

Esofagite Eosinofílica: Relato de caso

Eosinophilic Esophagitis: Case report

Gisele Euzébio de Faria*, Adriana Rodrigues Ferraz

Resumo

Como citar esse artigo. De Faria GE, Ferraz AR. Esofagite Eosinofílica: Relato de caso. Revista de Saúde. 2017 Jan./Jun.; 08 (1): 37-40.

A esofagite eosinofílica é caracterizada por infiltrado de eosinófilos na mucosa esofágica que pode ocasionar modificações estruturais. Este trabalho objetiva relatar um caso de esofagite eosinofílica e sua evolução com o tratamento. Ressaltamos a importância do diagnóstico precoce e melhor qualidade de vida a partir do tratamento instituído. Um indivíduo do gênero feminino, com queixa de dor torácica em opressão e impactação de alimentos sólidos, história pessoal de atopia, endoscopia digestiva alta e biópsias foi diagnosticada com quadro compatível com esofagite eosinofílica. Após um ano de tratamento, apresentou regressão do quadro. A esofagite eosinofílica é uma doença associada à patogenia imuno-alérgica. Nos adultos é comum disfagia, azia e impactação alimentar. O diagnóstico é feito por endoscopia digestiva e biópsia com visualização de mais de 15 eosinófilos/campo. É importante alertar a população médica para o conhecimento da doença e seus diagnósticos diferenciais. A terapêutica oferece melhor qualidade de vida e menor risco de infiltração eosinofílica da mucosa esofágica.

Palavras-chave: Esofagite; Esofagite eosinofílica; Endoscopia

Abstract

Eosinophilic esophagitis is characterized by eosinophil infiltrates in the esophageal mucosa that can cause structural changes. This paper reports a case of eosinophilic esophagitis and its evolution with treatment. We emphasize the importance of early diagnosis and better quality of life as a result from treatment institution. A female patient, complaining of chest pain and oppression, and solid food impaction, with a history of atopy, and upper digestive endoscopy and biopsies was diagnosed with eosinophilic esophagitis. After one year of treatment, the patient showed regression of the condition. Eosinophilic esophagitis is a disease associated with immuno-allergenic pathogenesis. In adults, dysphagia, heartburn and food impaction are common. The diagnosis is made by digestive endoscopy and biopsy with visualization of more than 15 eosinophils per field. It is important to alert medical professionals to the characteristics of the disease and its differential diagnoses. Therapy offers better quality of life and less risk of eosinophilic infiltration of the esophageal mucosa.

Keywords: Esophagitis; Eosinophilic esophagitis; Endoscopy

A esofagite eosinofílica é uma doença crônica de caráter inflamatório e de provável origem imuno-alérgica. É caracterizada pela presença de infiltrados de eosinófilos na mucosa esofágica que pode ocasionar modificações estruturais em longo prazo e disfunção do órgão. A profundidade da infiltração eosinofílica determina a apresentação clínica¹⁻³.

O quadro clínico varia com a idade, nos adultos, sendo comuns a disfagia, impactação alimentar e a dor torácica, enquanto que nas crianças, disfagia, regurgitação, vômitos e menos frequentemente, o déficit de crescimento^{1,4,5}.

O diagnóstico se baseia na clínica, achados endoscópicos e histológicos. No exame endoscópico é possível observar desde uma aparência normal do órgão, até uma mucosa esofágica com presença

de estrias longitudinais, exsudatos esbranquiçados, formações anelares e estreitamento do lúmen, devendo ser realizada biópsia do terço proximal e distal do órgão para confirmação¹⁻³. A profundidade da infiltração eosinofílica determina a apresentação clínica. A esofagite eosinofílica está associada à atopia ou alergia. É uma doença emergente mundialmente, o que não se sabe ser devido a uma maior incidência, assim como de outras doenças alérgicas, ou devido a um maior número de diagnósticos nos últimos anos por uma maior difusão de conhecimentos sobre a afecção¹.

Este trabalho objetiva relatar um caso de esofagite eosinofílica e sua evolução a partir do tratamento utilizado, ressaltando a importância do diagnóstico precoce na melhoria da qualidade de vida

Afiliação dos autores: Universidade Severino Sombra, Vassouras - RJ

* giseleeuzebio@hotmail.com

Recebido em: 19/03/17. Aceito em: 11/05/17.

da paciente a partir do tratamento instituído.

