https://doi.org/10.22516/25007440.1521

Reporte de caso

Esofagitis linfocítica asociada a estenosis esofágica proximal grave: reporte de caso

Lymphocytic esophagitis associated with severe proximal esophageal stricture: A case report

Williams Celedonio-Campos,[1*] Víctor Sánchez-Cerna.[2]

ACCESO ABIERTO

Citación:
Celedonio-Campos W, Sánchez-Cerna V. Esofagitis linfocítica asociada a estenosis esofágica proximal grave: reporte de caso. Rev. colomb. Gastroenterol. 2026;41(4):521-526.
https://doi.org/10.22516/25007440.1521

[1] Profesional en Gastroenterología, Servicio de Gastroenterología, Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, Perú.
[2] Médico Gastroenterólogo, especialista en Endoscopia Terapéutica, Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, Perú.

***Correspondencia:** Williams Celedonio-Campos.
williams.celedonio@upch.pe

Fecha recibido: 27/01/2026
Fecha aceptado: 22/07/2026

Resumen

Introducción: la esofagitis linfocítica es una causa infrecuente de disfagia, caracterizada por infiltración peripapilar de linfocitos intraepiteliales. Su presentación fenotípica como estenosis esofágica proximal grave es excepcional.

Caso clínico: varón de 79 años con disfagia progresiva de 11 meses y pérdida ponderal de 9 kg. La endoscopia reveló una estenosis cervical puntiforme. Después de una sesión inicial fallida, una segunda dilatación con balón de expansión controlada progresiva franqueó la lesión, y evidenció mucosa "traquealizada" con exudados. El estudio histopatológico de las biopsias reportó hiperplasia basal e infiltrado de 22 a 30 linfocitos por campo de gran aumento en el epitelio peripapilar, sin eosinófilos, compatible con esofagitis linfocítica. El tratamiento con omeprazol 20 mg a doble dosis durante seis meses se asoció con mejoría clínica, endoscópica e histológica, sin necesidad de redilatación.

Conclusión: la esofagitis linfocítica debe considerarse en el diagnóstico diferencial de estenosis esofágica proximal en adultos mayores. La terapia combinada de dilatación con balón de expansión controlada progresiva e inhibidor de la bomba de protones sugiere una estrategia segura y resolutiva a mediano plazo.

Palabras clave: esofagitis, disfagia, estenosis esofágica.

Abstract

Introduction: Lymphocytic esophagitis is an uncommon cause of dysphagia characterized by peripapillary infiltration by intraepithelial lymphocytes. Its phenotypic presentation as a severe proximal esophageal stricture is exceptionally rare.

Case Report: A 79-year-old man presented with an 11-month history of progressive dysphagia and a 9-kg weight loss. Endoscopy revealed a pinpoint cervical esophageal stricture. Following an initially unsuccessful session, a second progressive dilation with a controlled radial expansion balloon successfully traversed the lesion and revealed trachealized mucosa with exudates. Histopathologic examination of biopsy specimens demonstrated basal cell hyperplasia and an infiltrate of 22–30 lymphocytes per high-power field within the peripapillary epithelium, with no eosinophils, findings consistent with lymphocytic esophagitis. Treatment with omeprazole 20 mg twice daily for 6 months was associated with clinical, endoscopic, and histologic improvement, with no need for repeat dilation.

Conclusion: Lymphocytic esophagitis should be considered in the differential diagnosis of proximal esophageal strictures in older adults. Combined treatment with progressive controlled radial expansion balloon dilation and a proton pump inhibitor may represent a safe and effective medium-term therapeutic strategy.

Keywords: Esophagitis, dysphagia, esophageal stricture.

