10.1111/dote.12470

Giordano C, Angerilli V, Masci M, D'Armiento M, Parente P, Pilozzi E, et al. Standardisation of histologic reporting in eosinophilic oesophagitis: expert recommendations. Pathologica. 2026;118(1). doi:10.32074/1591-951X-1842

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

DIAGNÓSTICO: endoFLIP

Permite medir la **distensibilidad esofágica** → Puede estar reducida en EoE

Capaz de identificar estenosis parciales en pacientes sin estrechamientos visibles en endoscopia

→ Mayor **capacidad predictiva** de impactación alimentaria

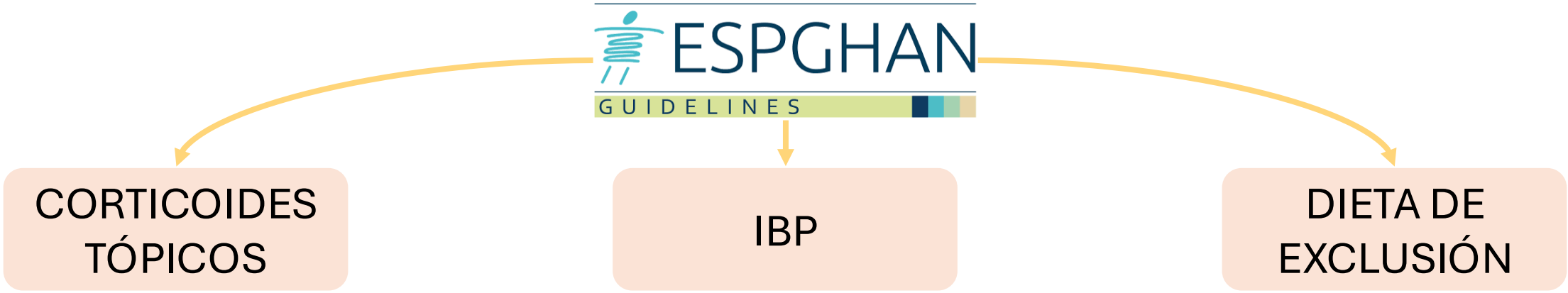


Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

TRATAMIENTO

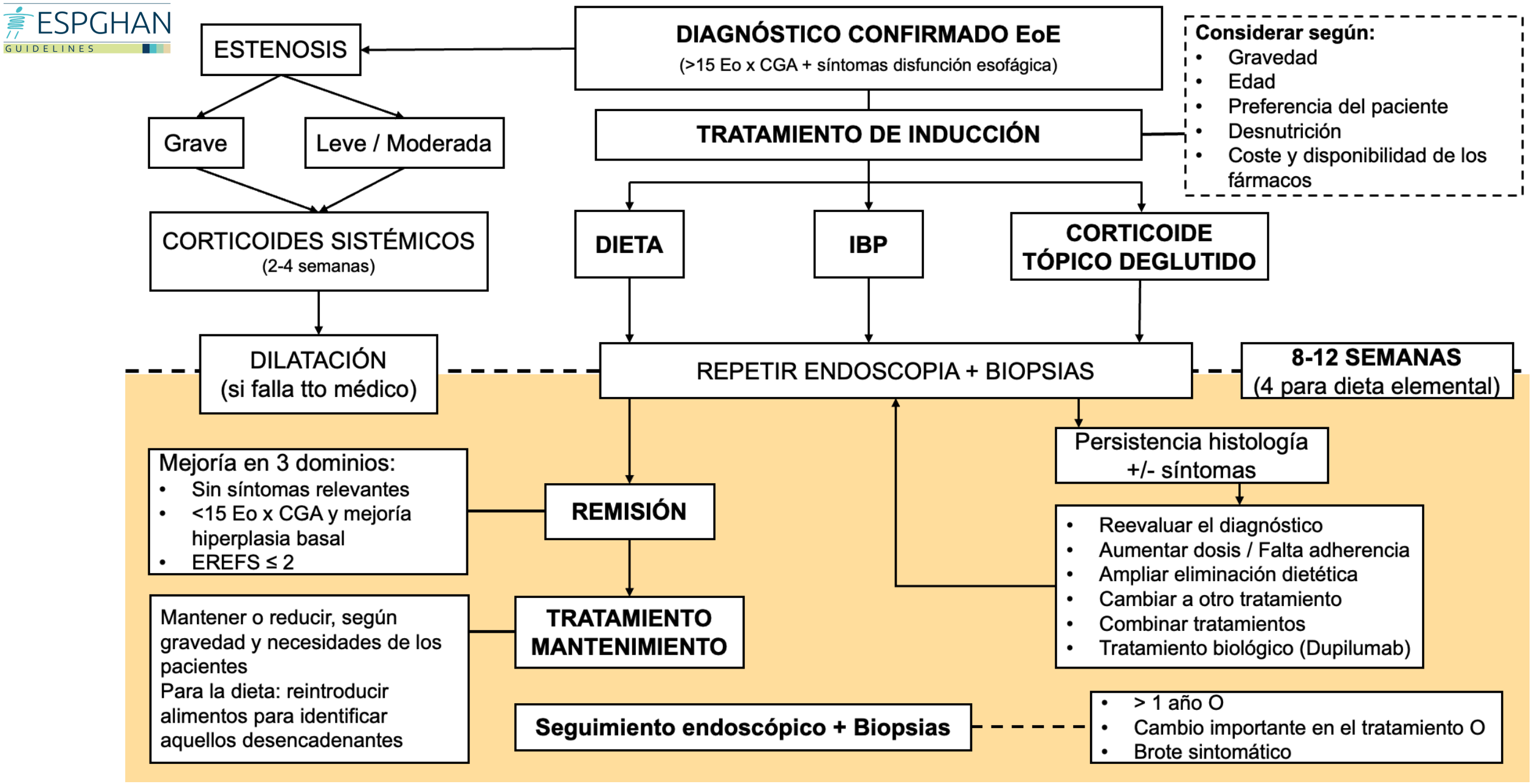
OBJETIVOS:

- Mejoría / Resolución síntomas
- Remisión histológica



- 8-12 semanas INDUCCIÓN → Endoscopia control
- Si respuesta: MANTENIMIENTO

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL



Esquema de elaboración propia, traducido y adaptado de: 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;79:394-437. doi:10.1002/jpn3.12188

TRATAMIENTO: IBP

Tienen efecto antiinflamatorio a nivel esofágico → Reducen reclutamiento de Eo y restablecen integridad mucosa

INDUCCIÓN (8-12 sem)

1-2 mg Omeprazol o eq en 2 dosis (máx 40 mg 2 veces al día)



MANTENIMIENTO

1 mg/kg/día Omeprazol o eq (máx 40 mg/día)

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

TRATAMIENTO: IBP

	Dosis inducción	Dosis mantenimiento	Forma de administración
Omeprazol / Esomeprazol	1 mg/kg/dosis, 2 dosis al día (máx 40 mg /12h)	1 mg/kg/día (máx 40 mg/día)	15-20 minutos antes de desayuno y/o cena
Lansoprazol	0,75 mg/kg/dosis, 2 dosis al día (máx 30 mg /12h)	0,75 mg/kg/día (máx 30 mg/día)	

Elaboración propia. Adaptada de: Gutiérrez Junquera C, García Puig R, Fernández Fernández S. Trastornos gastrointestinales eosinofílicos primarios. Protoc diagn ter pediatr. 2023;1:41-52 (tabla 2, p. 46).

TRATAMIENTO: CORTICOIDES TÓPICOS

Corticoides tópicos **deglutidos**

- Muy eficaces para inducción de remisión
- Seguros; no efectos adversos importantes
  - Candidiasis orofaríngea/esofágica 10-15%



agencia española de medicamentos y productos sanitarios

Abril 2026

Aprobado el uso de **Jorveza** (Budesonida en suspensión oral) para pacientes **pediátricos** entre **2-17 años**