Um paciente do gênero feminino, com 28 anos, queixou-se de dor torácica intermitente, em opressão, associada à impactação de alimentos sólidos, história pessoal de rinite alérgica desde a infância, com crises diárias de intenso prurido nasal, faríngeo e ocular, acompanhado de lacrimejamento.

Procurou consultório de gastroenterologia após dois meses de disfagia para sólidos, quando houve um importante episódio de impactação alimentar seguido de vômito induzido. Realizou endoscopia digestiva alta que evidenciou pequenas placas esbranquiçadas, firmemente aderidas à mucosa, e pequenas áreas de hiperplasia glandular, além de formações anelares no esôfago. O teste da uréase foi negativo e foram realizadas biópsias que evidenciaram um quadro morfológico compatível com esofagite eosinofílica (mais de 30 eosinófilos/HPF), como pode ser visto na imagem abaixo (Figura 1).

Foi instituído tratamento com fluticasona

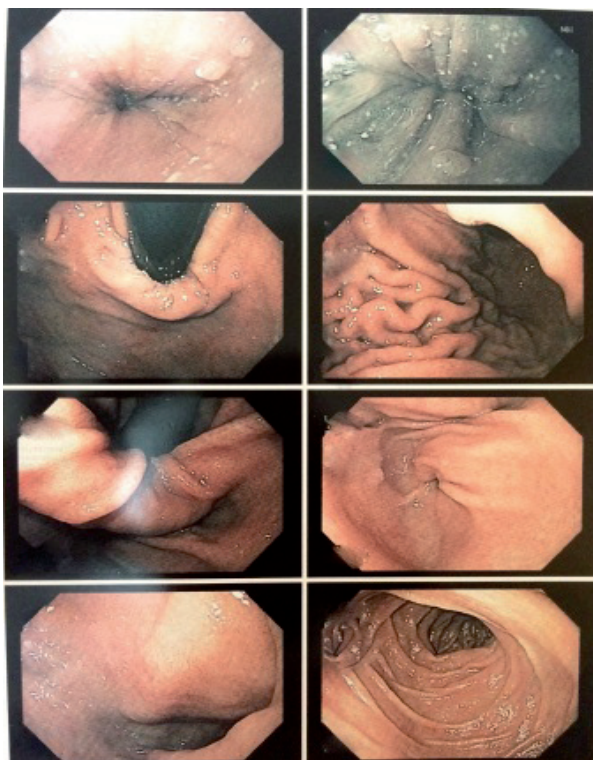


Figura 1. Acervo pessoal (Endoscopia Digestiva Alta – 2014).

250mcg (2 jatos via oral de 12/12h, deglutido, seguido de 30 minutos sem alimentação, por 12 semanas) e esomeprazol 140mg (1 comprimido em jejum por 8 semanas), além de restrição alimentar de leite, ovos, soja, farinha, amêndoa e pescado.

Em consulta com especialista em alergia e imunologia para realização de teste de puntura (*prick test*), obteve-se como resultado uma reação forte para os ácaros *D. pteronyssinus* e *B. tropicalis*, e negativo para fungos (fungos III), pólen (*Lolium* sp), alimentos mais usados na dieta da paciente (leite, clara de ovo,

gema de ovo, carne suína, camarão, glúten e pescado), insetos (antígenos salivares de mosquito) e látex.

Deu-se início ao uso de imunoterapia específica sublingual na concentração de 1/10.000 com a seguinte composição: 50% *Dermatophagoides pteronyssinus* e 50% *Blomia tropicalis* (ácaros que demonstraram reação forte no teste alérgico – *prick test*). O esquema terapêutico iniciou com duas gotas na primeira e segunda doses, quatro gotas na terceira e quarta dose, seis gotas a partir da quinta dose por seis meses, com a recomendação de manter sob-refrigeração adequada (geladeira – 2 a 8 °C). Após aplicação, a paciente não deveria ingerir água ou alimentos por 10 minutos. Iniciou-se também o uso de dicloridrato de levocetirizina (5mg por 10 dias), prednisona (40mg por 5 dias), cloridrato de olopatadina colírio e furoato de fluticasona *spray* nasal 27,5mcg.

