

## CLINICAL NOTE

# Intestinal obstruction by eosinophilic jejunitis

J. M. Álamo Martínez, F. Ibáñez Delgado, A. Galindo Galindo, C. Bernal Bellido, I. Durán Ferreras, G. Suárez Artacho and A. Martínez Vieira

*Department of Surgery. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, Spain*

### ABSTRACT

Eosinophilic enteritis is an uncommon disease that rarely develops as a surgical emergency. Although it may be associated with infestation by *Ancylostoma caninum*, its etiology is unknown and often related to a personal or family history of atopy. A transmural involvement may cause intestinal obstruction—more frequently in the jejunum— or even acute abdomen, which may or may not be accompanied by intestinal perforation. The latter two conditions tend to be more commonly associated with ileum disease, causing pain in the lower right quadrant of the abdomen. Patient history, eosinophil count—which may be paradoxically reduced when the disease appears in this way—, ultrasonography, and/or CT lead to the suspicion of this condition before a surgical procedure is considered. A definitive diagnosis, however, must be reached by means of an anatomopathological study. Macroscopically, intestinal loops exhibit a thickened appearance with an elastic consistency. Laparoscopic intestinal biopsy may play a major role in the diagnosis of disease.

**Key words:** Intestinal obstruction. Eosinophilic enteritis. Urgent surgery.

---

Álamo Martínez JM, Ibáñez Delgado F, Galindo Galindo A, Bernal Bellido C, Durán Ferreras I, Suárez Artacho G, Martínez Vieira A. Intestinal obstruction by eosinophilic jejunitis. *Rev Esp Enferm Dig* 2004; 96: 279-283.

---

### INTRODUCTION

Eosinophilic enteritis is an uncommon condition that rarely presents as a surgical emergency. Infiltration of the intestinal wall by eosinophils causes a variety of clinical fea-

tures depending on their intensity and location. Thus, the disease may present itself as a digestive malabsorption syndrome, intestinal stenosis, or ascites, which will depend on whether eosinophils predominate in the mucosa, muscularis or serosa layer (1). However, cellular infiltration of the intestinal loop may cause an abdominal syndrome requiring urgent care and a prompt surgical procedure.

There have been described few cases of urgent surgical intervention for eosinophilic enteritis, but data collected point to the suspicion that location of infiltrates will condition the clinical presentation. It appears that jejunal involvement is more frequently associated with intestinal occlusion while ileitis complicates more commonly with acute abdomen in the lower right quadrant of the abdomen or loop perforation.

Peripheral blood eosinophil count and a personal and family history of atopy may help in diagnosing the disease. Imaging studies using ultrasounds or computerized tomography, or even an exploratory laparoscopy can complete the diagnosis in cases of suspected eosinophilic enteritis.

### CASE REPORT

A 50-year old woman presented to the Emergency Room complaining of epigastric pain, biliary vomiting, absence of passage of flatus and stool for 48 hours. A physical examination revealed a distended abdomen with no signs of peritonitis. Abdominal auscultation revealed no peristalsis. A rectal palpation revealed an empty ampulla. A small, uncomplicated umbilical hernia was also present. The patient had a history of anxiety-depression syndrome, arterial hypertension, umbilical hernia, and frequent upper abdominal discomfort, all diagnosed by her family practitioner, and latter considered to be secondary to an esophageal hiatal hernia. Previous surgery included appendectomy and tubal ligation.

A hemogram and blood chemistry revealed leukocytosis of 17,000/cc with neutrophilia of 85%, as well as mo-

---

Recibido: 15-04-03.  
Aceptado: 09-07-03.

Correspondencia: José María Álamo Martínez. C/ José Laguillo, 27-3, 7º C. 41003 Sevilla. Telf.: 954418636

nocytosis and eosinopenia. Plain abdominal radiograph in upright position demonstrated air-fluid levels and an empty rectal ampulla.

