

**Ileítis estenosante eosinofílica como causa inusual de
abdomen agudo obstructivo asociada a gastroduodenitis
eosinofílica: reporte de caso**

Eosinophilic stenosing ileitis as an unusual cause of acute
obstructive abdomen associated with eosinophilic
gastroduodenitis: case report

José Antonio Guerrero Palma

jguerreropal@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0001-3176-9512>
Ministerio De Salud Pública Del Ecuador
Esmeraldas – Ecuador

Sara Sofía Zumárraga Muñoz

sofiazumu1997@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-8345-3894>
Universidad Central del Ecuador
Quito – Ecuador

María de los Ángeles Núñez Almeida

maria081197@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0005-4301-4140>
Hospital de Especialidades de las Fuerzas
Armadas FF.AA N.1
Quito – Ecuador

Gustavo Israel Muñoz Trujillo

munozgustavo1@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0003-8266-5769>
Hospital de Especialidades de las Fuerzas
Armadas FF. AA N.1
Quito – Ecuador

Francisco Javier Yépez Vargas

pancho15555@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-8493-9493>
Instituto Tecnológico Superior Cordillera
Quito – Ecuador

José Vicente Fonseca Barragán

jofonsecab@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0003-9489-6185>
Ministerio de Salud Pública
Guayaquil – Ecuador

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i5.4600>

Artículo recibido: 13 de junio de 2025
Aceptado para publicación: 01 de octubre de 2025.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i5.4600>

Ileítis estenosante eosinofílica como causa inusual de abdomen agudo obstructivo asociada a gastroduodenitis eosinofílica: reporte de caso

Eosinophilic stenosing ileítis as an unusual cause of acute obstructive abdomen associated with eosinophilic gastroduodenitis: case report

José Antonio Guerrero Palma

jguerreropal@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0001-3176-9512>
Ministerio De Salud Pública Del Ecuador
Esmeraldas – Ecuador

Sara Sofía Zumárraga Muñoz

sofiazumu1997@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-8345-3894>
Universidad Central del Ecuador
Quito – Ecuador

María de los Ángeles Núñez Almeida

maria081197@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0005-4301-4140>
Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas FF.AA N.1
Quito – Ecuador

Gustavo Israel Muñoz Trujillo

munozgustavo1@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0003-8266-5769>
Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas FF. AA N.1
Quito – Ecuador

Francisco Javier Yépez Vargas

pancho15555@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-8493-9493>
Instituto Tecnológico Superior Cordillera
Quito – Ecuador

José Vicente Fonseca Barragán

jofonsecab@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0003-9489-6185>
Ministerio de Salud Pública
Guayaquil – Ecuador

Artículo recibido: 13 de junio de 2025. Aceptado para publicación: 01 de octubre de 2025.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

La enteritis eosinofílica es una enfermedad poco frecuente caracterizada por la infiltración de eosinófilos en el tubo digestivo, con mayor compromiso en estómago e intestino delgado, y cuyo diagnóstico se confirma mediante biopsias endoscópicas, tras excluir causas secundarias; en este contexto, presentamos el caso de un paciente adulto que ingresó por cuadro de abdomen agudo obstructivo secundario a ileítis estenosante eosinofílica, en quien se realizó una revisión exhaustiva de su expediente clínico para detallar aspectos relevantes de la evolución y del abordaje terapéutico, aportando así una descripción integral de su manejo, donde se evidencia que el paciente fue sometido

a laparotomía exploratoria con enterectomía y posterior anastomosis entero entérica íleo-ileal como tratamiento quirúrgico de la complicación obstructiva, resaltando que esta entidad presenta un perfil epidemiológico que muestra mayor incidencia en mujeres y en adultos mayores de 18 años, siendo además un desafío diagnóstico por la inespecificidad de los síntomas, lo que obliga a mantener un alto índice de sospecha clínica y a recurrir a estudios histopatológicos para confirmación, destacándose que el tratamiento médico de primera elección continúa siendo el uso de corticosteroides sistémicos, aunque en los últimos años se han explorado alternativas terapéuticas con agentes biológicos como mepolizumab y omalizumab, que han mostrado resultados prometedores en casos refractarios, y que, sin embargo, en situaciones de complicaciones graves como la obstrucción intestinal, las intervenciones quirúrgicas siguen siendo imprescindibles para resolver el cuadro agudo y garantizar la recuperación del paciente.

