

## INSTRUCCIÓN 5/2024

**ASUNTO:** Aplicación de las recomendaciones terapéuticas acordadas por la Comisión Central de Farmacia del Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea (SNS-O)

La Comisión Central de Farmacia es un órgano colegiado consultivo, dependiente de la Subdirección de Farmacia y Prestaciones, creado por Orden Foral 42/2016 de 11 de mayo. cuyas funciones serán, entre otras, y de conformidad con el artículo 2 de la indicada orden foral:

- proponer pautas de colaboración para lograr una prescripción efectiva, segura y eficiente de los medicamentos y productos sanitarios farmacéuticos por parte de los profesionales sanitarios de todos los ámbitos asistenciales del SNS-O;
- proponer a la Dirección Gerencia del SNS-O la incorporación de nuevos medicamentos de uso o diagnóstico hospitalario incluidos dentro de las categorías contempladas en el Anexo de la orden foral;
- proponer a la Dirección Gerencia del SNS-O la autorización individualizada de uso de medicamentos por circunstancias clínicas particulares que los hagan aconsejables.

La citada Comisión ha recomendado a esta Dirección Gerencia la elaboración de una instrucción que haga ejecutivas, desde la fecha de la firma de la presente instrucción, las recomendaciones contenidas en el acta de la reunión del día 18 de enero de 2024.

### INSTRUCCIONES

**Primero-** Se aprueba el protocolo de esofagitis eosinofílica redactado por el Servicio de Digestivo del HUN (anexo)

**Segundo-** Se aprueba el nivolumab en combinación con quimioterapia de 1ª línea como tratamiento de elección para pacientes con cáncer de esófago escamoso avanzado, recurrente o metastásico, siempre que se cumplan todos los requisitos siguientes:

- Expresión tumoral de PDL1 TPS  $\geq 1\%$
- Tener una adecuada función medular, hepática y renal

- No tener ninguna de las contraindicaciones habituales a los fármacos inmunoterápicos (fundamentalmente enfermedad autoinmune no controlada o necesidad de inmunosupresión)

**Tercero.** - Se aprueba el nivolumab como tratamiento para pacientes con adenocarcinoma esófago-gástrico que presentan enfermedad irreseccable o metastásica, en combinación con quimioterapia de 1ª línea, y:

- Tumor con expresión de PDL1 CPS  $\geq 5$
- Tener una adecuada función medular, hepática y renal
- No tener ninguna de las contraindicaciones habituales a los fármacos inmunoterápicos (fundamentalmente enfermedad autoinmune no controlada o necesidad de inmunosupresión)

**Cuarto.**- Se aprueba el pembrolizumab asociado a quimioterapia (platino-fluoropirimidinas) en primera línea de tratamiento para pacientes afectos de carcinoma de esófago metastásico o localmente avanzado siempre que se cumplan todos los requisitos siguientes:

- Presentar biomarcador positivo, definido como PDL1 medido como CPS  $\geq 10$
- En el caso de los adenocarcinomas presentar biomarcador HER2 negativo
- No haber recibido previamente tratamiento sistémico para la enfermedad avanzada
- No tener posibilidad de tratamiento con intención curativa
- Tener una adecuada función medular, hepática y renal
- No tener ninguna de las contraindicaciones habituales a los fármacos inmunoterápicos (fundamentalmente enfermedad autoinmune no controlada o necesidad de inmunosupresión)

**Quinto.**- Se aprueba el uso de efgartigimod en el paciente con miastenia grave para quien se solicitó el 11/01/2024.

**Sexto.**- Se acepta el uso de leniolisib en el paciente para quien se solicitó el 12/01/2024. Se evaluará al año la respuesta obtenida con el fármaco.

**Séptimo.** - Se aprueba el mepolizumab como tratamiento adicional en pacientes a partir de los 6 años con granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GEPA) recurrente-remitente o refractaria.