As conservative measures yielded unsatisfactory results, an emergency laparotomy was performed with the diagnosis of intestinal obstruction caused by surgical adhesions.

During the procedure a segment of thickened and rigid jejunum was found, which caused stenosis of the lumen and pre-stenotic intestinal dilatation. An enterotomy with extraction of non-digested food was carried out, along with a subsequent resection of 20 cm of jejunum and an end-to-end anastomosis with manual suture. No mesenteric adenopathies or other macroscopic alterations were observed prior to closure. There were no postoperative complications except for an easily resolved ileus.

The histopathological study of the resection piece gave the diagnosis of "eosinophilic enteritis".

## DISCUSSION

Eosinophilic enteritis is a rare pathological condition. It is pathologically characterized by an infiltration of the intestinal wall by mature polymorphonuclear eosinophil cells. The presence of eosinophils in the intestinal wall may be diffuse (gastroenteritis) or, more commonly, segmentary (even in the form of an eosinophilic granuloma, common mainly in the gastric antrum). Cases of esophagitis unresponsive to medical and surgical treatment, which were later diagnosed of eosinophilic enteritis, have been described; these patients usually improved with corticosteroid treatment (2). Some cases have also been reported with eosinophilic infiltration in a number of organs such as the gallbladder, liver, and urinary tract.

Eosinophilic enteritis appears mainly in the third decade of life, but its diagnosis during childhood is not uncommon. Occasionally, a family history of atopy (asthma, rhinitis, conjunctivitis,...) (1) may be found. Although its etiology is not clear, it has been unsuccessfully related to food allergy. Its association with an infestation by *Ancylostoma caninum* is more evident. This disease has been widely studied, particularly by Croese and Prociv (3-6) in Australia where this disease is specially frequent. This entity has also been described in patients treated with carbamazepine (7).

The pathophysiology of this disease depends upon the cellular infiltration of the intestinal wall. Increased eosinophilic cellularity is generalized throughout the intestinal wall, but is always more severe in some of its layers. Although the most frequent form of presentation is a failure of the intestinal absorptive function resulting in a malabsorption syndrome, the condition may occasionally present itself with intestinal obstruction, intestinal perforation, or pain in the lower right quadrant of the abdomen, which may resemble appendicitis. Thus, infiltration of the mucosa would lead to a bowel malabsorption syndrome whose severity would depend on the affected area.

Serosal infiltration results in ascites. Most important for surgeons is the transmural infiltration of the muscular layer, which may result in one of the following syndromes:

1. Intestinal occlusion, potentially requiring an emergency laparotomy. Few cases of this complication have been reported, but they result from jejunal involvement (8-10) and cause small intestinal type of obstruction.

2. Acute abdomen, the most frequent surgical complication. It usually resembles and is managed as an acute appendicitis. The diagnosis is established during surgery (11-15).

3. Intestinal perforation syndrome. This has been described mainly in the distal ileum (16,17).

The rare incidence of this disease makes it difficult to differentiate it from patients with intestinal obstruction, acute abdomen, or hollow visceral perforation. Although peripheral blood eosinophilia can seemingly be important in the diagnosis of this condition, it frequently does not develop, or may develop only after surgery. This circumstance has been described by Croese and Prociv in a review of 6 surgically operated patients (12) and in 9 patients who were studied for abdominal pain, where 33.3% did not present eosinophilia (13). Buchman also reported a patient who underwent surgery for intestinal perforation (17). Although peripheral blood eosinophilia is a very important fact when this pathology is suspected, a normal count of eosinophils or even, as in our case, eosinopenia does not rule out the disease. In some occasions, eosinophilia develops after surgery.