Palabras clave: ileítis eosinofílica, obstrucción intestinal, gastroenteropatías eosinofílicas, abdomen agudo

Abstract

Eosinophilic enteritis is a rare disease characterized by the infiltration of eosinophils in the digestive tract, most commonly affecting the stomach and small intestine, and its diagnosis is confirmed through endoscopic biopsies after excluding secondary causes. In this context, we present the case of an adult patient admitted with acute obstructive abdomen secondary to eosinophilic stenosing ileitis, in whom a thorough review of the clinical record was carried out to detail relevant aspects of disease progression and therapeutic approach, thus providing a comprehensive description of the management. The case showed that the patient underwent exploratory laparotomy with enterectomy and subsequent ileo-ileal enteroenteric anastomosis as surgical treatment for the obstructive complication. It is important to highlight that this condition shows an epidemiological profile with a higher incidence in women and adults over 18 years of age, and its diagnosis remains challenging due to nonspecific symptoms, which requires a high index of clinical suspicion and histopathological studies for confirmation. Systemic corticosteroids remain the first-line treatment; however, in recent years, therapeutic alternatives with biological agents such as mepolizumab and omalizumab have been explored, showing promising results in refractory cases. Nevertheless, in severe complications such as intestinal obstruction, surgical interventions remain essential to resolve the acute presentation and ensure patient recovery.

Keywords: eosinophilic ileitis, intestinal obstruction, eosinophilic gastroenteropathies, acute abdomen

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons.



Cómo citar: Guerrero Palma, J. A., Zumárraga Muñoz, S. S., Núñez Almeida, M. de los Ángeles, Muñoz Trujillo, G. I., Yépez Vargas, F. J., & Fonseca Barragán, J. V. (2025). Ileítis estenosante eosinofílica como causa inusual de abdomen agudo obstructivo asociada a gastroduodenitis eosinofílica: reporte de caso. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 6 (5), 248 – 259. <https://doi.org/10.56712/latam.v6i5.4600>

INTRODUCCIÓN

La enteritis eosinofílica, o gastroenteritis eosinofílica, es una enfermedad poco frecuente que se distingue por la presencia de eosinófilos en el tejido intestinal. Estos pueden impactar diferentes capas de la pared del tracto gastrointestinal. Pese a que tiene la capacidad de afectar cualquier sección desde el esófago hasta el recto, los lugares que más se reportan son el intestino delgado y el estómago (Arva, N. C., Bernieh, A., Lopez-Nunez, O., Pletneva, M., Yang, G., & Collins, M. H, 2024).

Las enfermedades eosinofílicas gastrointestinales (EGIE) son una agrupación de patologías en crecimiento, caracterizadas por un predominio de eosinófilos en distintas partes del intestino, sin que haya una razón secundaria para esta eosinofilia. Las EGIE se dividen en colitis, enteritis, gastritis y esofagitis eosinofílica según la zona intestinal que resulta afectada (Gonsalves, N, 2019).

La epidemiología de las EGIE ha evolucionado rápidamente. La enteritis, antes considerada una enfermedad rara, ahora presenta una incidencia de 7,7 nuevos casos por cada 100.000 habitantes al año y una prevalencia de 34,4 casos por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, se dispone de menos información sobre las EGID no relacionadas con la esofagitis eosinofílica, cuya prevalencia varía entre 2,1 y 17,6 por cada 100.000 personas, dependiendo de factores como la edad, el sexo y la etnia (Irani, S., & Kozarek, R. A, 2015).