#### **Octavo- Notificación**

La presente instrucción se trasladará a las siguientes unidades:

- Gerencia del HUN
- Gerencia del Área de Tudela

- Gerencia del Área de Estella
- Gerencia de Atención Primaria
- Gerencia de Salud Mental
- Dirección Asistencial del HUN
- Dirección Asistencial del Área de Tudela
- Dirección Asistencial del Área de Estella
- Dirección de Asistencia Sanitaria al Paciente
- Servicio de Atención Primaria y Continuidad Asistencial del Área de Tudela
- Servicio de Atención Primaria y Continuidad Asistencial del Área de Estella
- Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial
- Servicio de Gestión de Prestaciones y Conciertos
- Servicio de Farmacia del HUN
- Sección de Farmacia del Hospital de Tudela
- Sección de Farmacia del Hospital de Estella
- Sección de Farmacia y Dietética de la Gerencia de Salud Mental
- Servicio de Farmacia de la Clínica Universidad de Navarra
- Servicio de Farmacia del Hospital San Juan de Dios
- Servicio de Farmacia de la Clínica San Miguel
- Servicio de Farmacia Sociosanitario
- Subdirección de Asistencia Sanitaria Integrada
- Subdirección de Farmacia y Prestaciones

Pamplona, 21 de febrero de 2024

**EL DIRECTOR GERENTE  
DEL SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA**

Jesús Alfredo Martínez Larrea

## Anexo

### ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA

*Servicio de Digestivo. Hospital Universitario de Navarra.*

*8 de enero del 2024*

La esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad crónica, inmuno o antígeno-mediada, desencadenada en la mayoría de los casos por una alergia alimentaria no mediada por Ig-E. Se caracteriza por síntomas de disfunción esofágica y por una inflamación mucosa con predominio de eosinófilos, con un impacto muy negativo en la calidad de vida de los pacientes.

Típicamente se presenta con síntomas de disfagia e impactación alimentaria en los adultos, siendo menos frecuentes la clínica de reflujo y el dolor torácico. En los niños la clínica es más inespecífica, varía con la edad, y puede presentarse con problemas alimentarios, retraso del crecimiento, dolor abdominal y/o vómitos. En ocasiones el diagnóstico puede retrasarse como consecuencia de una presentación insidiosa de los síntomas o por el desarrollo de estrategias auto aprendidas, como por ejemplo evitar determinados alimentos (ciertas texturas difíciles de tragar como pan o carne), beber abundante agua con las comidas... que pueden demorar el reconocimiento y la comunicación de los síntomas por los pacientes.

Se trata de una enfermedad progresiva, desde un fenotipo inflamatorio a otro fibroestenotante. En la población adulta, la duración de la enfermedad no tratada constituye el principal factor de riesgo para la remodelación fibrosa esofágica y la formación de estenosis, pero esta progresión puede ocurrir incluso en la edad pediátrica.

Presenta una incidencia y prevalencia crecientes en países occidentales, tanto en niños como en adultos. Se estimaba una prevalencia de 15 casos/100.000 antes de 2007 y de 63 casos/100.000 habitantes desde 2017. En España las cifras más recientemente comunicadas en niños y adultos se sitúan a entorno a los 100 casos/100.000 habitantes. Predomina en varones (3:1), en la raza blanca y la incidencia se incrementa en la adolescencia y presenta el pico máximo en los adultos jóvenes. Se asocia con otras enfermedades atópicas como el asma alérgica, la rinitis o la dermatitis atópica.

Histológicamente se caracteriza por un recuento pico de eosinófilos en las biopsias esofágicas  $\geq 15$  eosinófilos por campo de gran aumento (eos/cga) ó  $\geq 15$  eos/0.3 mm<sup>2</sup>, que puede acompañarse de otras características como hiperplasia basal, espongirosis, microabscesos eosinofílicos, degranulación de eosinófilos, fibrosis subepitelial..., en ausencia de otras causas de eosinofilia esofágica.

#### **Manejo**

El diagnóstico y tratamiento temprano y efectivo de la EoE puede prevenir las complicaciones a largo plazo como la fibrosis y las estenosis que requerirán el subsiguiente tratamiento endoscópico. Tras el inicio del tratamiento (dietético o

farmacológico) se recomienda realizar una endoscopia con biopsias (manteniendo el tratamiento) entre las 8 y las 12 semanas para graduar la respuesta, dado que los síntomas pueden no correlacionarse con la actividad histológica.