Com o início do tratamento medicamentoso a paciente reportou remissão dos sintomas e melhora do quadro. A endoscopia após um ano de tratamento mostrou-se dentro da normalidade, evidenciando esôfago com trajeto e distensibilidade preservados, estando recoberto por mucosa íntegra em toda a sua extensão, mantendo a visualização da trama vascular submucosa. Não foram observadas formações anelares, sulcos longitudinais ou edema na mucosa. A pesquisa de hérnia de hiato foi negativa e as biópsias realizadas nas mucosas dos terços proximal e distal do esôfago apresentaram-se sem critérios histológicos para esofagite eosinofílica (Figura 2).

No momento da redação deste artigo, a paciente continuava em uso de imunoterapia, seis gotas diárias, com regressão do quadro, sem queixas de dor e/ou impactação alimentar.

A esofagite eosinofílica é associada à patogenia imuno-alérgica, sendo comum em torno 50 a 80% dos pacientes um quadro de atopia pela presença de asma, dermatite atópica ou rinite, além de ser comum o histórico familiar positivo². Apresenta uma incidência de 0,4%, sendo mais comum no sexo masculino (3:1) e mais prevalente por volta dos 30 anos de idade. Nos adultos é mais comum a disfagia, pirose e impactação alimentar¹.

Observa-se um aumento da prevalência da doença, que pode ser devida a um maior número de diagnósticos, assim como também da incidência da doença devido a um maior número de doenças alérgicas^{1,3}. A esofagite eosinofílica é a segunda maior causa de esofagite crônica, atrás apenas da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), sendo causa frequente de disfagia¹.

O diagnóstico é feito por endoscopia digestiva alta sendo comum a presença de edema, mucosa friável, estrias longitudinais, exsudatos esbranquiçados, anéis circulares e estreitamento do lúmen, e realização de biópsia com visualização de mais de 15 eosinófilos