El diagnóstico se basa en la presencia de síntomas indicativos, biopsias endoscópicas que revelan infiltración anormal de eosinófilos en el intestino, y la exclusión de otras causas secundarias de eosinofilia (Janssens, J., & Vanuytsel, T, 2023). La esofagitis eosinofílica comúnmente provoca disfagia y episodios de impactación del bolo alimenticio, mientras que la GE, la EE y la CE pueden manifestarse con dolor abdominal y diarrea, acompañados o no de otros síntomas inespecíficos. Además, aunque en la actualidad las EGID se agrupan como entidades separadas, puede ocurrir que un paciente tenga enfermedades diferentes que se superpongan (Koutri, E., & Papadopoulou, A, 2018).

Pese a que las EGID son entidades patológicas de aparición más bien reciente, la investigación acerca de los tratamientos se ha desarrollado con rapidez. En la actualidad, se están llevando a cabo ensayos clínicos controlados para valorar nuevas moléculas; entre ellas, formulaciones de esteroides, inmunosupresores y anticuerpos monoclonales especialmente dirigidos a mediadores moleculares concretos de estas patologías. Por esta razón, es esencial identificar estas condiciones con antelación e iniciar el tratamiento apropiado (Li, K., Ruan, G., Liu, S., Xu, T., Guan, K., Li, J., & Li, J, 2023).

METODOLOGÍA

Reporte de caso de paciente adulto que presentó un cuadro clínico de abdomen agudo obstructivo, secundario a una ileítis estenosante eosinofílica. Se realizó una exhaustiva revisión de todo el expediente clínico del paciente para detallar y analizar cada aspecto relevante de su evolución y manejo médico, con el fin de proporcionar una descripción completa del caso en este informe. La revisión incluyó la evaluación de antecedentes médicos, exámenes diagnósticos realizados, intervenciones terapéuticas aplicadas y el seguimiento postoperatorio, ofreciendo una visión integral del proceso diagnóstico y terapéutico llevado a cabo en esta institución hospitalaria.

DESARROLLO

Presentación Del Caso

Masculino de 32 años con antecedentes patológicos personales de asma bronquial y dermatitis atópica, antecedentes familiares de madre diabética y antecedente quirúrgico de una cirugía de hernia realizada hace tres años, se presenta con un cuadro de dolor abdominal en la región epigástrica con

una intensidad de 8/10 en la escala EVA, de aproximadamente tres días de evolución sin haber recibido atención médica previa.

Debido a la persistencia de los síntomas, el paciente acude acompañado de múltiples episodios de vómitos desde el inicio del cuadro. Al ser evaluado, se le administra medicación (Omeprazol 40 mg por vía intravenosa y N-butilescolamina).

Examen físico

Signos vitales

Tensión arterial: 125/70 mmHg,

Frecuencia cardiaca: 82 por minuto

Frecuencia respiratoria: 20 por minuto

Saturación de oxígeno: 92% aire ambiente

Temperatura: 36 °c.

Examen regional

Orientado en tiempo, espacio y persona, puntuación de Glasgow: 15/15

Mucosa oral: secas

Cuello: simétrico sin adenopatías

Tórax: simétrico; cardiorrespiratorio sin patologías.

Abdomen: distendido, tenso, y doloroso a la palpación superficial y profunda en la región epigástrica.

Extremidades: simétricas, sin patología evidente

Exámenes Paraclínicos

Laboratorios

Ante este cuadro clínico, se sospechó un abdomen agudo, por lo que se decidió hidratar al paciente y prepararlo para una intervención quirúrgica.

Tabla 1

Exámenes de laboratorio de ingreso

FECHA	06/07/2019
Leucocitos	16,72
Neutrofilos	82,5/7,7/5,49
Hematocrito	51,8
Hemoglobina	16
Plaquetas	273

Se realizó una cirugía bajo anestesia general, con incisión supra e infraumbilical media, profundizando por planos hasta llegar a la cavidad abdominal, donde se identificaron los siguientes hallazgos:

Líquido inflamatorio aproximadamente 500 cc en cavidad distribuido en los cuatro cuadrantes abdominales.