Pozniak suggests using ultrasounds as a useful method to differentiate eosinophilic gastroenteritis from Crohn's enteritis, lymphoma, intestinal ischemia, and appendicitis (18). In cases of eosinophilic enteritis, a thickening of the intestinal wall is usually found (11). In the presence of intestinal obstruction and in patients with acute abdomen who undergo a diagnostic procedure, ultrasounds can offer interesting data. The finding of a thickened intestinal segment will support the clinical and analytical suspicion of eosinophilic enteritis; more easily, ultrasounds will rule out this diagnosis by finding signs of appendicitis. A radiological study with CT imaging may also be very useful (19), but the administration of an oral contrast is not appropriate in cases of intestinal occlusion. Diagnostic laparoscopy may show a thickened intestine with or without mesenteric adenopathies (20), and eventually intestinal biopsy can be taken as described by Edelman (21,22). Diagnostic laparoscopy is indicated in patients with intestinal obstruction or abdominal pain in whom exist the clinical suspicion of this disease based on a history of atopy, increased eosinophil count in peripheral blood, and suggestive ultrasound findings.

The diagnosis, which may only be reached by histopathological analysis, reveals an infiltration of the gut with polymorphonuclear eosinophils, which should be differentiated from that appearing in Crohn's disease, intestinal lymphomas, or hypereosinophilic syndromes.

Mesalamina, azathioprine and cromoglycate have been successfully used in the treatment of intestinal obstruction caused by eosinophilic enteritis. It would be interesting to investigate whether immunosuppressive treatment

would avoid surgery in patients with this disease, particularly in those with intestinal obstruction (23).

The following conclusions can be drawn:

—Eosinophilic enteritis is an uncommon condition that usually is associated with an intestinal malabsorption syndrome. However, it may acutely present as an intestinal perforation, intestinal occlusive syndrome or, more frequently, as abdominal pain or acute abdomen.

—Intestinal perforation tends to occur in the terminal ileum (eosinophilic ileitis), and a surgical procedure without further delay is mandatory. Ileitis may cause an acute abdomen resembling acute appendicitis.

—Intestinal obstruction is more frequently due to jejunitis. Thus, it should be suspected in occlusive syndromes at upper intestinal levels.

—Eosinophilia is suggestive of the disease, but a normal eosinophil count does not exclude this disease. A personal or family history of allergic manifestations can assist in the diagnosis.

—Ultrasounds or emergency CT may either reveal a thickened intestinal loop suggestive of eosinophilic enteritis or rule out other causes of acute abdomen or intestinal obstruction. Exploratory laparoscopy with biopsy is an option for cases with a high suspicion of this disease.

It would be interesting to see whether these diagnostic efforts could be directed toward finding a medical treatment with corticosteroids that could preclude surgery in cases of subocclusive syndrome or acute abdomen. However, the low frequency of this disease as a condition requiring emergency surgery will render it difficult to make a reliable statistical study.

