

# Cuando la alergia no era alergia: el rostro atípico y joven de una neoplasia mieloproliferativa crónica eosinofílica

Josefina Lihn-Wünkhaus<sup>1</sup>, Dayanara Serrano-Lemus<sup>2</sup>, Nicolás Rodríguez-Pizarro<sup>3</sup>, Monserrat Ariste-Arellano<sup>4</sup>

1. Becada Medicina Interna, Universidad de Santiago de Chile.Hospital Barros Luco Trudeau, 2. Becada Medicina Interna Sur, Universidad de Chile, 3. Hematólogo, Hospital Barros Luco Trudeau.Profesor adjunto Departamento Universidad de Chile, 4. Hematóloga, Hospital Barros Luco Trudeau. Profesor Adjunto Departamento Universidad de Chile.

**Introducción** El síndrome hipereosinofílico (SHE) se define por una eosinofilia persistente  $>1.500 \text{ eos/}\mu\text{L}$  asociada a daño de órgano blanco. Su variante mieloproliferativa —actualmente considerada una neoplasia mielóide crónica eosinofílica (NMCE)— es una entidad infrecuente (0,033 por 100.000 hab/año), con riesgo de complicaciones multiorgánicas progresivas. Su diagnóstico requiere excluir causas secundarias y demostrar clonalidad mediante estudios morfológicos, inmunofenotípicos y moleculares. Presentamos el caso de un paciente joven con hipereosinofilia en contexto de afectación multiorgánica subclínica. **Caso clínico** Hombre de 31 años con antecedentes de diabetes tipo 1 y nefropatía diabética, derivado para estudio de eosinofilia persistente severa ( $\text{RAE} >14.000/\mu\text{L}$ ) y asintomático. El frotis mostró eosinófilos de gran tamaño, con núcleos multilobulados y vacuolización citoplasmática. Destaca también Vitamina B12  $>2000$  (sobre rango de laboratorio). Durante la hospitalización se describe exantema acneiforme, sugestivo de infiltración cutánea eosinofílica. Se solicita estudio que confirma compromiso multiorgánico: fibrosis miocárdica subepicárdica en evaluación por cardiorresonancia, neumonitis eosinofílica, hepatoesplenomegalia por hallazgos en tomografía de tórax, abdomen y pelvis. Se solicitó estudio de causas secundarias: VIH no reactivo, serologías parasitarias (Toxocariasis, Schistosomiasis y Strongyloides stercoralis) y coproparasitológico negativo; inmunológicas negativas; recuento de inmunoglobulinas normal; estudio de paraproteínas sin componente monoclonal. La biopsia de médula ósea evidenció hipereosinofilia prominente (78%) asociada a fibrosis reticulínica y colágena, sin displasia sin incremento de blastos, compatible con una neoplasia mieloproliferativa eosinofílica. Estudios moleculares BCR-ABL y JAK2 negativos, FIP1L1-PDGFR $\alpha$  resultado indeterminado. Se inició prednisona  $1 \text{ mg/kg/día}$  con respuesta parcial por lo que se agrega imatinib  $100 \text{ mg}$ , logrando disminución progresiva y normalización del recuento de eosinófilos a las 4 semanas de tratamiento. **Discusión** La neoplasia mielóide crónica eosinofílica es una entidad infrecuente, de predominio masculino, con edad media de presentación en la sexta década de la vida. Este caso presenta a un paciente joven con compromiso sistémico multiorgánico subclínico caracterizado por hipereosinofilia sostenida, severo compromiso medular, cardíaco, pulmonar, hepatoesplénico y cutáneo, que obliga a sospechar esta entidad a pesar de la edad y la ausencia de síntomas. Su baja frecuencia y presentación atípica dificultan el diagnóstico precoz, pero su identificación es clave para instaurar tratamiento específico y prevenir progresión a formas irreversibles. Reportes como este contribuyen al reconocimiento clínico temprano de esta patología poco frecuente.