Apéndice cecal normal macroscópicamente

Dilatación de asas de yeyuno, íleon desde el ángulo de Treitz hasta 1 metro antes de válvula ileocecal.

Zona de íleon estenótica de aproximadamente 2cm de longitud de paredes engrosadas y peristaltismo ausente. [figura 1]

Eplipon mayor engrosado con bordes fibróticos y adenopatías. [figura 2]

Con estos hallazgos se procedió a realizar una resección intestinal de un segmento del íleon, más anastomosis entero-entérica íleo ileal, más omentectomía parcial. Paciente permaneció hospitalizado por 6 días, se le inició tolerancia oral a las 72 horas, la cual la tolero adecuadamente y se fue progresando paulatinamente, abdomen suave depresible leve dolor en sitio quirúrgico, no signos de peritonismo, ruidos hidroaéreos presentes, por lo que se indica alta médica para seguimiento por consulta externa.

Figura 1

Zona de intestino delgado (íleon) resecado que ocasionaba la estenosis intestinal



Figura 2

Segmento de epiplón mayor resecado durante la cirugía



En la consulta externa se revisa resultados de histopatológico los cuales reportan: Macroscopia: segmento de intestino delgado, abierto por su borde mesentérico, mide 8 cm de longitud por 2 cm de diámetro, la serosa deslustrada, granular, congestiva, la mucosa gris amarillenta, a nivel del borde anti mesentérico se aprecian placas de Peyer congestivas y ligeramente ulceradas. Adicionalmente se recibe epiplón que pesa 401g extendido sobre la mesa mide 26X17X4,5 cm de color gris amarillento; no se aíslan nódulos. [figura 3]

Figura 3

Examen histopatológico, macroscopia



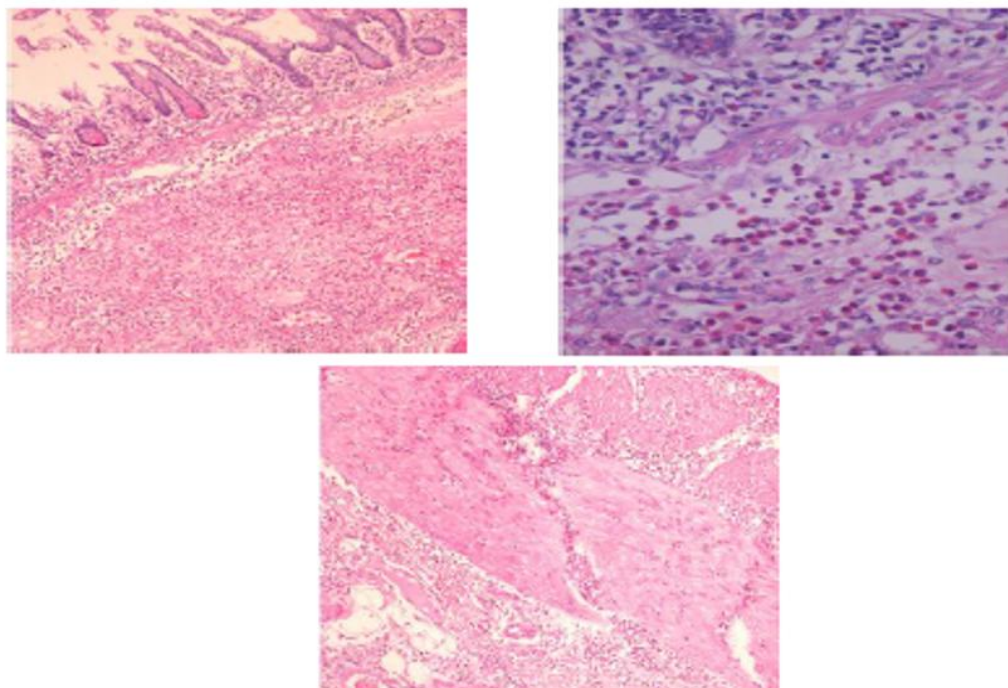
Microscopia

Los cortes muestran intestino delgado, cuyas vellosidades se encuentran dilatadas, edematosas, con focos de erosión y ulceración superficial; en la lámina propia existe hemorragia subepitelial y marcada inflamación aguda, constituida predominantemente por abundantes eosinófilos, que se distribuyen en forma difusa. La submucosa con marcado edema, áreas de fibrosis, zonas de congestión vascular,