INTRODUCCIÓN

La esofagitis linfocítica es una enfermedad poco prevalente. Rubio y colaboradores en 2006 fueron los primeros en describir esta patología como una entidad independiente, caracterizada por un proceso inflamatorio crónico con infiltración peripapilar de linfocitos intraepiteliales sin o con pocos granulocitos en ausencia de infecciones; en la

literatura actual, el punto de corte aceptado es 20-30 linfocitos intraepiteliales por campo de gran aumento en al menos una de las seis biopsias[1-5]. Hasta la actualidad, la fisiopatología no está claramente definida. Existen diversas teorías, entre las cuales se destaca la posibilidad de que se trate de una reacción de hipersensibilidad o proceso alérgico a una noxa no determinada, un proceso autoinmune, o bien, algo relacionado con enfermedad por reflujo gastroesofágico, dismotilidad esofágica, entre otros[4-6].

Los pacientes suelen manifestar disfagia como síntoma más común; sin embargo, también se ha reportado dolor torácico, náuseas, pirosis y dolor abdominal. Los hallazgos endoscópicos son variables, y pueden ir desde una mucosa de aspecto normal hasta la presencia de anillos concéntricos o estenosis, y las enfermedades inflamatorias crónicas como esofagitis eosinofílica, enfermedad por reflujo gastroesofágico, enfermedad de Crohn esofágica y liquen plano esofágico son los principales diagnósticos diferenciales[2,7,8].

Actualmente, no existe una guía de tratamiento para esta enfermedad. Dada la similitud en la presentación clínica con la esofagitis eosinofílica, ambas entidades suelen abordarse terapéuticamente de manera análoga, con un tratamiento farmacológico basado principalmente en inhibidores de la bomba de protones, así como en intervenciones endoscópicas terapéuticas, entre las que se destaca la dilatación esofágica en casos seleccionados[6,9].

Se presenta el caso de un paciente con esofagitis linfocítica asociada a una estenosis esofágica proximal refractaria a un primer intento de dilatación.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente varón de 79 años con un cuadro clínico de 11 meses de evolución caracterizado por disfagia progresiva (grado 2 según el puntaje de disfagia de Dakkak y Bennett), pérdida ponderal de 9 kg en 5 meses y dos episodios recientes de impactación alimentaria que se resolvieron con la ingesta de líquidos, sin necesidad de ingreso al servicio de emergencia. Negó antecedentes de alergias, ingesta de cáusticos, tabaquismo o polifarmacia. Refirió el consumo de alcohol de forma ocasional y carecía de historia de familiares con patología gastrointestinal o procedimientos endoscópicos previos, se le solicitó un esofagograma baritado, en el que se evidenció una zona de estenosis circular de paredes regulares a nivel del esófago cervical (**Figura 1**).

La endoscopia digestiva alta evidenció, a nivel de la unión faringoesofágica, una estenosis puntiforme, por lo que se procedió a la administración de una sustancia de contraste bajo control fluoroscópico, con la que se identificó una estenosis regular y menor de 1 cm, que permitió únicamente el paso de una guía hidrofílica biliar de 0,035 pulgadas. Ante dicho hallazgo, se efectuó una dilatación endoscópica progresiva mediante balones de expansión controlada (Micro-Tech Endoscopy®) bajo guía fluoroscópica. Se emplearon de forma secuencial balones de 8 mm (3 atm; modelo MBD-BM-BA-2), 10 mm (9 atm; modelo MBD-BM-BA-2) y 12 mm (8 atm; modelo MBD-CM-BA-2).

