

## EOSINOFILIA EN PEDIATRIA. PRESENTACION DE CASOS CLINICOS

Néstor Renaudo, Moisés Jalil, Roxana Gianelli, Elisabeth Marengo, José Ochoa, Pedro Saracho Cornet, Julia Risco.

Departamento de Clínica Pediátrica, Hospital Infantil de Córdoba, Jujuy 3000 (5000), Córdoba,

### RESUMEN

Se presentan cuatro casos clínicos de distinta etiología y en cuya presentación la Hiper eosinofilia fue un signo relevante. Los diagnósticos finales fueron los de Toxocariasis, Ascaridiasis, Leucemia Linfocítica Aguda, e Histiocitosis de Células de Langerhans.

**Palabras clave:** Eosinofilia - Pediatría - toxocariasis - leucemia - histiocitosis.

### INTRODUCCION

El Eosinófilo es una célula Hematopoyética misteriosa que acompaña a diversas enfermedades pediátricas que muchas veces exigen un meduloso raciocinio para su diagnóstico. Presentaremos cuatro casos disímiles pero en donde la eosinofilia fue el signo más destacado.

### MATERIAL Y METODOS. PRESENTACION DE CASOS

1) Niño de Santiago del Estero, 2 años, eutrófico, con palidez generalizada y catarro bronquial con 2 meses de evolución. Salvo esos signos su examen físico fue normal. El hemocitológico reveló más de 100.000 leucocitos por  $\text{mm}^3$  con el 72% de Eosinófilos y anemia con 5,7 g % Hb. La médula ósea reveló Hiperplasia eosinofílica. En controles sucesivos en sangre periférica los eosinófilos fueron del 100%. La serología para Toxocara Canis fue positiva, diagnosticándose toxocariasis. Buena respuesta al Tiabendazol.

2) Niño de 5 años, de San Juan, con síndrome febril prolongado, adenomegalias cervicales, tumefacción parotídea, dolor óseo, hepatoesplenomegalia y disnea. Los exámenes complementarios revelaron 220.000 leucocitos con el 76% de Eosinófilos y

Plaquetopenia, un ecocardiograma señaló cardiomiopatía infiltrativa restrictiva y hematología llegó a la conclusión diagnóstica de Leucemia Linfocítica Aguda con infiltración eosinofílica. Se inició terapia que se discontinuó en su lugar de origen y falleció a los 30 días del diagnóstico.

3) Niño de 5 años, desnutrido de 1º grado, con dolor abdominal recurrente y Síndrome Febril Prolongado de un mes de evolución. El E.F., fue normal salvo la palidez y un leve dolor abdominal. El Hemograma señaló 16.000 Leucocitos con el 30% de Eosinófilos, V.S.G. aumentada y anemia, Médula Osea normal. La ecografía abdominal señaló adenopatías retroperitoneales. Se efectuó laparatomía exploradora e histopatológicamente el estudio ganglionar señaló que se trataba de una Histiocitosis de células de Langerhans. Buena respuesta al tratamiento con corticoides, Vinblastina y Metotrexato.

4) Niña de 2 años con signología clínica de abdomen agudo. El hemocitológico reveló 24.000 Leucocitos con el 36% de Eosinófilos, la exploración quirúrgica hizo el diagnóstico de Oclusión Intestinal por Ascaris Lumbricoides.