hemorragia y presencia de innumerables eosinófilos, que en sectores forman microabscesos; esta inflamación atraviesa las capas musculares, llegando hasta la subserosa y comprometiendo en áreas la serosa y en sectores la grasa periférica. En otros cortes las placas de Peyer se encuentran ulceradas y reemplazadas por igual proceso inflamatorio. Los cortes de tejido adiposo presentan áreas de congestión vascular, hemorragia e inflamación eosinofílica. [Figura 4] Definiendo como diagnóstico una lleítis eosinofílica y una serositis eosinofílica.

Figura 4

Examen histopatológico, microscopia



Paciente vuelve a ingresar por emergencia 2 semanas después del alta médica por presentar dolor abdominal en epigastrio de moderada intensidad por lo que se indica la realización de una endoscopia digestiva alta la cual reporta signos de pangastroduodenopatía eritematosa de grado leve, esófago de aspecto normal y se toman biopsia de esófago, fónix, cuerpo, antro, bulbo duodenal, segunda porción duodenal para estudio histopatológico y de *Helicobacter Pylori*, reportando en la microscopia presencia de eosinófilos en la lámina propia en número de 41 en fónix, 24 en cuerpo, 44 en antro, 23 en bulbo duodenal y 15 en segunda porción duodenal por cada 10 CAM, teniendo como resultado una gastroduodenitis eosinofílica crónica no activa, esófago normal y *Helicobacter pylori* positivo. Por lo que se optimiza analgesia y se da tratamiento con omeprazol, claritromicina y amoxicilina por 15 días con controles subsecuentes.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La enteritis eosinofílica es una enfermedad rara del aparato digestivo que se distingue por la infiltración de eosinófilos en la mucosa intestinal, sobre todo en el yeyuno, íleon y duodeno. Es visto como una clase de trastorno eosinofílico gastrointestinal (EGID), donde se supone que intervienen procesos inmunológicos relacionados con alérgenos alimentarios y reacciones inmunes del tipo Th2 (Low, E. E., & Dellon, E. S, 2023)

Incidencia: De acuerdo con la población, el 57.7% de los pacientes que padecen enteritis eosinofílica son mujeres y más del 80% de los casos se presentan en adultos que superan los 18 años. La enteritis eosinofílica, a pesar de ser menos frecuente que otros trastornos gastrointestinales eosinofílicos (por ejemplo, la esofagitis eosinofílica), tiene un impacto similar en ambos sexos. **Prevalencia:** Se calcula que la enteritis eosinofílica tiene una prevalencia de cerca de 5.1 individuos por cada 100,000 personas. A pesar de que el trastorno es relativamente infrecuente, las investigaciones indican un predominio ligero en individuos caucásicos (77.5%) y en mujeres (Marasco, G., Visaggi, P., Vassallo, M., Fiocca, M., Cremon, C., Barbaro, M. R., De Bortoli, N., Bellini, M., Stanghellini, V., Savarino, E. V., & Barbara, G, 2023).

Síntomas clínicos

La enteritis eosinofílica presenta síntomas diversos e inespecíficos, como náuseas, vómitos, distensión abdominal, diarrea y dolor abdominal. En situaciones más severas, la obstrucción intestinal puede ser un resultado de la infiltración eosinofílica (De Chambrun, G. P., Dufour, G., Tassy, B., Rivière, B., Bouta, N., Bismuth, M., Panaro, F., Funakoshi, N., Ramos, J., Valats, J., & Blanc, P, 2018).