## REFERENCES

- Muñiz O, Reina F. Enteritis eosinofílica de predominio mucoso y cuatro décadas de evolución. *Rev Esp Enferm Dig* 1993; 83 (2): 118-21.
- Liacouras CA. Failed Nissen fundoplication in two patients who had persistent vomiting and eosinophilic esophagitis. *J Pediatr Surg* 1997; 32 (10): 1504-6.
- Prociw P, Croese J. Human enteric infection with *Ancylostoma caninum*. *Acta Trop* 1996; 62 (1): 23-44.
- Sawangjaroen N, Opdebeeck JP. Immunohistochemical localization of excretory/secretory antigens in adult *Ancylostoma caninum* using monoclonal antibodies and infected human sera. *Parasite Immunol* 1995; 17 (1): 29-35.
- Walker NI, Croese J, Clouston AD. Eosinophilic enteritis in northeastern Australia. Pathology, association with *Ancylostoma caninum* and implications. *Am J Surg Pathol* 1995; 19 (3): 328-37.
- Prociw P, Croese J. Human eosinophilic enteritis caused by dog hookworm *Ancylostoma caninum*. *Lancet* 1990; 335 (8701): 1299-302.
- Shakeer VK, Devi SR, Chettupuzha AP. Carbamazepine-induced eosinophilic enteritis. *Indian J Gastroenterol* 2002; 21 (3): 114-5.
- Karande T, Oak, SN. Proximal jejunal obstruction due to eosinophilic gastroenteritis. *J Postgrad Med* 1996; 42 (4): 121-3.
- Remacha B, Velicia R, del Villar A. Enteritis eosinofílica como causa de obstrucción intestinal. *Gastroenterol Hepatol* 1999; 22 (7): 352-5.
- Yamada S, Chakrabandhu T, Lertprasertsuke. Eosinophilic enteritis causing chronic partial small intestinal obstruction: a case report and review of the literature. *J Med Assoc Thai* 2000; 83 (8): 953-8.
- Seelen JL, You PH. Eosinophilic enteritis presenting as acute abdomen: Us features of two cases. *Gastrointest Radiol* 1992; 17 (1): 19-20.
- Croese J, Prociw P. Eosinophilic enteritis presenting as surgical emergencies: a report of six cases. *Med J Aust* 1990; 153 (7): 415-7.
- Croese J, Loukas A. Human enteric infection with canine hookworms. *Ann Intern Med* 1994; 120 (5): 369-74.
- Croese J, Loukas A. Occult enteritis infection by *Ancylostoma caninum*: a previously unrecognized zoonosis. *Gastroenterology* 1994; 106(1): 3-12.
- Placer C, Bordas JM. Abdomen agudo causado por enteritis eosinofílica transmural. *Rev Esp Enferm Dig* 1992; 82 (5): 351-3.
- Ikenaga M, Fujimoto T. A case of eosinophilic enteritis with repeated perforation of the ileum. *Jap J Gastroenterology* 1996; 93 (9): 661-5.
- Buchman AL, Wolf D. Eosinophilic gastrojejunitis associated with connective tissue disease. *South Med J* 1996; 89 (3): 327-30.
- Pozniak MA, Scanlan KA. Current status of small-bowel ultrasound. *Radiology* 1990; 30 (6): 254-65.
- Wiesner W, Kocher T, Heim M, Bongartz G. CT findings in eosinophilic enterocolitis with predominantly serosal and muscular bowel wall infiltration. *JBR-BTR* 2002; 85 (1): 4-6.
- Rodríguez HE, Djohan RS. Laparoendoscopic diagnosis of eosinophilic enteritis. *J Soc Laparoendosc Surg* 1998; 2 (2): 181-4.
- Edelman DS. Eosinophilic enteritis. A case for diagnostic laparoscopy. *Surg Endosc* 1998; 12 (7): 987-9.
- Strady C, Pavlovitch E, Yaziji N. Laparoscopic diagnosis of stenosing eosinophilic jejuno-ileitis. *Rev Med Interne* 2001; 22(9): 872-6.
- Gjersoe P, Rasmussen SN, Hansen BF. Eosinophilic enteritis. *Ugeskr Laeger* 2000; 162 (19): 2756-7.

## Aspectos quirúrgicos de la enteritis eosinofílica

J. M. Álamo Martínez, F. Ibáñez Delgado, A. Galindo Galindo, C. Bernal Bellido, I. Durán Ferreras, G. Suárez Artacho y A. Martínez Vieira

*Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

## RESUMEN

La enteritis eosinofílica es una enfermedad poco frecuente que debuta de forma extraordinaria como urgencia quirúrgica. Su etiopatogenia, aunque pudiera estar asociada a la infestación por

*Ancylostoma caninum*, se desconoce, y en muchas ocasiones se relaciona con antecedentes personales o familiares de atopía.