### DISCUSION

Se puede afirmar que existe eosinofilia si el número total de eosinófilos excede los 700 por  $\text{mm}^3$ . Las parasitosis son en general las principales causales de Eosinofilia en pediatría<sup>7</sup>, y ellas explican dos de nuestros casos. En uno de ellos la Toxocariasis fue el diagnóstico final efectuado; este parásito que solo ocasionalmente afecta al ser humano ocasiona el Síndrome de Larva Migrans Visceralis; no se lo encuentra en materia fecal y puede ocasionar un cuadro clínico acompañado de hipertermia, infiltrados pulmonares cambiantes, hepatoesplenomegalia y un número va-

riable de otros signos y síntomas como manifestaciones dermatológicas, articulares y otras <sup>2,5</sup>. Una lesión no muy frecuente pero potencialmente grave es el compromiso ocular anunciado por pérdida unilateral de la visión y confundible con un Retinoblastoma. El Tiabendazol es una buena y confiable arma terapéutica a 50 mg / kg durante 10 días <sup>4</sup>. El E.L.I.S.A., para Toxocara, se usa en nuestro medio para diagnóstico y el pronóstico es en general bueno, aunque la eosinofilia pueda persistir años pese a la remisión clínica <sup>7</sup>.

Otra parasitosis común en nuestro medio y que puede debutar con signología de Oclusión Intestinal como uno de los casos aquí descritos, es la Ascariasis; a su vez, éste parásito es de una de las etiologías del Síndrome de Loeffler, que está caracterizado por manifestaciones clínicas a nivel pulmonar con infiltrados fugaces y cambiantes detectados radiológicamente.

Distintas afecciones hematológicas se asocian a hipereosinofilia y una de ellas es la Leucemia Linfoblástica Aguda <sup>3</sup>. Hay estudios que sugieren que esta manifestación sería proceso reactivo a la enfermedad maligna más que una parte de él.

La Histiocitosis de células de Langerhans, especialmente aquellas formas de rápida progresión y evolución maligna se han asociado también con eosinofilia <sup>1,6</sup>, y ello fue una de las características del atípico caso que aquí presentamos.

Hay múltiples afecciones que en parte o en toda su evolución pueden acompañarse de eosinofilia y ellas pueden involucrar desde causas triviales como una urticaria, fácilmente diagnosticable, hasta causas más exóticas como un Síndrome de Wells <sup>8</sup>, solo para mencionar algunas.

Lo importante de este enigmático Glóbulo Blanco que muchas veces se detecta en varias patologías es que, si bien es aun desconocido en muchas de sus funciones, obliga a un concienzudo análisis clínico para arribar a un certero diagnóstico.

## SUMMARY

We present four clinical cases where eosinophilia was a prominent sign. Final Diagnoses were Toxocariasis, Ascaris Lumbricoides Infection, Acute Lymphocytic Leukaemia and Histiocytosis of Langerhans Cells.

**Key words:** eosinophilia - pediatry - toxocariosis - leukaemia - histiocytosis.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ballard J O, Binder R A, Rath C E, Powel D: Malignant Histiocytosis in a patient presenting with leukocytosis, eosinophilia, and lymph node granuloma. *Cancer* 35:1444-1450, 1975.
2. Beraldi L, Cendrero P, Espada G, Grichener J, Narotta H: Eosinofilia grave. *Arch Arg Ped* 80:75-79, 1982.
3. Catovsky D, Bernasconi C, Verdonch P, J: The association of eosinophilia with Lymphoblastic Leukaemia or Lymphoma: A Study of seven patients. *Br J, Haematol* 45:523-527, 1980.
4. Cunha E F: Toxocara Disease Resistant to Thiabendazole. A case report in Rio de Janeiro, World Congress of Pediatrics, Río de Janeiro, Brasil, 1992, Abstracts, 238.
5. Freigeiro D H, Drelichman G I, Aversa L A: El Granulocito Eosinófilo y las eosinofiliias de interés Pediátrico. *Rev Hosp Niños Bs. As.* 29:154-160, 1987.
6. Liao K T, Rosai J, Daneshbod K: Malignant Histiocytosis. Cutaneous Involvement and Eosinophilia. *Am J Clin Pathol* 57:438-443, 1972.
7. Lukens J N: Eosinophilia in Children: *Ped Clin North Am* 19:969, 1972.
8. Melski J W: Well's Syndrome, Insect Bites And Eosinophils, *Dermatol Clin* 8 (2): 287-293, 1990.