La capa intestinal que se ve afectada determina la presentación clínica:

Mucosa: Es posible que produzca diarrea, pérdida de peso, enteropatía con pérdida de proteínas, anemia y dolor en el abdomen.

Muscular: Normalmente produce síntomas obstructivos, como son vómitos, distensión y un fuerte dolor abdominal.

Subserosa: En ciertos casos, la distensión abdominal puede estar acompañada de ascitis eosinofílica (Shoda, T., Taylor, R. J., Sakai, N., & Rothenberg, M. E, 2024).

Diagnóstico

La inespecificidad de los síntomas hace que el diagnóstico de la enteritis eosinofílica sea difícil. Y necesita una confirmación histopatológica a través de biopsias endoscópicas que evidencien la infiltración de eosinófilos en el tejido mucoso intestinal. Para un diagnóstico exacto y el monitoreo de la enfermedad, es fundamental realizar biopsias en varios lugares (Van-Londoño, I., Ramírez-Giraldo, C., Echeverri, J. C. M., Villany-Sarmiento, J. J., & Fino-Velásquez, L. M, 2024).

Tratamiento

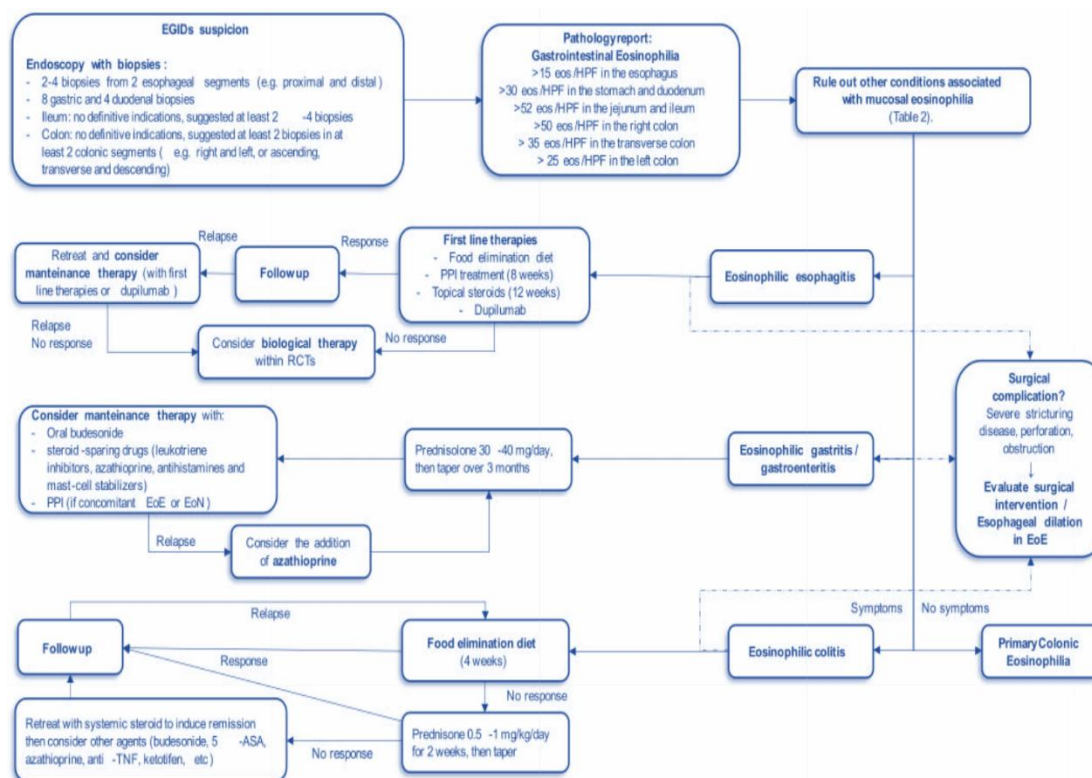
Los corticosteroides son el tratamiento preferido, pues han probado su eficacia al disminuir la inflamación y aliviar los síntomas. Su uso está restringido a períodos breves como consecuencia de los efectos secundarios que genera su administración durante mucho tiempo. Se emplean otras terapias, como cromoglicato de sodio y antihistamínicos, aunque su eficacia es variable. Las terapias emergentes comprenden productos biológicos, por ejemplo, omalizumab (anti-IgE) y mepolizumab (anti-IL5), que han demostrado tener resultados alentadores en investigaciones iniciales (Walker, M. M., Potter, M., & Talley, N. J, 2018).