El objetivo del tratamiento es inducir y mantener a largo plazo la remisión clínica e histológica, aunque la remisión clínica es difícil de definir por la falta de cuestionarios clínicos validados. En adultos disponemos del Eosinophilic Esophagitis symptom Assessment Index, pero no deja de ser una evaluación sintomática subjetiva y se prefiere basar las decisiones en parámetros más objetivos como la endoscopia y la histología.

La respuesta histológica al tratamiento debe graduarse según la densidad de eosinófilos. Se define remisión como un pico de 5-15 eos/cga y remisión profunda/completa <5 eos/cga.

### **Inhibidores de la bomba de protones (IBPs):**

Los IBPs son efectivos para inducir la remisión clínica e histológica en la EoE (remisión histológica del 50% y mejoría clínica del 60% de los pacientes) y son también efectivos en el mantenimiento de los pacientes respondedores. Se recomienda un tratamiento con dosis dos veces al día durante 8-12 semanas antes de evaluar la respuesta histológica. Las dosis recomendadas de IBP en adultos son omeprazol 20-40 mg dos veces al día o equivalente; en niños, 1-2 mg/kg/día de omeprazol o equivalente (repartido en dos tomas diarias). Para el mantenimiento el 70-80% pueden conservar la respuesta con dosis más bajas y si se reagudiza, la mayoría, con el aumento de dosis recuperan la respuesta clínica e histológica.

### **Tratamiento dietético:**

El objetivo final del tratamiento es identificar los alimentos causantes de la enfermedad y eliminarlos a largo plazo de manera indefinida.

La dieta elemental, consiste en evitar cualquier alimento sólido y sustituirlo por formulaciones de aminoácidos desprovistas de capacidad antigénica, es la intervención dietética más eficaz (90%), sin embargo, tiene un papel muy limitado debido a su mala palatabilidad (que obliga a utilizar una sonda nasogástrica en muchos casos), a los efectos psicológicos y sociales que conlleva evitar el consumo de todos los alimentos convencionales, a las elevadas tasas de abandono y a su elevado coste. Se reserva para pacientes refractarios a otros tratamientos.

Los test de alergia alimentaria (prick cutáneos, IgE específica o parches epicutáneos) tienen una precisión diagnóstica insuficiente y no se recomiendan para indicar el tipo de restricción alimentaria en la EoE.

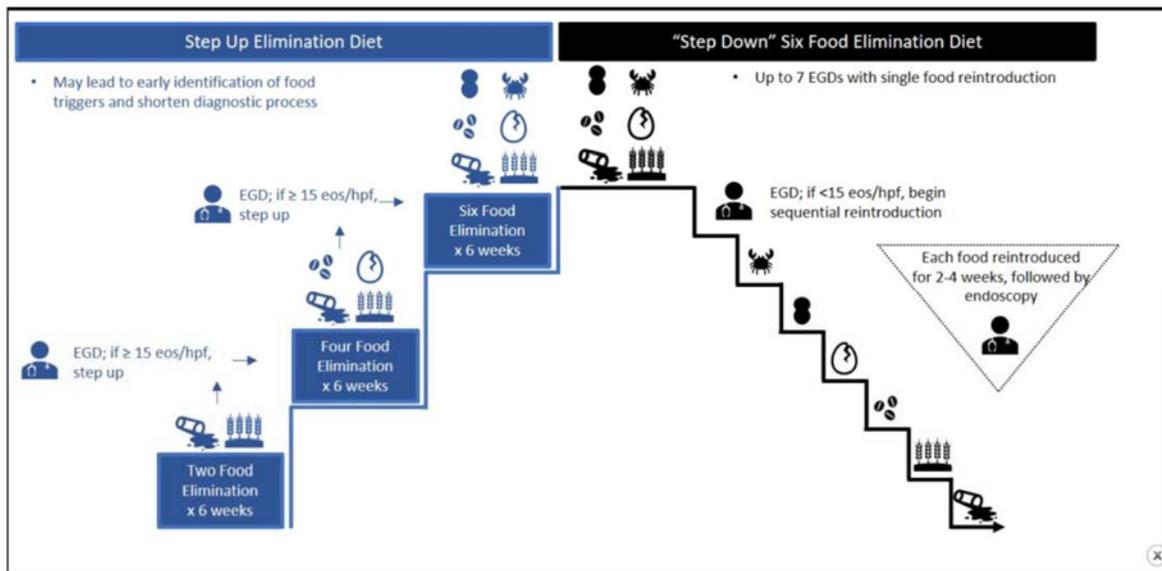
Las dietas empíricas de eliminación (6, 4 o 2 grupos de alimentos) han demostrado ser efectivas para conseguir la remisión clínico-histológica tanto en adultos como en niños. La dieta de 6 alimentos presenta unas tasas de remisión más elevadas, pero se asocia a un peor cumplimiento por parte de los pacientes y precisa un número más elevado de endoscopias. La eficacia estimada de las dietas de eliminación empírica es: 2 alimentos