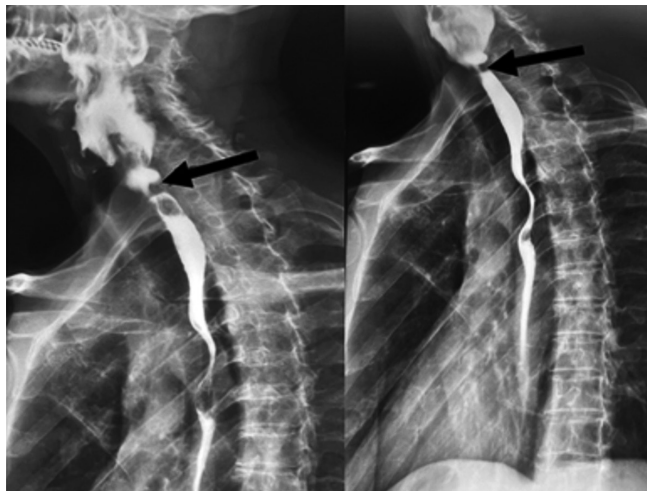


Figura 1. Esofagograma baritado: estenosis a nivel del esófago cervical (flecha).
Imagen propiedad de los autores.

La insuflación de los balones se realizó mediante un dispositivo de inflado con manómetro de 60 mL (Micro-Tech Balloon Inflation Device®, modelo BID-15-60-01), utilizando una mezcla de solución salina estéril y un medio de contraste hidrosoluble. Cada insuflación se mantuvo durante un tiempo máximo de 3 minutos. El procedimiento logró una adecuada expansión del segmento estenótico. No obstante, en la reevaluación posterior persistió la imposibilidad de avanzar el endoscopio a través del segmento estenótico. Con la finalidad de complementar el estudio y valorar la extensión extramural, se solicitó una tomografía cervical contrastada, la cual evidenció engrosamiento simétrico y difuso de las paredes esofágicas con predominio proximal.

Dos semanas después, se realizó una segunda sesión de dilatación esofágica bajo una guía fluoroscópica, previa colocación de guía hidrofílica biliar de 0,035 pulgadas a través del segmento estenótico. La dilatación se efectuó de forma secuencial utilizando balones de expansión controlada (Micro-Tech Endoscopy®) de 12 mm (3 atm; modelo MBD-DM-BA-2) y 15 mm (8 atm; modelo MBD-DM-BA-2). A pesar de alcanzar el diámetro máximo programado, la expansión del segmento estenótico fue limitada, por lo que persistió una estenosis significativa. En consecuencia, se decidió continuar la dilatación con balón de 16,5 mm de diámetro (4,5 atm; modelo MBD-EM-BA-2) con lo que

se logró franquear la zona estenótica, sin complicaciones inmediatas. Se evidenció mucosa esofágica con exudados blanquecinos dispersos y anillos concéntricos que conferían un aspecto traquealizado predominantemente en el esófago cervical (**Figura 2**). Se obtuvieron cuatro biopsias del tercio proximal y distal para el estudio histopatológico. El estómago y duodeno presentaron hallazgos endoscópicos dentro de la normalidad; asimismo, se tomaron cuatro biopsias de cada uno de estos segmentos.

El estudio histopatológico reveló hiperplasia de la capa basal asociada a infiltración linfocítica intraepitelial peripapilar, con recuentos de 22 y 30 linfocitos por campo de gran aumento en muestras obtenidas del tercio proximal y distal del esófago, respectivamente, sin evidencia de eosinófilos o neutrófilos circundantes (hematoxilina y eosina, 40 X). Estos hallazgos descritos fueron compatibles con esofagitis linfocítica (**Figura 3**). Las biopsias del estómago y duodeno no mostraron hallazgos destacables.

Después de seis meses de tratamiento con omeprazol 20 mg por vía oral a doble dosis, el paciente presentó una evolución favorable con mejoría sintomática (grado 0 según el puntaje de disfagia de Dakkak y Bennett[10]) y una ganancia ponderal de 5 kg. La endoscopia de control, con toma de biopsias en el esófago proximal y distal, mostró una luz esofágica de calibre conservado y un adecuado paso del endoscopio. En el estudio histológico se observó un infiltrado intraepitelial de aproximadamente 15 linfocitos por campo de gran aumento (hematoxilina y eosina, 40 X). Ante todos los hallazgos descritos, no se consideró necesaria una nueva sesión de dilatación endoscópica.