La afectación transmural puede ocasionar síndrome obstructivo intestinal, más frecuente a nivel yeyunal, o incluso un abdomen agudo acompañado o no de perforación entérica. Estas dos últi-

mas entidades suelen estar asociadas más usualmente con el asentamiento de la enfermedad en íleon, provocando dolor en la fosa iliaca derecha. Los antecedentes del enfermo, el recuento de eosinófilos en sangre, que paradójicamente puede estar disminuido cuando la enfermedad debuta de esta forma, la ecografía y/o la TAC, pueden hacernos sospechar de esta patología antes de plantearse la intervención quirúrgica, aunque el diagnóstico definitivo se realiza mediante el estudio anatomopatológico. Macroscópicamente, el asa intestinal presenta un aspecto engrosado y de consistencia elástica. La biopsia intestinal mediante laparoscopia puede jugar un importante papel en su diagnóstico.

**Palabras clave:** Obstrucción intestinal. Enteritis eosinofílica. Círculo urgente.

## INTRODUCCIÓN

La enteritis eosinofílica es una enfermedad infrecuente que extraordinariamente debuta como urgencia quirúrgica. La infiltración de células eosinófilas en la pared intestinal va a condicionar una clínica muy variada dependiendo de la cuantía y localización de la misma. Así, la presentación como síndrome de malabsorción digestiva, estenosis intestinal o ascitis dependerá si la eosinofilia predomina en la mucosa, muscular o serosa (1). Sin embargo, la infiltración transmural del asa intestinal puede ocasionar un síndrome abdominal que requiere en ocasiones una resolución quirúrgica urgente.

Hay descritos pocos casos de intervenciones urgentes por enteritis eosinofílicas, pero todos los datos recogidos en la literatura hacen sospechar que la localización de la infiltración condiciona la presentación clínica. Parece que la enfermedad yeyunal se asocia más frecuentemente con obstrucción intestinal, mientras que la ileítis aparece como síndrome de abdomen agudo en fosa iliaca derecha o como perforación intestinal.

El recuento de eosinófilos en sangre periférica y una historia de atopia pueden ayudar al diagnóstico de la enfermedad. Los estudios de imagen mediante ultrasonografía o tomografía computerizada, o incluso la laparoscopia exploradora, pueden completar el diagnóstico en casos de sospecha de enteritis eosinofílica.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 50 años que acude a Urgencias de nuestro Hospital por presentar epigastralgia, vómitos biliosos y falta de emisión de heces y gases de 48 horas de evolución. A la exploración física se aprecia un abdomen distendido sin signos de peritonismo y una pequeña hernia umbilical no complicada, destacando una ausencia de peristaltismo a la auscultación y un tacto rectal que revela una ampolla rectal vacía. Como antecedentes patológicos la paciente presentaba un síndrome ansioso-depresivo, hipertensión arterial y epigastralgias frecuentes, diagnosticadas por su médico de cabecera como secundarias a

hernia del hiato esofágico. Intervenida quirúrgicamente por apendicitis y ligadura de trompas uterinas.

En el hemograma y bioquímica sanguínea destacan una leucocitosis de 17.000/cc con una neutrofilia del 85%, monocitosis y eosinopenia. El estudio radiográfico simple de abdomen en bipedestación revela niveles hidroaéreos de intestino delgado alto y ampolla rectal vacía.

Tras comprobar que la evolución de la paciente no es satisfactoria con tratamiento conservador se decide practicar una laparotomía urgente con el juicio clínico de obstrucción intestinal por bridas quirúrgicas.

Durante la intervención se aprecia un segmento de yeyuno engrosado y rígido que provoca una estenosis y dilatación intestinal pre-estenótica. Se practica resección de unos 20 centímetros de intestino yeyunal y anastomosis término-terminal con sutura manual. No se apreciaron adenopatías mesentéricas ni otras alteraciones macroscópicas, procediéndose al cierre de la laparotomía. El postoperatorio cursó sin complicaciones, salvo por un íleo postoperatorio más prolongado de lo habitual que se resolvió satisfactoriamente.

El estudio anatomopatológico de la pieza aportó el diagnóstico de "enteritis eosinofílica".