(leche + trigo) 43%; 4 alimentos (leche, trigo, huevos, legumbres) 54%-65%; 6 alimentos (leche, trigo, huevos, legumbres, frutos secos, pescado/marisco) 72%-79%.

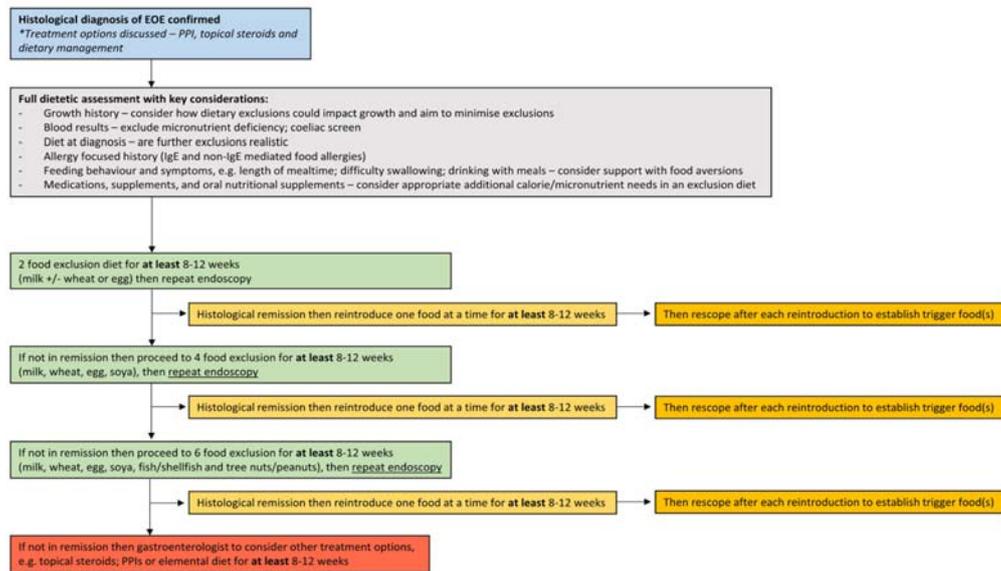
Todas las dietas deben ser realizadas durante un período de entre 6 y 12 semanas, seguidas invariablemente de endoscopia con biopsias. En pacientes con remisión clínica e histológica tras una dieta de eliminación empírica, se deben reintroducir individualmente los grupos de alimentos retirados durante 6-12 semanas, debiendo realizar una endoscopia por cada alimento reintroducido. Es muy recomendable la sedación durante la endoscopia (que favorece la adhesión del paciente) y disponer de una agenda flexible de endoscopías, que permita la realización del procedimiento cada 6-8 semanas.

Ni los síntomas ni los hallazgos endoscópicos son útiles para conocer la eficacia de una dieta o si el alimento reintroducido provoca la enfermedad, por lo que no pueden sustituir a la biopsia endoscópica.

Recientemente se ha diseñado una estrategia escalonada de retirada de 2, 4, 6 grupos de alimentos (step-up) que ahorra un 30% el tiempo de diagnóstico y reduce un 20% el número de endoscopias respecto a la estrategia clásica (top-down) de retirada de 6 grupos (ver figuras).