DISCUSIÓN

La esofagitis linfocítica es una entidad infrecuente cuya mayor incidencia se ha descrito en mujeres durante la sexta década de vida, en contraste con el presente caso, correspondiente a un paciente varón de 79 años. Asimismo, la distribución anatómica descrita en la literatura evidencia un predominio del compromiso del esófago medio. Este patrón difiere del observado en la esofagitis eosinofílica, caracterizada por una afectación variable que puede comprometer tanto el esófago proximal como el distal, así como de la esofagitis por reflujo gastroesofágico, que típicamente presenta un compromiso predominante en la región distal[7,11]. Contrariamente a estos hallazgos, en el presente caso la estenosis se localizó en la región proximal, lo que constituye una presentación atípica con respecto a la distribución descrita.

El patrón de toma de biopsias constituiría un factor determinante en la precisión diagnóstica. En una cohorte de 81 pacientes, la obtención de muestras en el esófago de forma aleatoria, en comparación con la biopsia dirigida, se asoció con una mayor tasa de detección de casos positivos; esto sugiere la presencia de compromiso histológico no siempre evidente en la evaluación endoscópica[5]. Bajo este enfoque, en nuestro caso se optó por la obtención de biopsias tanto de áreas macroscópicamente anómalas (tercio proximal del esófago) como de segmentos sin hallazgos endoscópicos destacables (tercio distal), con el objetivo de incrementar el rendimiento diagnóstico.

Su baja incidencia reportada podría explicarse, en parte, por su escaso reconocimiento tanto por los patólogos como por los gastroenterólogos, así como por su frecuente superposición clínica y endoscópica con otras causas de inflamación crónica como liquen plano, enfermedad de Crohn, reflujo gastroesofágico y, particularmente, la esofagitis eosinofílica[6,8,11]. Desde esta perspectiva, en un estudio piloto, patólogos gastrointestinales previamente entrenados para estandarizar criterios histopatológicos analizaron 129.525 biopsias esofágicas recolectadas en laboratorios

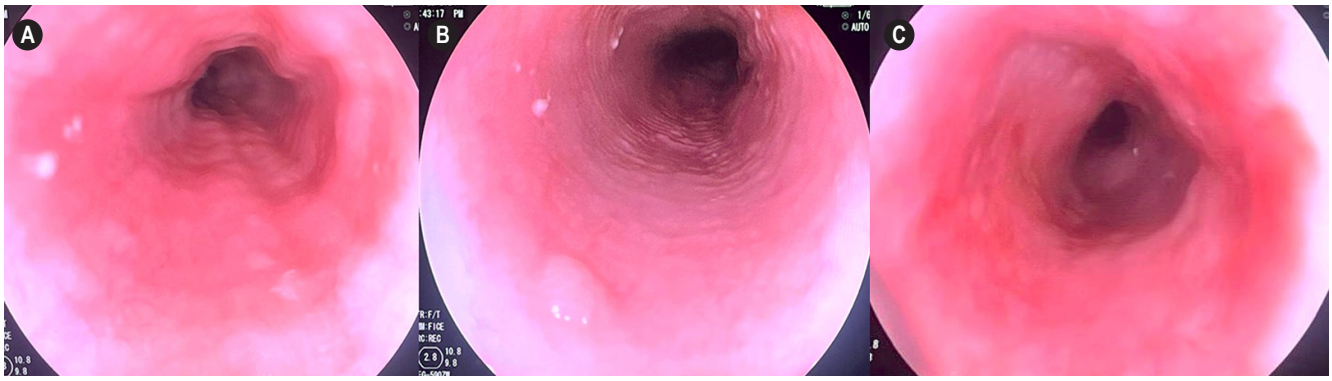


Figura 2. Endoscopia digestiva alta: exudado blanquecino, aspecto "traquealizado" a nivel del esófago proximal (**A** y **B**) y endoscópicamente sin alteraciones en el tercio distal (**C**).
Imágenes propiedad de los autores.