Tratamiento Quirúrgico

El tratamiento quirúrgico podría ser requerido para tratar situaciones difíciles, como la obstrucción intestinal provocada por el engrosamiento de la pared a causa de la infiltración eosinofílica. Las alternativas abarcan la resección segmentaria del intestino afectado o la estricturoplastia, en función de cuán grave y dónde esté localizada la estenosis. La selección del método quirúrgico depende de elementos como la condición clínica del paciente y la longitud de la estenosis (Zhang, H., Ma, C., Xue, Y., Hu, Z., Xu, Z., Wang, Y., & Zhou, G, 2021).

Figura 5

Algoritmo diagnóstico terapéutico de las enfermedades gastrointestinales eosinofílicas



CONCLUSIONES

A pesar de que la enteritis eosinofílica no es común, tiene un gran valor clínico por la variedad de síntomas y complicaciones que puede mostrar. El tratamiento está orientado a controlar los síntomas y reducir la inflamación, en tanto que las intervenciones quirúrgicas se reservan para casos severos, por ejemplo, las obstrucciones intestinales. Según la literatura existente, el perfil epidemiológico muestra una prevalencia más alta en las mujeres y en los adultos de edad superior a 18 años. Debido a la baja prevalencia de la enfermedad, el diagnóstico se vuelve difícil porque los síntomas no son específicos y necesitan un enfoque detallado que incluye biopsias para confirmarlos.

Es esencial el uso de corticosteroides en la terapia, pero los efectos secundarios a largo plazo hacen que sea preciso contemplar otras alternativas terapéuticas, como los biológicos, que permiten un control de la inflamación más seguro. Medicamentos como mepolizumab y omalizumab han mostrado ser alentadores. En situaciones de complicaciones graves causadas por el engrosamiento de la pared intestinal, son fundamentales las intervenciones quirúrgicas, incluyendo la estricturoplastia y la resección intestinal. Un manejo integral debe abarcar la detección temprana, la terapia apropiada y un seguimiento frecuente para adaptar el tratamiento, además de la educación del paciente y el respaldo psicológico para optimizar su calidad de vida y su adherencia al tratamiento.

Recomendaciones

Se recomienda que el abordaje de la enteritis eosinofílica sea multidisciplinario, con especial énfasis en el diagnóstico precoz mediante una adecuada correlación clínica, endoscópica e histopatológica, lo

que permitirá reducir la demora diagnóstica y evitar complicaciones. El tratamiento debe iniciarse con corticosteroides para controlar la inflamación, pero, debido a los riesgos asociados a su uso prolongado, es fundamental evaluar alternativas terapéuticas como los agentes biológicos, particularmente en casos refractarios, para lograr un control más seguro y sostenido.

Además, las operaciones quirúrgicas deben llevarse a cabo solamente en casos graves, como cuando hay un estrechamiento de la pared intestinal o una obstrucción intestinal, eligiendo técnicas como la resección o la estricturoplastia dependiendo del caso clínico. Es fundamental llevar a cabo un seguimiento regular y organizado que posibilite la adaptación del tratamiento según la respuesta del paciente, así como brindar apoyo psicológico y educación sanitaria para optimizar la calidad de vida y promover el cumplimiento terapéutico.