**Figura 1:** Empiric elimination diets. Dr. Hirano. Eosinophilic esophagitis: Frequently asked questions (and answers) for the early-career gastroenterologist. GI&Hepatology News. August 1, 2020



**Figura 2:** Dietary management of eosinophilic oesophagitis in children (grey) and adults. EoE, eosinophilic oesophagitis; PPI, proton pump inhibitor. Dhar A, et al. Gut 2022; 71: 1459-1487. doi:10.1136/gutjnl-2022-327326

#### Aspectos a tener en cuenta antes de indicar una dieta de exclusión:

- Es necesario valorar individualmente la viabilidad del tratamiento dietético en los pacientes con EoE que ya realizan restricciones alimentarias debido a la presencia previa de alergias alimentarias IgE mediadas, pero también en caso de enfermedad celiaca, otras intolerancias u opciones personales (vegetarianos, veganos...).
- Existe riesgo de mala adhesión a la dieta en pacientes pediátricos mayores (10-14 años), adolescentes y adultos jóvenes.
- Una estrategia step-up, puede mejorar el compromiso del paciente con la dieta. El 90% de los pacientes respondedores a dieta de 2 y 4 alimentos tienen 1 o 2 alimentos que provocan la enfermedad y son los mejores candidatos a tratamiento dietético de mantenimiento. La dieta de eliminación empírica de 6 alimentos debe ser reservada para pacientes muy motivados que no hayan respondido a esquemas de restricción dietética más sencillos, a sabiendas de que tendrán un mínimo de 3 grupos de alimentos que eliminar a largo plazo.
- El proceso de reintroducción de alimentos puede durar varios meses (duración superior a mayor número de alimentos eliminados). La realización de descansos intermitentes, habitualmente coincidente con las vacaciones, son recomendables para hacer más llevadero el proceso.
- Las dietas de exclusión, habitualmente suponen la eliminación de uno o más grupos de alimentos y conllevan riesgos de adecuación nutricional, dificultades de alimentación en niños pequeños, retraso de crecimiento en niños o pérdida de peso en adultos, por lo que en ocasiones se hace necesaria la participación de un dietista para un correcto manejo.
- Los pacientes con disfagia grave o enfermedad fibroestenotante no son buenos candidatos a tratamiento con dieta y deberían ser tratados inicialmente con corticoides tópicos deglutidos.

### **Corticoides:**

No se recomiendan los corticoides sistémicos.

Se han realizado múltiples ensayos con diferentes formulaciones en adultos y niños que demuestran que los corticoides tópicos son eficaces para inducir la remisión clínica e histológica.

Parece claro que el sistema de liberación del fármaco a lo largo del esófago resulta esencial para alcanzar una adecuada y mantenida cobertura de la mucosa del órgano, evitando el depósito del corticoide en otros tejidos.

La interrupción del tratamiento se sigue de recaída clínica e histológica y por este motivo, de acuerdo con las revisiones clínicas actuales se recomienda un tratamiento de mantenimiento. Hay que señalar que con la disminución de dosis en el mantenimiento es frecuente la pérdida de respuesta (30-70%).

Las infecciones por *Candida* son el efecto adverso más frecuente (5-10%) de los pacientes tratados con corticoides tópicos, la mayoría son asintomáticas, encontradas incidentalmente durante la valoración endoscópica tras el tratamiento. Deben tratarse con antifúngicos sin necesidad de discontinuar el corticoide.

Los efectos sistémicos típicos de los corticoides no se han documentado en tratamientos con corticoides tópicos a largo plazo en estos pacientes, pero se recomienda la monitorización de la densidad ósea y la supresión adrenal en niños y adolescentes.

Dada la falta de una formulación de corticoides tópicos específicamente diseñada para la EoE, se han utilizado diversos preparados, generalmente de budesonida o fluticasona, con indicación para otras patologías (usados fuera de ficha técnica) y formulados para su administración intranasal o inhalada, que los pacientes con EoE debían deglutir para que ejercieran su efecto en el esófago. Además, se han empleado formulaciones magistrales de budesonida viscosa preparadas en las oficinas de farmacia o que los pacientes debían preparar en su domicilio.