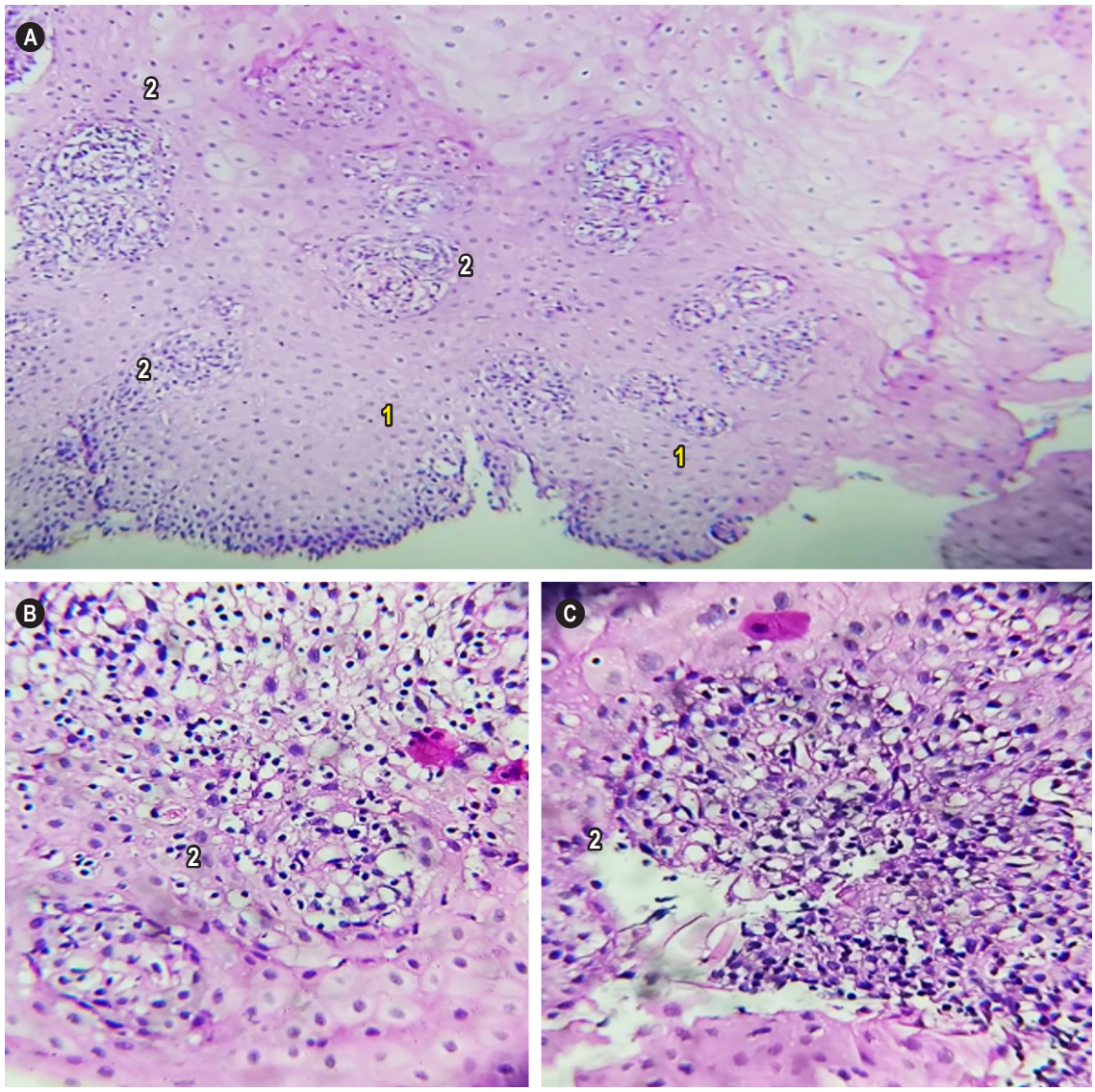


Figura 3. Hallazgos histopatológicos de biopsia de mucosa esofágica revela una hiperplasia de células basales (**1**) e infiltración de linfocitos a zonas intraepiteliales y peripapilares (**2**) sin evidencia de eosinófilos ni neutrófilos. **A.** Hematoxilina y eosina, 10 X. **B** y **C.** Hematoxilina y eosina, 40 X.
Imágenes propiedad de los autores.