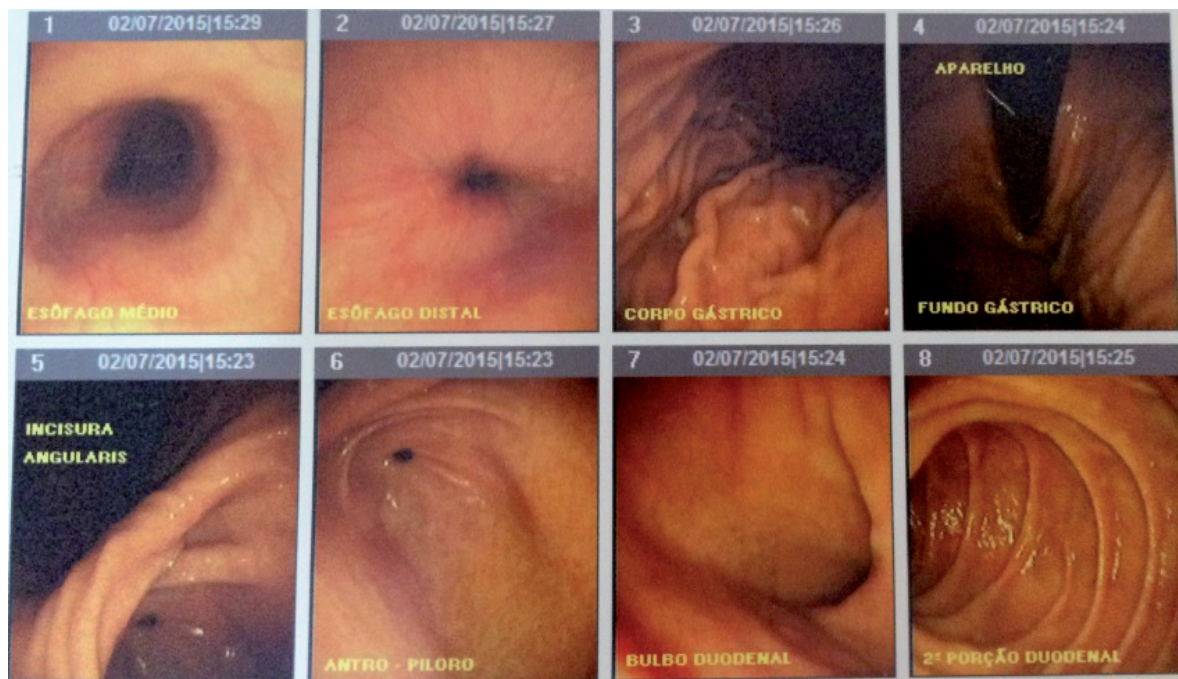


Figura 2. Acervo pessoal (Endoscopia Digestiva Alta – 2015).

por campo em uma ou mais biópsias. É importante a exclusão de outras patologias que possam levar à infiltração da mucosa esofágica por eosinófilos, embora normalmente em menor número, tais como gastroenterite eosinofílica, doença do refluxo gastroesofágico, doença inflamatória intestinal, infecções parasitárias, síndrome hipereosinofílica, doenças do tecido conjuntivo e candidíase esofágica.^{3,5}

O principal diagnóstico diferencial é feito com a DRGE, devido a sua alta prevalência e a semelhança do quadro clínico com a esofagite eosinofílica. No entanto, na DRGE o paciente obtém resultados com o uso de inibidores de bomba de prótons, diferente da esofagite eosinofílica, em que o uso de terapia com redução de ácido tais como antiácidos, inibidores de bomba de prótons e antagonistas do receptor H₂ da histamina, não promove melhora clínica. Além disso, na esofagite eosinofílica a mensuração do pH é normal^{3,6-8}.

Os alimentos e inalantes alérgenos representam os fatores mais importantes na progressão da doença². É importante a realização de um estudo alergológico, bem como as suas possíveis implicações na abordagem terapêutica desta patologia³. Os testes cutâneos são capazes de identificar nos pacientes a sensibilização a alérgenos, permitindo uma adequação dietética correta, a fim de alcançar a remissão dos sintomas e a normalização da biópsia⁹⁻¹¹.

Como é uma doença de base imuno-alérgica, a corticoterapia é uma das bases do tratamento. Os esteroides de uso sistêmico devem ser usados nos casos mais graves para alívio rápido dos sintomas,

sendo o uso tópico (com fluticasona ou beclometasona) eficaz no tratamento de adultos e com menos efeitos adversos^{5,12}. Em casos de estenose de esôfago não reversíveis com o tratamento, é possível realizar dilatações endoscópicas do órgão a fim de uma melhora dos sintomas e permitir a alimentação, apesar de envolver riscos como a perfuração^{5,8}.

O objetivo do tratamento não está totalmente esclarecido, com questionamentos se deveria ser realizado até melhora do quadro clínico ou até a resolução completa do infiltrado de eosinófilos⁵.

A esofagogastroduodenoscopia (EGD) com biópsias e o exame histológico da mucosa esofágica são requeridos não só para estabelecer o diagnóstico de esofagite eosinofílica, mas verificar a resposta ao tratamento, avaliar a remissão da doença, documentar e dilatar estenoses e avaliar a recorrência dos sintomas. Endoscopias repetidas com biópsias são necessárias para monitorar a progressão da doença, assim como a eficácia do tratamento¹³⁻¹⁵.

O tratamento permite a remissão dos achados histológicos como também melhora do quadro clínico, a partir da melhora da dismotilidade do esôfago causada pela esofagite eosinofílica, reduzindo a disfagia e impação alimentar, o que pode ser visto em exames como a manometria, embora ela não seja um dos critérios diagnósticos para a doença, já que nenhum padrão manométrico específico foi identificado para a esofagite eosinofílica¹⁶.

Esta paciente, além de achados clássicos na primeira endoscopia, tinha um quadro clínico característico da doença, preenchia critérios como história pessoal de atopia e a biópsia esofágica revelou uma quantidade maior de eosinófilos por campo do que

o recomendado, possibilitando o diagnóstico. A paciente iniciou também o tratamento com inibidor de bomba de prótons, mas foi apenas com o início do uso de corticosteroides que houve melhora do quadro clínico.