En enero de 2018 la Agencia Europea del Medicamento (EMA) autorizó la comercialización de Jorveza®, comprimidos orodispersables de 0,5 y 1 mg de budesonida para el tratamiento de la EoE ([https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/jorveza-epar-summary-public\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/jorveza-epar-summary-public_en.pdf)) que en España está disponible desde octubre de 2023, tras la publicación del informe de posicionamiento terapéutico de Jorveza® en el tratamiento de mantenimiento de la esofagitis eosinofílica, por parte de la Agencia Española del Medicamento (AEMPs) (<https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/2022/IPT-79-2022-Jorveza-budesonida.pdf>).

### **Otros tratamientos farmacológicos:**

No se recomiendan los inmunosupresores (Azatioprina, Mercaptopurina).

No se recomienda el uso de cromoglicato de sodio, montelukast y antihistamínicos en la EoE, aunque pueden tener un papel en el manejo de otras condiciones atópicas asociadas.

No se recomienda el empleo de anti-TNF o anti-integrinas típicamente empleados en la enfermedad inflamatoria intestinal.

### **Otros fármacos biológicos:**

**Dupilumab:** anticuerpo monoclonal recombinante de la IgG4 humana que inhibe la señalización de la interleucina-4 y la interleucina-13. Ha sido aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) americana en mayo del 2022 y por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) en enero de 2023 para el tratamiento de la EoE en adultos y adolescentes a partir de 12 años, con un peso mínimo de 40 kg, que no están adecuadamente controlados, sean intolerantes o no sean candidatos a los medicamentos convencionales. En España se encuentra pendiente del informe de posicionamiento terapéutico por parte de la AEMPS.

Otros biológicos como el benralizumab, tezepelumab, cendakimab... usados en otras patologías con trasfondo alérgico han mostrado resultados prometedores y algunos de ellos pueden ser opciones en pacientes con otras patologías alérgicas coexistentes o en el seno de ensayos clínicos.

### **Tratamiento endoscópico:**

La endoscopia puede subestimar la presencia de estenosis o el grado de estenosis esofágica en pacientes con EoE.

La **dilatación endoscópica** (con balones o bujías) es efectiva y segura para el tratamiento de pacientes con un patrón fibroestenotante.

Los resultados de la dilatación son mejores si se combinan con un tratamiento antiinflamatorio efectivo con corticoides.

### **Complicaciones de la EoE**

- Estenosis.
- Perforaciones. La esofagitis eosinofílica es la causa más frecuente de perforación espontánea del esófago y puede ocurrir a cualquier edad.
- Impacto psicológico de un tratamiento con dietas de exclusión. Debe tenerse en cuenta y discutirse con el paciente y sus cuidadores.
- Ansiedad y depresión. Puede afectar a los pacientes debido a la presencia de síntomas persistentes (en ausencia de un tratamiento eficaz) y a las restricciones sociales que implican.
- Candidiasis como efecto adverso del tratamiento con corticoides tópicos.
- Efectos sistémicos de los corticoides.

- Diarrea, infecciones gastrointestinales, hipomagnesemia... como efecto adverso del tratamiento con IBPs.

### **Bibliografía**

- Dhar A, Haboubi HN, Attwood SE, Auth MKH, Dunn JM, Sweis R, Morris D, Epstein J, Novelli MR, Hunter H, Cordell A, Hall S, Hayat JO, Kapur K, Moore AR, Read C, Sami SS, Turner PJ, Trudgill NJ. British Society of Gastroenterology (BSG) and British Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (BSPGHAN) joint consensus guidelines on the diagnosis and management of eosinophilic oesophagitis in children and adults. *Gut*. 2022 Aug;71(8):1459-1487. doi: 10.1136/gutjnl-2022-327326. Epub 2022 May 23. PMID: 35606089; PMCID: PMC9279848.
- Javier Molina-Infante, Rodolfo Corti, Judith Doweck, Alfredo J Lucendo. Actualización terapéutica en esofagitis eosinofílica. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2018;48(3):242-252
- Lucendo AJ, Molina-Infante J, Arias Á, von Arnim U, Bredenoord AJ, Bussmann C, Amil Dias J, Bove M, González-Cervera J, Larsson H, Miehke S, Papadopoulou A, Rodríguez-Sánchez J, Ravelli A, Ronkainen J, Santander C, Schoepfer AM, Storr MA, Terreehorst I, Straumann A, Attwood SE. Guidelines on eosinophilic esophagitis: evidence-based statements and recommendations for diagnosis and management in children and adults. *United European Gastroenterol J*. 2017 Apr;5(3):335-358. doi: 10.1177/2050640616689525. Epub 2017 Jan 23. PMID: 28507746; PMCID: PMC5415218.
- Molina-Infante J, Gonzalez-Cordero PL, Ferreira-Nossa HC, Mata-Romero P, Lucendo AJ, Arias A. Rising incidence and prevalence of adult eosinophilic esophagitis in mid-western Spain (2007-2016). *United European Gastroenterol J* 2018; 6: 29-37.
- Arias Á, Lucendo AJ. Incidence and prevalence of eosinophilic oesophagitis increase continuously in adults and children in Central Spain: A 12-year population-based study. *Dig Liver Dis*. 2019 Jan;51(1):55-62. doi: 10.1016/j.dld.2018.07.016. Epub 2018 Jul 31. PMID: 30115573.