interconectados en Estados Unidos y Puerto Rico. Como resultado, se identificaron 119 casos de esofagitis linfocítica (<0,1%) frente a 3745 casos de esofagitis eosinofílica. Estos hallazgos no solo evidencian la baja frecuencia, sino que también muestran que las manifestaciones clínicas y las características endoscópicas de ambas enfermedades se superponen considerablemente, lo que favorece un potencial subregistro[4].

Esta enfermedad suele caracterizarse por un comportamiento benigno y un curso clínico crónico. Cohen y colaboradores fueron los primeros en describir su historia natural, con un seguimiento promedio de 3,3 años; el 90% de los pacientes reportaron una adecuada calidad de vida y buena respuesta al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones[5]. No obstante, se ha reportado en la literatura un caso de perforación esofágica espontánea[12]. En el presente caso, durante la segunda sesión de dilatación endoscópica bajo guía radiológica con balones de expansión controlada de 12 mm (3 atm) y 15 mm (8 atm), se evidenció una adecuada distensibilidad y ausencia de sangrado, lo que permitió la progresión controlada hasta 16,5 mm (4,5 atm). A lo largo del procedimiento no se registraron complicaciones,

ni intraoperatorias ni en el periodo posprocedimiento inmediato, lo que sugiere una adecuada tolerancia a la dilatación progresiva en este caso.

Con respecto a la evaluación de la respuesta terapéutica, Nguyen y colaboradores propusieron parámetros para evaluar el control de la enfermedad: la respuesta sintomática, entendida como la percepción subjetiva de mejoría por parte del paciente; la respuesta endoscópica, definida como cambios favorables en el aspecto macroscópico del esófago en la endoscopia de control, y la respuesta histológica, determinada por la mejoría en las características microscópicas de las biopsias de seguimiento, específicamente con un recuento inferior a 20-30 linfocitos en campo de gran aumento[13]. En este caso, los hallazgos clínicos, endoscópicos e histológicos concordaron con una respuesta favorable al tratamiento, por lo que no se consideró necesaria la realización de una nueva sesión de dilatación endoscópica.

Una limitación relevante de este estudio radica en su naturaleza de caso único, lo que impide establecer asociaciones causales y determinar con precisión la eficacia terapéutica de las intervenciones empleadas.

Un aspecto clave para la comprensión de esta patología es establecer criterios diagnósticos uniformes, lo cual permitiría reducir la variabilidad interobservador entre los patólogos, reportar más casos y, con eso, contribuir a un mejor reconocimiento por parte de los gastroenterólogos.

CONCLUSIÓN

La esofagitis linfocítica es una entidad rara y de baja sospecha diagnóstica, que debe considerarse en el diagnóstico diferencial de adultos mayores con disfagia crónica o estenosis esofágica proximal. Presenta hallazgos endoscópicos variables, por lo que su confirmación es fundamentalmente histopatológica. La terapia combinada de dilatación con balón de expansión controlada progresiva e inhibidor de la bomba de protones sugiere una estrategia segura y resolutiva a mediano plazo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este trabajo se realizó con base en la Declaración de Helsinki, con revisión de 2013, actualizada en 2024.

Consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado del paciente para el reporte de este caso.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial generativa ni tecnologías asistidas por inteligencia artificial en este estudio.