Com o resultado do *prick test*, ela pôde abandonar as restrições alimentares, que deixaram de ter um papel fundamental na terapêutica, tendo em vista a ausência de reação para antígenos alimentares, iniciando-se uma terapia baseada em imunoterapia específica para os ácaros reagentes no teste alérgico.

A paciente fez uso de corticoide sistêmico (prednisona) a fim de interromper a crise em que se encontrava (episódios de impactação alimentar), e após um curto período de uso, seguiu com o uso tópico de fluticasona para melhor tratamento e controle da doença, explicado pela sua base imuno-alérgica, havendo remissão total dos sintomas e achados endoscópicos, o que nem sempre é observado em todos os pacientes.

Pode-se concluir que é necessário alertar a população médica sobre a importância do conhecimento da esofagite eosinofílica, uma doença emergente atualmente, e seus diagnósticos diferenciais. A terapêutica adequada oferece uma melhor qualidade de vida e um menor risco de infiltração eosinofílica da mucosa esofágica, impedindo modificações estruturais no esôfago e o estreitamento do lúmen do órgão com consequente impactação alimentar. Além disso, ainda são necessários novos estudos sobre a patogênese da doença e novos meios de diagnósticos e também que permitam monitorar a remissão da doença de forma menos invasiva.

Referências

1. Mateus, RF; Bonatto, MW. Correlação endoscópica e histológica na esofagite eosinofílica. *GED Gastroenterol Endosc Dig*. 2014; 33(2):37-44.
2. Ridolo, E, et al. Eosinophilic esophagitis: Which role for food and inhalant allergens? *Asia Pac Allergy*. 2012; 2 (4): 237-241.
3. Sousa, F; Costa, AC; Barbosa, M. Esofagite eosinofílica e alergia. *GE Jornal Português de Gastrenterologia*. 2013; 20(1): 10-15.
4. Hill, CA, et al. Prevalence of eosinophilic esophagitis in children with refractory aerodigestive symptoms. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013; 139 (9): 903–906.
5. Silva, MC. Esofagite eosinofílica em adultos. *Revista Brasileira de Medicina*. 2008; 65 (9): 273-278.
6. Spergel, JM, et al. Reslizumab in children and adolescents with eosinophilic esophagitis: results of a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *J Allergy Clin Immunol*. 2012; 129: 456-463.
7. Ferreira, CT; Goldani, HA. Contribution of endoscopy in the management of eosinophilic esophagitis. *World J Gastrointest Endosc*. 2012; 4(8): 347-355.
8. Monteiro, MI, et al. Esofagite eosinofílica e alergia alimentar: há ou não relação estabelecida? Caso clínico. *Jornal Português Gastrenterologia*. 2014; 21 (2): 75-79.
9. Spergel, JM. Allergy testing in eosinophilic esophagitis. *Up To Date*.

2013.

10. Couto, M, et al. Esofagite eosinofílica. *Acta Med Port*. 2011; 24: 949-960.
11. Resende, ERMA; Segundo GRS. Testes cutâneos de leitura tardia para alimentos – revisão da literatura. *Rev Bras Alerg Imunopatol*. 2010; 33 (5): 184-189.
12. Fey, A; Kotze, LM; Serapião, M. Esofagite eosinofílica: revisão de literatura. *Arquivo Catarinense de Medicina*. 2012; 41(2): 89-92.
13. Kim, HP, et al. The prevalence and diagnostic utility of endoscopic features of eosinophilic esophagitis: A meta-analysis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2012; 10: 988-996.
14. Rodrigues, M et al. Manifestações clínicas, terapêutica e evolução de crianças e adolescentes com esofagite eosinofílica. *Jornal de Pediatria*. 2013; 89 (2): 197-203.
15. Dias, EM; Guedes, RR; Adami, MR; Ferreira, CT. Esofagite eosinofílica: atualização e contribuição da endoscopia. *Bol Cient Pediatr*. 2012;01(1):19-28.
16. Santander, C, et al. Impaired esophageal motor function in eosinophilic esophagitis. *Revista Espanhola de Enfermidades Digestivas*. 2015; 107 (10): 622-629.