## DISCUSIÓN

La enteritis eosinofílica es una entidad patológica con escasa incidencia y prevalencia en nuestro medio. Se caracteriza desde el punto de vista anatomopatológico por la infiltración de la pared intestinal por células polimorfonucleares eosinófilas maduras. La infiltración por eosinófilos de la pared del tubo digestivo puede ser más o menos difusa (gastroenteritis) o bien segmentaria, más usual (incluso en forma de granuloma eosinófilo, frecuente sobre todo en antro gástrico). Se han descrito casos de esofagitis rebeldes a tratamiento médico y quirúrgico que posteriormente se han diagnosticado de enteritis eosinofílica y han mejorado con tratamiento corticoideo (2). Se han publicado también casos de infiltración eosinofílica en órganos como la vesícula biliar o el hígado e incluso en el sistema urinario.

Aparece sobre todo en la tercera década de la vida, aunque no es infrecuente su diagnóstico en la infancia. A veces pueden encontrarse historia familiar o antecedentes personales de enfermedad atópica (asma, rinitis, conjuntivitis, etc.). Aunque su etiología no está resuelta, se ha intentado clásicamente demostrar su relación con la alergia alimentaria sin conseguirlo. Sí es más evidente su asociación a infestación por *Ancylostoma caninum*, descrito sobre todo en series clínicas australianas, donde esta enfermedad es más prevalente que en otras zonas del planeta y se ha estudiado bastante esta patología, sobre todo por Croese y Prociv (3-6). Excepcionalmente se ha descrito también asociado al tratamiento con carbamacepina (7).

La fisiopatología de esta enfermedad va a depender de la infiltración celular de la pared intestinal, ya que si bien el aumento de celularidad eosinofílica es generaliza-

do en todo el grosor de la pared, siempre será más intenso en alguna de sus capas, lo que va a condicionar su clínica. Aunque su forma de debut más frecuente es el fallo de la función absorbente intestinal con un síndrome de malabsorción, la aparición de esta patología como obstrucción intestinal, perforación intestinal o más usualmente como dolor en fosa iliaca derecha simulando una apendicitis no es extraordinaria. De este modo, la infiltración de la mucosa dará lugar a un síndrome de malabsorción intestinal, más o menos intenso dependiendo del área afectada, la infiltración serosa provocará ascitis, y lo que es más importante desde el punto de vista quirúrgico, la infiltración de la capa muscular o transmural puede producir síndromes que pueden precisar tratamiento quirúrgico:

1. Síndrome de oclusión intestinal que en ocasiones pueda precisar de laparotomía urgente que resuelva el cuadro. Se han publicado pocos casos de esta complicación, pero suelen deberse sobre todo a afectación yeyunal (8-10), por lo que suelen ser obstrucciones altas.

2. Abdomen agudo, siendo la complicación quirúrgica más frecuente. A veces suele simular y tratarse como una apendicitis aguda, encontrándose en el acto operatorio una ileítis terminal (11-15).

3. Síndrome de perforación intestinal. Se han descrito sobre todo en íleon distal (16,17).

La escasa incidencia de esta enfermedad hace difícil pensar en ella ante un paciente con síndrome de obstrucción intestinal, abdomen agudo o perforación de víscera hueca. Aunque puede parecer que la eosinofilia en sangre periférica puede ser un hecho diferencial a la hora de diagnosticar el cuadro, es frecuente que esta no aparezca e incluso que aparezca después de la intervención. Este hecho lo describen Croese y Prociv en una revisión de 6 pacientes intervenidos quirúrgicamente (12) y en 9 pacientes estudiados por dolor abdominal, donde el 33,3% no presentaban eosinofilia (13), y Buchman en un paciente operado por perforación intestinal (17). Aunque la eosinofilia en sangre periférica es un dato muy importante con vistas a sospechar de esta patología, un recuento normal de eosinófilos o incluso como en nuestro caso una eosinopenia, no descarta ni mucho menos la enfermedad. En algunas ocasiones, la eosinofilia aparece en hemogramas posteriores a la intervención quirúrgica.