Fuentes de financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Contribución de los autores

- Diseño y concepción del estudio: Williams Celedonio-Campos.
- Adquisición de datos: Williams Celedonio-Campos y Víctor Sánchez-Cerna.
- Análisis e interpretación de datos: Williams Celedonio-Campos y Víctor Sánchez-Cerna.
- Redacción del manuscrito: Williams Celedonio-Campos y Víctor Sánchez-Cerna.
- Revisión crítica del manuscrito: Williams Celedonio-Campos y Víctor Sánchez-Cerna.

REFERENCIAS

1. Rubio C, Sjodahl K, Lagergren J. Lymphocytic esophagitis: a histologic subset of chronic esophagitis. Am J Clin Pathol. 2006;125(3):432-37. https://doi.org/10.1309/7LA8LGY08UEM3H26
2. Rouphael C, Gordon IO, Thota PN. Lymphocytic esophagitis: still an enigma a decade later. World J Gastroenterol. 2017;23(6):949-56. https://doi.org/10.3748/wjg.v23.i6.949.
3. Visaggi P, Savarino E, Del Corso G, Herlihy N, Ghisa M, Dunn JM, et al. Clinical characteristics, endoscopic findings, and treatment outcomes in lymphocytic esophagitis compared with eosinophilic esophagitis. Am J Gastroenterol. 2025;120(2):469-72. https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000003046
4. Haque S, Genta RM. Lymphocytic oesophagitis: clinicopathological aspects of an emerging condition. Gut.

2012;61(8):1108-14.
https://doi.org/10.1136/gutjnl-2011-301014
5. Cohen S, Saxena A, Waljee AK, Piraka C, Purdy J, Appelman H, et al. Lymphocytic esophagitis: a diagnosis of increasing frequency. J Clin Gastroenterol. 2012;46(10):828-32.
https://doi.org/10.1097/MCG.0b013e3182500de8
6. Zaver HB, Ghoz H, Malviya BJ, Brahmbhatt B, Palmer WC, Lacy BE, et al. Lymphocytic esophagitis: assessing risk factors and clinical outcomes. Dig Dis Sci. 2021;66(11):3976-84.
https://doi.org/10.1007/s10620-020-06706-4
7. Hussein M, Mitchison M, Sweis R. Lymphocytic oesophagitis: diagnosis and management. Clin Med (Lond). 2023;23(6):540-44.
https://doi.org/10.7861/clinmed.2023-0440
8. Reddy CA, McGowan E, Yadlapati R, Peterson K. AGA clinical practice update on esophageal dysfunction due to disordered immunity and infection: expert review. Clin Gastroenterol Hepatol. 2024;22(12):2378-87.
https://doi.org/10.1016/j.cgh.2024.08.027
9. Habbal M, Scaffidi MA, Rumman A, Khan R, Ramaj M, Al-Mazroui A, et al. Clinical, endoscopic, and histologic characteristics of lymphocytic esophagitis: a systematic review. Esophagus. 2019;16(2):123-32.
https://doi.org/10.1007/s10388-018-0649-1
10. Dakkak M, Bennett JR. A new dysphagia score with objective validation. J Clin Gastroenterol. 1992;14(2):99-100.
https://doi.org/10.1097/00004836-199203000-00004
11. Greuter T, Straumann A, Fernandez-Marrero Y, Germic N, Hosseini A, Yousefi S, et al. Characterization of eosinophilic esophagitis variants by clinical, histological, and molecular analyses: a cross-sectional multi-center study. Allergy. 2022;77(8):2520-33.
https://doi.org/10.1111/all.15233
12. Hendy PJ, Wong DS, Florin TH. Spontaneous oesophageal perforation: an unreported complication of lymphocytic oesophagitis. Gut. 2013;62(11):1668-69.
https://doi.org/10.1136/gutjnl-2013-305455
13. Nguyen B, Cheng CF, Jowhari F. A systematic review of therapeutic options for lymphocytic esophagitis. Dis Esophagus. 2025;38(6):doaf112.
https://doi.org/10.1093/dote/doaf112