### **Esofagitis Eosinofílica. Propuesta de manejo en el Hospital Universitario de Navarra.**

Teniendo en cuenta las cifras de prevalencia comunicadas recientemente en España (1/1000) estimamos que en Navarra puede haber unos 600-700 casos de EoE.

En la consulta monográfica de EoE de digestivo del HUN controlamos aproximadamente 300 pacientes.

Un porcentaje elevado de estos pacientes están controlados actualmente con fluticasona gotas (Flixonase®) que ha dejado de comercializarse. Dado que actualmente hay comercializado otro corticoide (Jorveza®) con indicación para el tratamiento de la EoE en mayores de 18 años, consideramos que estos pacientes, correctamente controlados con corticoides tópicos, deberían pasar a este fármaco directamente. En el caso de los pacientes menores de 18 años deberemos optar por la fórmula magistral de budesonida viscosa en tanto no se disponga de un corticoide tópico comercializado con indicación para este grupo de edad o se acepte el empleo de Jorveza® fuera de ficha técnica, que por otro lado es lo que hasta ahora hacíamos con cualquiera de las formulaciones disponibles de corticoides tópicos o con la formulación magistral de budesonida viscosa.

En los pacientes que son diagnosticados de nuevo, siguiendo las recomendaciones de las guías clínicas actuales (ver figura) podríamos optar por el tratamiento con IBPs, corticoides tópicos o dietas de exclusión indistintamente.

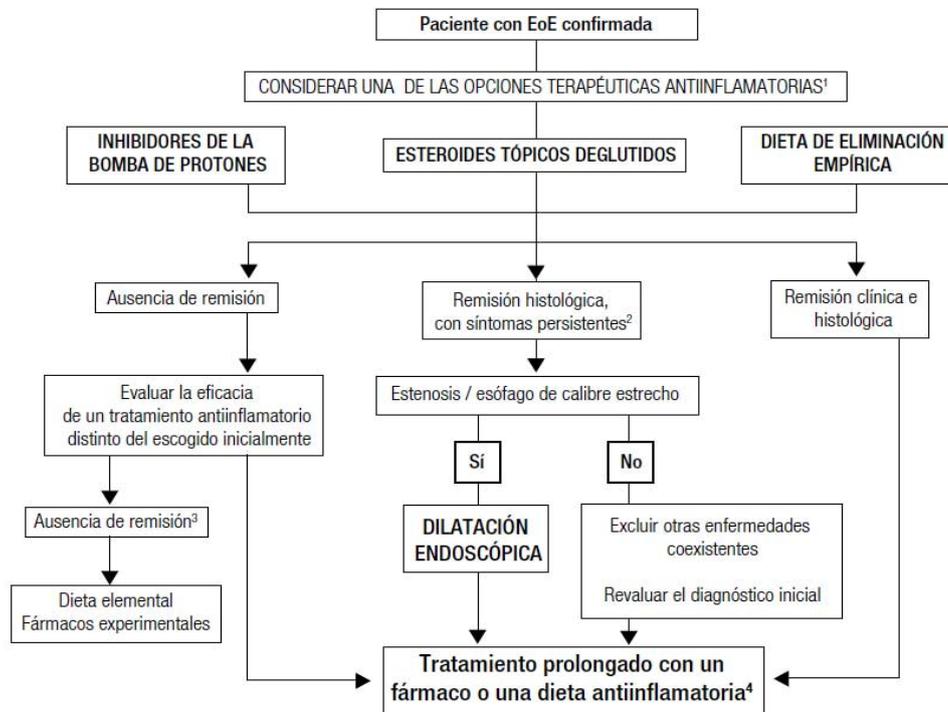
Nuestra práctica habitual, en el HUN, hasta el momento y que pretendemos continuar ha sido la de ofrecer los IBPs como primera opción de tratamiento (o las dietas en aquellos pacientes que de entrada eran reacios a un tratamiento farmacológico).

En caso de no respuesta a los IBPs, planteamos la opción de las dietas y de los corticoides escogiendo una u otra en función de las características y preferencias de los pacientes.

Así, los pacientes con dificultades para el cumplimiento de las dietas; por ejemplo, aquellos que por motivos escolares o laborales no comen en casa, los pacientes con restricciones dietéticas ya establecidas por alergias alimentarias, enfermedad celíaca, otras intolerancias u opciones personales (vegetarianos, veganos...) o que se niegan a la dieta o a las gastroscopias que requiere; serían candidatos directos al tratamiento con corticoides.

Del mismo modo los pacientes con un fenotipo fibroestenósante, siguiendo también las recomendaciones de las guías actuales, serían de entrada mejores candidatos para tratamiento con corticoides, pudiendo en el futuro en caso de remisión y resolución de las estenosis ser candidatos a otras opciones terapéuticas.

## Algoritmo de tratamiento en la EoE:



1) Pese a la presencia de estenosis o reducción del calibre esofágico, no utilizar la dilatación endoscópica como monoterapia de primera línea y usar siempre un tratamiento antiinflamatorio, preferentemente esteroides tópicos. Las alteraciones fibroestenóticas pueden ser total o parcialmente reversibles con tratamiento farmacológico. 2) En pacientes con disfagia/impactación persistente bajo un tratamiento antiinflamatorio eficaz (< 15 eos/cga), debería considerarse la adición de dilatación endoscópica. 3) Valorar remitir al paciente a un centro especializado en EoE. 4) Los tratamientos antiinflamatorios pueden ser intercambiables en algunos pacientes, así que un paciente puede responder a IBP, pero puede ser también respondedor a esteroides y/o dieta, y viceversa. Escoger una opción de primera línea no cierra la puerta a valorar otras alternativas en el futuro.

Javier Molina-Infante, Rodolfo Corti, Judith Doweck, Alfredo J Lucendo. Actualización terapéutica en esofagitis eosinofílica. Acta Gastroenterol Latinoam 2018; 48 (3): 242-252

Línea de tratamiento	Fármacos	Principio Activo	Observaciones
1º Línea	<b>Inhibidores de la bomba de protones</b>	<u>Adultos:</u> <b>Omeprazol</b> 20-40 mg dos veces al día (o equivalente). <u>Pediatría:</u> <b>Omeprazol</b> 1-2 mg/kg/día (o equivalente). Repartido en dos tomas diarias	
	<b>Dieta de eliminación</b>	Dieta de eliminación empírica	Pacientes reacios a comenzar con un tratamiento farmacológico
2º Línea: tras falta de respuesta a al menos 8 semanas de tratamiento con inhibidores de la bomba de protones	<b>Dieta de eliminación</b>		
	<b>Corticoides tópicos deglutidos</b>	<u>Adultos:</u> <b>Budesonida bucodispersable:</b> - Inducción: 1 mg dos veces al día durante 6-12 semanas. - Mantenimiento: 0,5-1 mg dos veces al día <u>Pediatría:</u> <b>Fórmula magistral de budesonida viscosa.</b> < 10 años: 1 mg/día y > 10 años y adultos: 2 mg/día. Mejor repartido en dos tomas diarias	Pacientes con dificultades para el cumplimiento de la dieta, o que se nieguen a la misma o a las gastroscopias