REFERENCIAS

Arva, N. C., Bernieh, A., Lopez-Nunez, O., Pletneva, M., Yang, G., & Collins, M. H. (2024). Histopathology of Eosinophilic Gastrointestinal Diseases Beyond Eosinophilic Esophagitis. *Immunology And Allergy Clinics Of North America*, 44(2), 369-381. <https://doi.org/10.1016/j.iac.2024.01.008>

De Chambrun, G. P., Dufour, G., Tassy, B., Rivière, B., Bouta, N., Bismuth, M., Panaro, F., Funakoshi, N., Ramos, J., Valats, J., & Blanc, P. (2018). Diagnosis, Natural History and Treatment of Eosinophilic Enteritis: a Review. *Current Gastroenterology Reports*, 20(8). <https://doi.org/10.1007/s11894-018-0645-6>

Gonsalves, N. (2019). Eosinophilic gastrointestinal disorders. *Clinical Reviews In Allergy & Immunology*, 57(2), 272-285. <https://doi.org/10.1007/s12016-019-08732-1>

Irani, S., & Kozarek, R. A. (2015). Techniques and principles of endoscopic treatment of benign gastrointestinal strictures. *Current Opinion In Gastroenterology*, 31(5), 339-350. <https://doi.org/10.1097/mog.0000000000000200>

Janssens, J., & Vanuytsel, T. (2023). Non-esophageal eosinophilic gastrointestinal diseases: a narrative review. *Acta Gastro Enterologica Belgica*, 86(3), 449-459. <https://doi.org/10.51821/86.3.11869>

Koutri, E., & Papadopoulou, A. (2018). Eosinophilic Gastrointestinal Diseases in Childhood. *Annals Of Nutrition And Metabolism*, 73(Suppl. 4), 18-28. <https://doi.org/10.1159/000493668>

Li, K., Ruan, G., Liu, S., Xu, T., Guan, K., Li, J., & Li, J. (2023). Eosinophilic gastroenteritis: Pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Chinese Medical Journal*. <https://doi.org/10.1097/cm9.0000000000002511>

Low, E. E., & Dellon, E. S. (2023). Review article: Emerging insights into the epidemiology, pathophysiology, diagnostic and therapeutic aspects of eosinophilic oesophagitis and other eosinophilic gastrointestinal diseases. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 59(3), 322-340. <https://doi.org/10.1111/apt.17845>


Marasco, G., Visaggi, P., Vassallo, M., Fiocca, M., Cremon, C., Barbaro, M. R., De Bortoli, N., Bellini, M., Stanghellini, V., Savarino, E. V., & Barbara, G. (2023). Current and Novel Therapies for Eosinophilic Gastrointestinal Diseases. *International Journal Of Molecular Sciences*, 24(20), 15165. <https://doi.org/10.3390/ijms242015165>

Shoda, T., Taylor, R. J., Sakai, N., & Rothenberg, M. E. (2024). Common and disparate clinical presentations and mechanisms in different eosinophilic gastrointestinal diseases. *Journal Of Allergy And Clinical Immunology*, 153(6), 1472-1484. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2024.03.013>

Van-Londoño, I., Ramírez-Giraldo, C., Echeverri, J. C. M., Villany-Sarmiento, J. J., & Fino-Velásquez, L. M. (2024). Eosinophilic enterocolitis in duodenum, ileum, and colon: A case report. *Heliyon*, 10(5), e26885. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e26885>

Walker, M. M., Potter, M., & Talley, N. J. (2018). Eosinophilic gastroenteritis and other eosinophilic gut diseases distal to the oesophagus. *The Lancet. Gastroenterology & Hepatology*, 3(4), 271-280. [https://doi.org/10.1016/s2468-1253\(18\)30005-0](https://doi.org/10.1016/s2468-1253(18)30005-0)

Zhang, H., Ma, C., Xue, Y., Hu, Z., Xu, Z., Wang, Y., & Zhou, G. (2021). A case report about eosinophilic enteritis presenting as abdominal pain. *Medicine*, 100(39), e27296. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000027296>

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](#) .