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

	Dosis inducción	Dosis mantenimiento	Forma de administración
Fluticasona	Menores 10 años: 400 mcg /dosis (2 dosis al día) Mayores 10 años: 800 mcg /dosis (2 dosis al día)	Menores 10 años: 400 mcg /dosis (1 dosis al día) Mayores 10 años: 800 mcg /dosis (1 dosis al día)	Administrar tras desayuno y/o cena No debe comer, ni beber, ni lavarse los dientes ni enjuagarse la boca en los siguientes 30 minutos Budesonida: No ingerir pomelo (o su zumo) porque inhibe el citocromo CYP3A responsable del primer paso hepático
Budesonida	Menores 10 años: 0,5 mg/dosis (2 dosis al día) Aumentar a 1 mg / 2 veces al día si no respuesta Mayores 10 años: 1 mg/dosis (2 dosis al día) Aumentar a 2 mg / 2 veces al día si no respuesta	Menores 10 años: 0,5 mg / día Aumentar a 1 mg /día si no respuesta Mayores 10 años: 1 mg / día Aumentar a 2 mg / día si no respuesta	

Elaboración propia. Adaptada de: Gutiérrez Junquera C, García Puig R, Fernández Fernández S. Trastornos gastrointestinales eosinofílicos primarios. Protoc diagn ter pediatr. 2023;1:41-52 (tabla 2, p. 46).

TRATAMIENTO: DIETAS EXCLUSIÓN

3 FASES

1

Elimina grupo alimentos 6-12 semanas → Se comprueba remisión clínico-histológica

2

Se introducen secuencialmente los alimentos excluidos con controles clínicos y endoscópicos para identificar los alimentos responsables

3

Se excluye de manera mantenida el alimento desencadenante

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

TRATAMIENTO: DIETAS EXCLUSIÓN

DIETA EMPÍRICA ESCALONADA→ 6 ALIMENTOS MÁS FRECUENTES



Inconveniente:
Endoscopias repetidas para comprobar respuesta y recaída

* Posibilidad de dieta con fórmula elemental

APOYO DE NUTRICIONISTA

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

TRATAMIENTO: DUPILUMAB

Ac monoclonal frente al receptor alfa de IL-4
Ha demostrado eficacia para el tratamiento de la EoE



Desde Abril 2025 está aprobado su uso en niños ≥ 1 año y ≥ 15 kg con:
- Enfermedad refractaria al tto convencional
- Intolerancia al tto convencional

SEGUIMIENTO ¿ESTÁ CONTROLADA?

Guía ACG 2025: Monitorizar clínica + Respuesta endoscópica e histológica

Paciente asintomático → NO se debería suspender el tratamiento SIN repetir endoscopia y biopsias



Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA EoE (AEDESEO)

AEDESEO presenta Nixi, primera herramienta clínica de realidad virtual para reducir la ansiedad en niños con EoE

La experiencia permite a los niños y niñas anticipar mediante realidad virtual todo el recorrido de una endoscopia, desde su llegada al hospital hasta el alta, para ayudarles a afrontar la prueba con menos miedo y ansiedad.

1 de septiembre de 2026 por A Asociación (Usuario envíos)



Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

PARA RECORDAR

Piensa en EoE cuando un niño presente disfagia, impactación o conductas adaptativas de alimentación, especialmente si tiene atopia.

El diagnóstico requiere clínica compatible + biopsias esofágicas; ≥15 Eo x CGA es el umbral histológico clásico, pero no basta el número aislado.

Una endoscopia normal no descarta EoE y hay que tomar biopsias de varios niveles.

IBP, dieta de eliminación y corticoides tópicos son opciones de primera línea.
Dupilumab es ya una opción real para determinados pacientes.

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

BIBLIOGRAFÍA

1. Gutiérrez Junquera C, García Puig R, Fernández Fernández S. Trastornos gastrointestinales eosinofílicos primarios. Protoc Diagn Ter Pediatr. 2023;1:41-52.
2. 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. doi:10.1002/jpn3.12188.
3. 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. doi:10.14309/ajg.0000000000003194.
4. 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. doi:10.1056/NEJMoa2312282.
5. García-Compeán D, Jiménez-Rodríguez AR, González-Martínez CE. La esofagitis eosinofílica. Conceptos actuales de la fisiopatología, del diagnóstico y del tratamiento. Rev Gastroenterol Mex. 2025;90(1):63-76. doi:10.1016/j.rgmx.2024.09.011.

ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EN PEDIATRÍA: DE LA SOSPECHA AL TRATAMIENTO

Alejandro Canals Romero (R2 Pediatría)

alejandrocanalsromero@gmail.com

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL