

Esofagitis linfocítica como causa de disfagia. Caso clínico y revisión de la literatura

Lymphocytic esophagitis as a cause of dysphagia: a case report and brief literature review

Javier Perez-Valenzuela^{1,2} , Manuel Barrera^{1,2} , María Francisca Vergara^{2,3} , Javier Chahuán^{1,2} 

¹ Departamento de Gastroenterología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

² Red de Salud UC-CHRISTUS, Santiago, Chile.

³ Departamento de Anatomía Patológica, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Recibido: 19/10/2025

Arbitrado por pares

Aprobado: 27/02/2026

En línea: 27/03/2026

Contribución de los autores

JPV: borrador original, Revisión y edición. MB: revisión y edición. MV: revisión y edición. JC: conceptualización, revisión y edición, supervisión y administración del proyecto.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiamiento

Ninguno.

Citar como

Perez-Valenzuela J, Barrera M, Vergara MF, Chahuán J. Esofagitis linfocítica como causa de disfagia. Caso clínico y revisión de la literatura. Rev Gastroenterol Peru. 2026;46(1):74-7. doi: 10.47892/rp.2026.461.2089.

RESUMEN

La esofagitis linfocítica (LyE, en inglés) es una condición inflamatoria crónica del esófago con prevalencia del 0,1% de las biopsias esofágicas. Sus principales manifestaciones clínicas son disfagia, pirosis y dolor torácico y algunos hallazgos endoscópicos que se pueden encontrar son anillos, estenosis o surcos. A continuación se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de LyE. Paciente de 63 años con antecedente de síndrome de Sjögren e hipotiroidismo en tratamiento. Presenta disfagia a sólidos progresiva de 1 año de evolución, asociado a baja de peso de 4 Kg. Estudio endoscópico y radiográfico baritado revela presencia de membrana esofágica en esófago superior, por lo que se realiza dilatación endoscópica. Posterior endoscopia digestiva alta de control con presencia de anillos y disminución del lumen esofágico. Se toman muestras para biopsia que confirman el diagnóstico de LyE. La paciente es tratada con esomeprazol con buena respuesta. LyE es una patología recientemente descrita, cuya asociación con los hallazgos histológicos y clínicos no siempre es clara. Debido a similitud en la presentación clínica y hallazgos endoscópicos, el principal diagnóstico diferencial es la esofagitis eosinofílica. El tratamiento incluye los inhibidores de la bomba de protones, corticoides deglutidos y la dilatación esofágica en casos de estenosis. Sin embargo, hasta la fecha no existen guías clínicas para su manejo.

Palabras clave: Disfagia; Esofagitis; Endoscopia (fuente: DeCS Bireme).

ABSTRACT

Lymphocytic esophagitis (LyE) is a chronic inflammatory condition of the esophagus with a prevalence of ~0.1% among esophageal biopsies. The main clinical manifestations are dysphagia, heartburn, and chest pain; some endoscopic findings includes rings, strictures, and furrows. We present the case of a patient with diagnosis of LyE. A 63-year-old woman with Sjögren syndrome and treated hypothyroidism presented with a 1-year history of progressive solid-food dysphagia and 4-kg weight loss. Endoscopy and a barium esophagogram revealed a proximal esophageal web, which was treated with endoscopic dilation. A follow-up esophagogastroduodenoscopy showed esophageal rings and luminal narrowing. Biopsies confirmed LyE. She was treated with esomeprazole with good clinical response. LyE is a recently described entity in which clinicopathologic correlations are not always straightforward. Given overlap in symptoms and endoscopic features, eosinophilic esophagitis is the principal differential diagnosis. Management options include proton-pump inhibitors, swallowed topical corticosteroids, and esophageal dilation for fixed strictures. Clear, evidence-based clinical guidelines are still lacking.

Keywords: Dysphagia; Esophagitis; Endoscopy (source: MeSH NLM).

Correspondencia:

Javier Chahuán

E-mail: jinchahua@uc.cl

INTRODUCCIÓN

Existen diversas causas de esofagitis, incluyendo la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), enfermedades inmunomediadas como la esofagitis eosinofílica, complicaciones asociadas a tratamiento, infecciones, entre otras^(1,2). Debido a la mayor disponibilidad de la endoscopia digestiva alta (EDA) con la toma de biopsias esofágicas, ha aumentado el reconocimiento de causas menos frecuentes de esofagitis en la práctica clínica habitual⁽²⁾.

La esofagitis linfocítica (LyE, *en inglés*) se define como una condición inflamatoria crónica del esófago caracterizada por la infiltración difusa de linfocitos intraepiteliales en la mucosa esofágica. Fue descrita inicialmente por Rubio en el año 2006, en un reporte de 20 pacientes⁽³⁾. Desde entonces su diagnóstico ha aumentado progresivamente a nivel mundial⁽⁴⁾. La prevalencia estimada es de 0,1% en pacientes que se realizan biopsias esofágicas⁽⁵⁾. El diagnóstico de la LyE es histopatológico, donde se utilizan los siguientes criterios diagnósticos: presencia de infiltrado linfocitario intraepitelial, asociado a espongiosis peripapilar (edema intercelular) y ausencia o leve infiltrado granulocitario. No existe un punto de corte universalmente aceptado de infiltrado de linfocitos intraepiteliales, pero la definición más aceptada lo define como más de 20 linfocitos intraepiteliales por campo de mayor aumento⁽⁵⁻⁸⁾.

Su mayor incidencia ocurre entre la quinta y sexta década de la vida, con una leve mayor predominancia en mujeres (54%)^(4,9). Algunos factores de riesgo que se han asociado a esta enfermedad son mayor edad, tabaquismo, uso de aspirina y estatinas^(6,10). En niños, se ha descrito una asociación entre LyE y la enfermedad de Crohn⁽⁸⁾. Una revisión sistemática⁽¹¹⁾ que incluyó 20 estudios observacionales encontró que el síntoma más frecuentemente reportado fue disfagia (57%), seguido de pirosis (27,5%), dolor torácico (15,8%), náuseas o vómitos (9,7%), siendo poco frecuente la impactación alimentaria (6%). Si bien el diagnóstico es histopatológico, la

endoscopia permite sospechar este trastorno. Cerca de un 30% de los pacientes puede tener una endoscopia normal. Los hallazgos endoscópicos incluyen: anillos esofágicos (18,4%), esofagitis erosiva (24%), estenosis (13%), surcos lineales (9,5%), exudados blanquecinos (3%)⁽¹²⁾. Menos frecuentemente, se describe la presencia de membrana esofágica⁽⁷⁾.

En el presente artículo describimos el caso clínico de una paciente que consulta por disfagia donde se sospechó una esofagitis linfocítica como la causa.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 63 años con antecedentes médicos de síndrome de Sjögren, enfermedad pulmonar intersticial e hipotiroidismo secundario a tratamiento con radioyodo por enfermedad de Basedow-Graves, en suplementación con levotiroxina. Sin antecedente de alergias ni consumo de tabaco o alcohol. No refiere rinitis, dermatitis atópica ni asma. Presenta historia de 1 año de evolución de disfagia a alimentos sólidos, progresiva. Ocasionalmente refiere pirosis y regurgitación. Además, refiere baja de peso de 4 kilogramos en últimos 3 meses. Se solicitó una endoscopia digestiva alta (EDA), la cual fue frustrada por incapacidad de avance por esófago proximal. Se realizó un estudio contrastado de esófago con bario que informa membrana esofágica incompleta en esófago cervical (Figura 1). Posteriormente, se realiza una dilatación esofágica mediante bújia Savary-Gilliard hasta 11 mm, sin incidentes. 1 semana después, se realiza EDA de control, donde se evidencia leve disminución del calibre esofágico y presencia de tenues anillos esofágicos (Figura 2) y se toman muestras para biopsias esofágicas proximales y distales.

El estudio histológico muestra la presencia de infiltrado linfocitario intraepitelial (> 50 linfocitos por campo de gran aumento), compatible con esofagitis linfocítica (Figura 3). Se inicia tratamiento con inhibidores de la bomba de

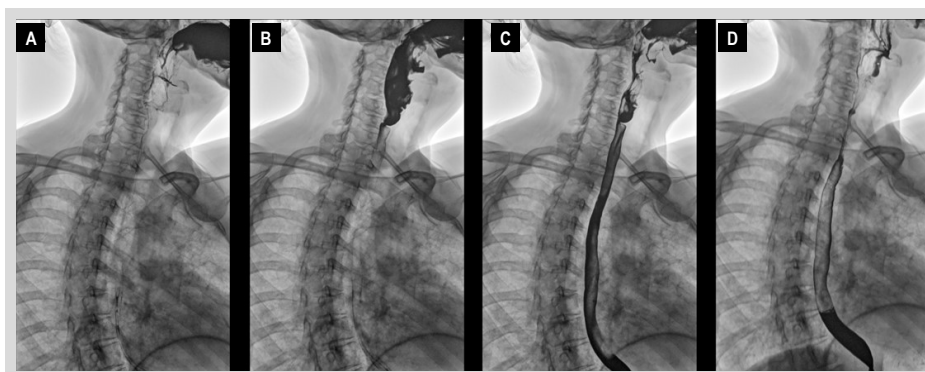


Figura 1. Estudio contrastado de esófago con bario. B y C muestran estenosis en esófago proximal secundario a membrana esofágica.

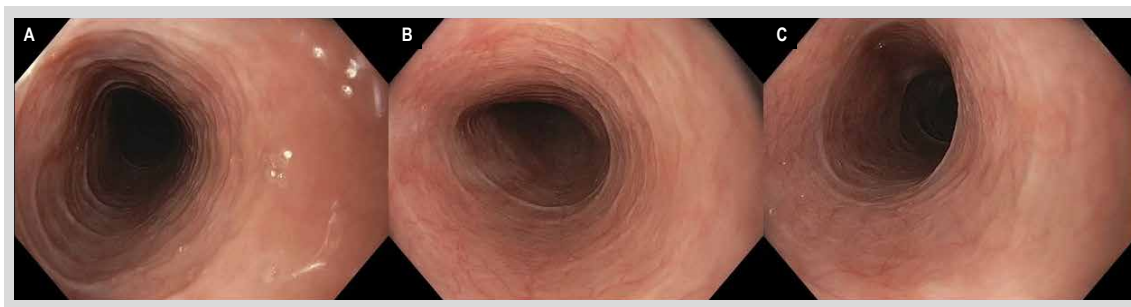


Figura 2. Endoscopia digestiva alta, imágenes esofágicas. Se observa la presencia de disminución del calibre esofágico (C) y la presencia de tenues anillos esofágicos (A-C).

protones (IBP) doble dosis. La paciente presenta buena evolución, sin disfagia a sólidos ni líquidos. A los cuatro meses de seguimiento se mantiene sin disfagia.

DISCUSIÓN

La LyE es una condición infrecuente que afecta al esófago. Hasta la fecha no se encuentra del todo caracterizada y la asociación entre hallazgos histológicos y características clínicas no es siempre clara. Sin embargo, debido a la

mayor disponibilidad de exámenes como la EDA con biopsias esofágicas y el envejecimiento de la población, se espera que sea cada vez más frecuente su hallazgo.

Como se mencionó previamente, existen múltiples otras causas de esofagitis, las cuales serán parte del diagnóstico diferencial de LyE. Es relevante realizar el diagnóstico específico entre estas, debido a que presentan diferente pronóstico y requieren diferentes tratamientos. Dentro de estas causas, destaca la esofagitis eosinofílica (EEO), debido a que presentan síntomas y hallazgos endoscópicos similares.

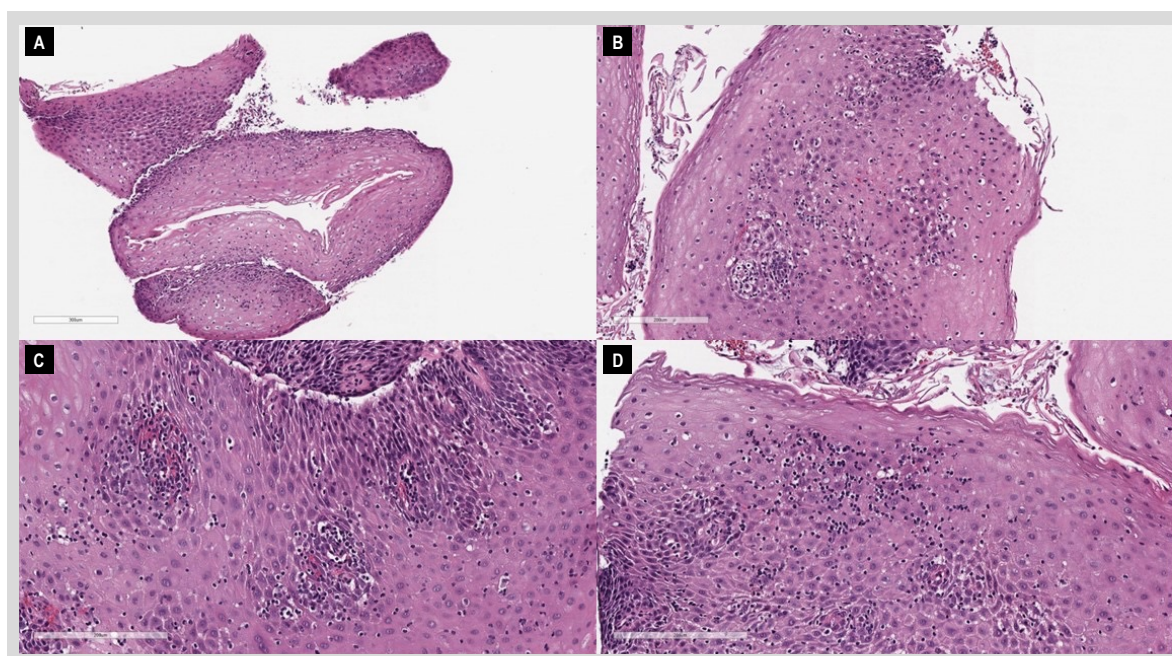


Figura 3. La esofagitis linfocítica se caracterizó por edema de la mucosa (A, 20x), con linfocitosis acentuada en la zona peripapilar (B, 100x), asociada a células disqueratóicas dispersas (flecha) (C, 400x). El recuento linfocitario superó los 50 linfocitos por campo de gran aumento, sin evidenciarse erosiones ni eosinófilos y escasos neutrófilos (D, 400x).

La EEO es una enfermedad crónica inmuno-mediada que se caracteriza clínicamente por síntomas de disfunción esofágica e histológicamente por inflamación con predominio de eosinófilos (≥ 15 eosinófilos por campo de mayor aumento en la biopsia esofágica), con descarte de otras causas de eosinofilia secundaria ⁽¹³⁾. Algunos hallazgos endoscópicos en EEO presentan similitudes a los descritos para LyE, lo que dificulta la diferenciación de ambas patologías para el endoscopista. Se describe que en hasta 1/3 de los pacientes con diagnóstico de LyE, la EDA fue informada como hallazgos sugerentes de EEO ⁽⁵⁾.

Sin embargo, existen algunas claves clínicas que pueden ayudar en el diagnóstico diferencial: el grupo epidemiológico afectado es diferente, donde EEO suele afectar a hombres jóvenes, mientras que LyE a mujeres de mayor edad; la impactación alimentaria es una manifestación común en EEO, pero infrecuente en pacientes con LyE ⁽¹⁴⁾.

Las alternativas de tratamiento de la LyE son múltiples, incluyendo el uso de IBP, corticoides tópicos deglutidos y dilatación esofágica. A diferencia de EEO, para LyE no existe un algoritmo de tratamiento establecido. El tratamiento más utilizado son los IBP (82%), con una mediana de dosis de 40 mg al día de omeprazol, mientras que el uso de corticoides tópicos se reporta en el 4,3% de los pacientes con LyE. Estos tratamientos presentan una alta respuesta, con mejoría de síntomas en 86% y normalización de la histología en 59,2% ⁽⁶⁾. En aquellos pacientes que no responden médicamente y presentan estenosis, la dilatación esofágica es un tratamiento efectivo. En el caso de nuestra paciente, la dilatación esofágica tuvo una rápida respuesta sintomática, con resolución de la disfagia.

En conclusión, la LyE es una entidad clínico-histológica recientemente descrita y que en la actualidad continúa siendo un hallazgo poco frecuente. Su diagnóstico debe ser considerado en todo paciente con disfagia, especialmente en mujeres y adultos mayores. El diagnóstico definitivo requiere de los hallazgos histopatológicos, lo que enfatiza la importancia de la toma de biopsias en todo paciente que consulta por disfagia, sin una causa estructural evidente a la EDA. El tratamiento tiene algunas características comunes con la EEO, sin embargo, se requieren más estudios para proponer algoritmos de tratamiento. La historia natural es poco conocida. Un estudio basado en encuesta a los pacientes, con una mediana de seguimiento de 3,3 años, mostró la mejoría de los síntomas en 58,6% de los pacientes y 68,9% reportaron una buena o excelente calidad de vida ⁽⁴⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mastracci L, Grillo F, Parente P, Unti E, Battista S, Spaggiari P, et al. Non gastro-esophageal reflux disease related esophagitis: An overview with a histologic diagnostic approach. *Pathologica*. 2020;112(3):128-37. doi: 10.32074/1591-951X-156.
2. Panarelli NC. Other Forms of Esophagitis: It Is Not Gastroesophageal Reflux Disease, So Now What Do I Do? *Surg Pathol Clin*. 2017;10(4):765-79. doi: 10.1016/j.path.2017.07.001.
3. Rubio CA, Sjö Dahl K, Lagergren J. Lymphocytic esophagitis: a histologic subset of chronic esophagitis. *Am J Clin Pathol*. 2006;125(3):432-7.
4. 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. doi: 10.1097/MCG.0b013e3182500de8.
5. Haque S, Genta RM. Lymphocytic oesophagitis: Clinicopathological aspects of an emerging condition. *Gut*. 2012;61(8):1108-14. doi: 10.1136/gutjnl-2011-301014.
6. Zaver HB, Ghaz 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. doi: 10.1007/s10620-020-06706-4.
7. Rouphael C, Gordon IO, Thota PN. Lymphocytic esophagitis: Still an enigma a decade later. *World J Gastroenterol*. 2017;23(6):949-56. doi: 10.3748/wjg.v23.i6.949.
8. Pittman ME. Lymphocytic Esophagitis: Current Understanding and Controversy. *Am J Surg Pathol*. 2022;46(1):e55-63. doi: 10.1097/PAS.0000000000001667.
9. Hussein M, Mitchison M, Sweis R. Lymphocytic oesophagitis: diagnosis and management. *Clin Med (Lond)*. 2023;23(6):540-4. doi: 10.7861/clinmed.2023-0440.
10. Pasricha S, Gupta A, Reed CC, Speck O, Woosley JT, Dellon ES. Lymphocytic Esophagitis: An Emerging Clinicopathologic Disease Associated with Dysphagia. *Dig Dis Sci*. 2016;61(10):2935-41. doi: 10.1007/s10620-016-4230-2.
11. 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. doi: 10.1007/s10388-018-0649-1.
12. Patil DT, Hammer S, Langer R, Yantiss RK. Lymphocytic esophagitis: An update on histologic diagnosis, endoscopic findings, and natural history. *Ann N Y Acad Sci*. 2018;1434(1):185-91. doi: 10.1111/nyas.13710.
13. Lisovsky M. Inflammatory conditions of the esophagus: an update. *Ann N Y Acad Sci*. 2020;1481(1):5-10. doi: 10.1111/nyas.14450.
14. Visaggi P, Savarino E, Corso G Del, 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. doi: 10.14309/ajg.0000000000003046.