Pozniak propone la ultrasonografía como un método útil para intentar diferenciar la gastroenteritis eosinofílica de enteritis de Crohn, linfomas, isquemia intestinal y apendicitis (18). Se suele apreciar en los casos de enteritis eosinofílica un engrosamiento de la pared intestinal (11). En presencia de obstrucción intestinal y en los pacientes con abdomen agudo que pueden permitir un estudio diagnóstico, la ecografía puede aportar datos de interés, encontrando un segmento intestinal engrosado que apoye la sospecha clínica y analítica de una enteritis eosinofílica, o más fácilmente, que la descarte, encontrando por ejemplo signos de apendicitis. El estudio radiológico con TAC puede ser también muy útil, encontrándose en-

grosamiento de las válvulas conniventes intestinales (19), aunque en los casos de oclusión intestinal, la administración de contraste oral no es lo más apropiado. También se han publicado experiencias de diagnóstico de la enfermedad mediante laparoscopia, evidenciando un intestino engrosado con o sin adenopatías mesentéricas (20), pudiéndose realizar incluso una biopsia intestinal (21,22). La laparoscopia diagnóstica puede estar quizás indicada en aquellos pacientes obstruidos o con dolor abdominal con una sospecha clínica: antecedentes de atopia, movimiento del recuento de eosinófilos en sangre periférica y una ecografía sugestiva de enteritis eosinofílica.

El diagnóstico, únicamente realizado tras el análisis anatómopatológico, revela una infiltración del tubo digestivo por células polimorfonucleares eosinófilas que debe ser diferenciada de la que ocurre en la enfermedad de Crohn, en los linfomas intestinales y en los síndromes hipereosinófilos.

Se ha descrito el tratamiento con éxito de una obstrucción intestinal secundaria a enteritis eosinofílica con mesalamina, azatioprina y cromoglicato. Sería importante investigar el efecto del tratamiento inmunosupresor en esta patología con el fin de evitar en la medida de lo posible la intervención quirúrgica, sobre todo en los casos de obstrucción intestinal (23).

Se pueden obtener las siguientes conclusiones:

—La enteritis eosinofílica es una entidad poco frecuente que suele cursar con síndrome de malabsorción intestinal. No obstante, puede debutar de forma aguda como perforación intestinal, como síndrome oclusivo intestinal o, más frecuentemente, como abdomen agudo.

—La perforación intestinal suele asentarse en íleon terminal (ileítis eosinofílica), y su indicación quirúrgica sin más dilación parece poco discutible. La ileítis puede ocasionar asimismo un cuadro de abdomen agudo similar al producido por apendicitis aguda.

—La obstrucción intestinal suele deberse más frecuentemente a casos de yeyunitis, por lo que se debe sospechar en síndromes oclusivos de tramos intestinales altos.

—La eosinofilia es sugerente de la enfermedad pero un recuento normal no la excluye. El antecedente personal o familiar de alguna manifestación alérgica puede ayudar al diagnóstico.

—La ecografía o la TAC de urgencia pueden revelar un asa intestinal engrosada o diagnosticar otros casos más frecuentes de abdomen agudo u obstrucción intestinal que descarten una enteritis eosinofílica. La laparoscopia exploradora con toma de biopsia estaría justificada en casos con alta sospecha diagnóstica.

No obstante sería interesante conocer si estos esfuerzos diagnósticos pudieran estar dirigidos a intentar un posible tratamiento médico con corticoides y/o fármacos inmunosupresores que evitaran la intervención quirúrgica en aquellos casos de síndromes suboclusivos o abdomen agudo no perforativo, aunque la baja frecuencia de esta enfermedad como patología quirúrgica urgente hacen difícil el realizar un estudio estadísticamente fiable.