

GASTROENTERITE EOSINOFÍLICA: UM RELATO DE CASO

EOSINOPHILIC GASTROENTERITIS: A CASE REPORT

Lucas Zambiasi¹ , Alícia Regina Zambiasi² , Tomás Zanetti Milani² ,
Marcelo Roque Pegoraro Junior² , Pedro Matheus Ferrarin¹ 

RESUMO

Introdução: As Gastroenterites Eosinofílicas (GE) são doenças crônicas imunomediadas caracterizadas histologicamente por um aumento de eosinófilos nas diferentes camadas teciduais do trato gastrointestinal. As GE se referem a um grupo de condições, incluindo a esofagite eosinofílica (EE), a gastrite eosinofílica (GE), a enterite eosinofílica (ENE) e a colite eosinofílica (CE). A prevalência da GE nos Estados Unidos é estimada em 22 a 28 por 100.000 pessoas e é maior em crianças <5 anos. Quando presentes em adultos, são mais comuns na terceira e quinta décadas de vida, tendo proporção igual entre homens e mulheres. Sugere-se um componente alérgico na fisiopatogenia das doenças, com 50 a 70% dos pacientes apresentando condições atópicas concomitantes.

Método: relatamos um caso de uma paciente com gastroenterite eosinofílica, baseado na história da paciente e registro de prontuário.

Resultado: O caso descrito demonstra a importância do conhecimento dos critérios clínicos para o diagnóstico dessa patologia.

Conclusão: O tratamento equivocado prolonga o quadro clínico e potencializa o aparecimento de possíveis complicações com impacto negativo na qualidade de vida.

Palavras-chave: Eosinofilia, gastroenterite, dor abdominal

ABSTRACT

Introduction: Eosinophilic Gastroenteritis (EG) are chronic immune-mediated diseases histologically characterized by an increase in eosinophils in the different tissue layers of the gastrointestinal tract. EG refers to a group of conditions including eosinophilic esophagitis (EE), eosinophilic gastritis (EG), eosinophilic enteritis (ENE) and eosinophilic colitis (EC). The prevalence of EG in the United States is estimated at 22 to 28 per 100,000 people and is higher in children <5 years old. When present in adults, they are more common in the third and fifth decades of life, with equal proportion between men and women. An allergic component is suggested in the pathophysiology of the diseases, with 50 to 70% of patients having concomitant atopic conditions.

Methods: we report a case of a patient with eosinophilic gastroenteritis, based on the patient's history and medical records.

Results: This case demonstrates the importance of knowing the clinical criteria for the proper diagnosis of this pathology.

Conclusion: The wrong treatment prolongs the clinical condition and enhances the appearance of possible complications with a negative impact on quality of life.

Keywords: Eosinophilia, gastroenteritis, abdominal pain

Clin Biomed Res. 2023;43(4):411-414

1 Hospital São Vicente de Paulo. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

2 Universidade de Passo Fundo. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

Corresponding author:

Lucas Zambiasi
lucaszambiasi@outlook.com
Hospital São Vicente de Paulo
Rua Quinze de Novembro, 643
99010-090, Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Homem, 25 anos, pardo, bancário, sem comorbidades prévias, sem histórico de atopias. Procurou atendimento no departamento de emergência com relato de dor epigástrica de forte intensidade, sem irradiação e desencadeada cerca de 1h após refeição copiosa (carne de gado, massa e batata inglesa). Não obteve alívio da dor com uso de analgésicos simples no domicílio.

Referiu que fez uma viagem recente à praia. Quanto ao histórico pregresso, relatou que fez tratamento para *Helicobacter pylori* em 2017 e que possuía histórico familiar de colelitíase.

Ao exame físico, o paciente era normolíneo, IMC de 23,3kg/m², os sinais vitais eram estáveis e ele possuía dor à palpação superficial da região epigástrica, porém sem evidência de contratura de defesa e o sinal de Murphy negativo. Foi solicitado exames iniciais, que evidenciaram eosinofilia - Tabela 1.

Foi optado por internação hospitalar, considerando necessidade de maior investigação diagnóstica e devido à refratariedade ao uso de analgésicos no departamento de emergência (dipirona e buscopam).

O paciente persistiu com episódios de dor abdominal, principalmente no período pós-prandial (recebendo dieta branda: gelatina, sopa, caldo, pão torrado, carne moída e vegetais cozidos). Descrevia a dor com característica de “facada”. No segundo dia da internação, evoluiu com diarreia amarelada, de grande volume, fezes Bristol 6, três episódios/dia. Sendo assim, foi solicitada a coleta de 3 amostras de fezes para análise parasitológica e coprocultura. Após, optado por início empírico de Ciprofloxacino e Metronidazol.

Foi realizada esofagogastroduodenoscopia com biópsia, que demonstrou erosões em bulbo e 2ª porção duodenal (Figura 1).

Tabela 1: Exames laboratoriais

	RESULTADO	VALOR DE REFERÊNCIA
HEMOGLOBINA	15,9 g/dL	12-18 g/dL
HEMATÓCRITO	46%	39,2-49%
VOLUME CORPUSCULAR MÉDIO (VCM)	87 fL	81,7-95,3 fL
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MÉDIA (HCM)	30 pg	27,7-32,7 pg
RDW	12,50%	11,8-14,1%
LEUCÓCITOS	1.330/μL	4.000-11.000/μL
SEGMENTADOS	7.172/uL	2.000 a 7.000/ μL
EOSINÓFILOS	2.279/uL	50-400/uL
LINFÓCITOS	2.706/μL	1.000-4.500/μL
PLAQUETAS	240.000/mm ³	140.000-450.000/mm ³
UREIA	24mg/dL	10-45mg/dL
CREATININA	1,06mg/dL	0,7-1,3mg/dL
PROTEÍNA C REATIVA	3mg/L	<3mg/L
EPF EM 3 AMOSTRAS	Negativo	Negativo
COPROCULTURA	Sem crescimento de microrganismos	Sem crescimento de microrganismos

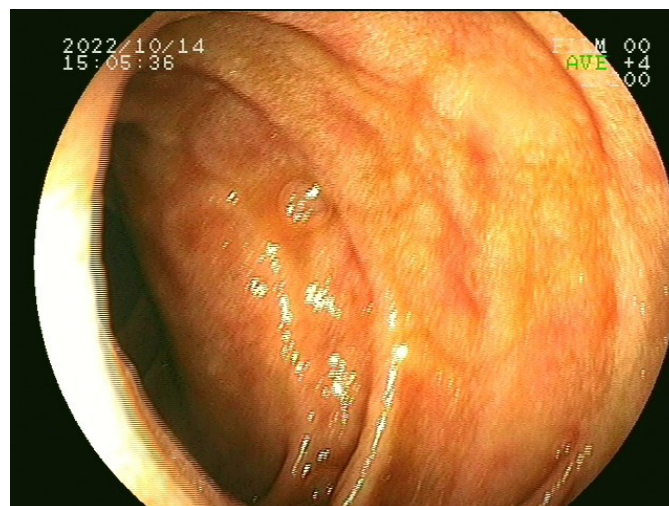


Figura 1: Esofagogastroduodenoscopia evidenciando erosões e enanema em bulbo e segunda porção duodenal

O anatomopatológico evidenciou infiltrado eosinofílico em bulbo duodenal (20 eosinófilos por campo de grande aumento na lâmina própria e 7 eosinófilos intraepiteliais) e segunda porção duodenal (30 eosinófilos por campo

de grande aumento na lâmina própria e 14 eosinófilos intraepiteliais) (Figura 2). Os fragmentos da mucosa gástrica possuíam alterações inflamatórias mínimas e ausência de eosinófilos.

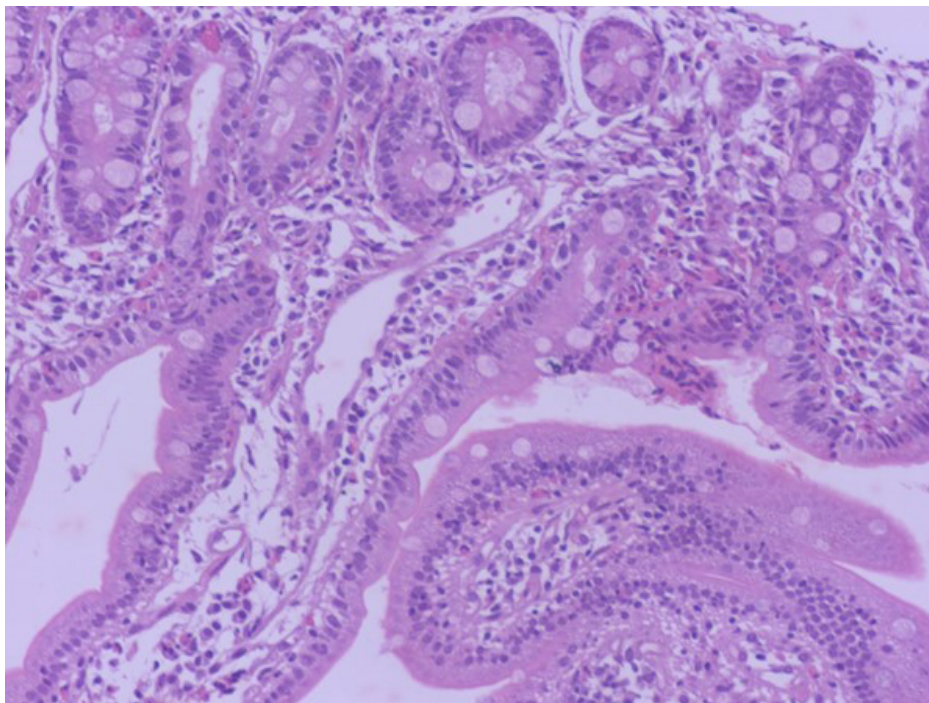


Figura 2: Anatomopatológico evidenciando infiltrado eosinofílico em bulbo duodenal e segunda porção duodenal

Englobando o quadro clínico do paciente, com os achados dos exames laboratoriais e de patologia das biópsias duodenais, foi estabelecido o diagnóstico de enterite eosinofílica. Sendo assim, foi iniciado tratamento com corticoesteróide (prednisona 20mg/dia) e o paciente evoluiu com remissão do quadro gastrointestinal e resolução da eosinofilia.

DISCUSSÃO

Todo o trato gastrointestinal, do esôfago ao cólon, pode ser afetado em pacientes com doenças gastrointestinais eosinofílicas. A invasão eosinofílica determina sintomas de acordo com o órgão e a camada afetada¹.

A doença restrita à mucosa traduz sintomas inespecíficos, como dor abdominal, plenitude, náuseas e vômitos, cerca de um terço dos pacientes com essa condição apresentam perda de peso associada. Extensos acometimentos de intestino delgado podem cursar com desnutrição e déficit de crescimento².

Quando há acometimento da camada muscular, observa-se um espessamento da parede e predominam sintomas de dismotilidade, distensão abdominal e até mesmo obstrução. Casos mais avançados podem

cursar com perfuração gástrica, do intestino delgado e, mais raramente, do cólon^{2,3}.

Pacientes com doença eosinofílica que acomete a serosa podem apresentar ascite e derrame pleural, associados ou não a sintomas gastrointestinais. A característica principal na análise de líquido ascítico é a presença de numerosa de eosinófilos².

As desordens eosinofílicas podem ser divididas em primárias ou secundárias. Fatores de risco ambientais e genéticos podem desencadear a patologia, sendo que existe forte associação com exposição a alérgenos alimentares e antígenos ambientais. Há diversas causas associadas aos distúrbios secundários, como: alergias alimentares, infecções bacterianas ou parasitárias, doença celíaca, doença inflamatória intestinal, doenças do tecido conjuntivo, vasculites sistêmicas, neoplasias mieloproliferativas, transplantes de órgãos sólidos e hipersensibilidade a medicamentos³.

A resposta de hipersensibilidade desempenha um papel importante na patogênese da doença, visto que muitos pacientes com gastroenterite eosinofílica apresentam história de atopias sazonais, alergias alimentares, eczema, asma e níveis séricos elevados de IgE^{3,4}.

Embora exista essa forte correlação entre gastroenteropatia eosinofílica com atopias, com estatísticas sugerindo concomitância de componente alérgico em 50 a 70% dos casos, com IgE elevado especialmente em crianças, a fisiopatologia da GE e ENE ainda não é completamente compreendida^{5,6}. No entanto, quando sugere-se uma dieta livre de alérgenos, observa-se uma importante melhora sintomática, endoscópica e histológica. No presente relato, há eosinofilia em sangue periférico e história negativa para atopias⁷.

O acometimento exclusivo do intestino delgado pode cursar com enteropatia perdedora de proteínas e hipoalbuminemia, aumento da excreção fecal de gorduras, má absorção de carboidratos com teste de D-xilose anormal e anemia, devido a absorção deficitária de ferro ou sangramento digestivo⁸.

A eosinofilia em sangue periférico, na presença de clínica compatível, corrobora com o diagnóstico, predominantemente em doença que acomete a mucosa ou a serosa, sendo normal em 20% dos casos⁴.

Os exames de imagem são inespecíficos e pouco sensíveis, podendo revelar apenas espessamento de parede ou “dente de serra” em intestino delgado. Tomografia e ressonância magnética de abdome não foram realizados neste paciente⁸.

Dessa forma, o diagnóstico de gastroenteropatia eosinofílica é feito com biópsia revelando infiltrado eosinofílico ou líquido ascítico eosinofílico na ausência de outras causas de eosinofilia gastrointestinal. No paciente em questão, após coprocultura e EPF 3 amostras negativos, optou-se por realização de esofagogastroduodenoscopia com biópsias, cujo anatomopatológico evidenciou infiltrado eosinofílico em bulbo e segunda porção duodenal.

REFERÊNCIAS

1. Matsushita M, Hajiro K, Morita Y, Takakuwa H, Suzaki T. Eosinophilic gastroenteritis involving the entire digestive tract. *Am J Gastroenterol*. 1995;90(10):1868-70.
2. Talley NJ, Shorter RG, Phillips SF, Zinsmeister AR. Eosinophilic gastroenteritis: a clinicopathological study of patients with disease of the mucosa, muscle layer, and subserosal tissues. *Gut*. 1990;31(1):54-8.
3. Oh H., Chetty R. Eosinophilic gastroenteritis: a review. *J. Gastroenterol*. 2007 May 43:741-750.
4. Chehade M, Magid MS, Mofidi S, Nowak-Wegrzyn A, Sampson HA, Sicherer SH. Allergic eosinophilic gastroenteritis with protein-losing enteropathy: intestinal pathology, clinical course, and long-term follow-up. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2006;42(5):516-21.
5. Ko HM, Morotti RA, Yershov O, Chehade M. Eosinophilic gastritis in children: clinicopathological correlation, disease course, and response to therapy. *Am J Gastroenterol*. 2014;109(8):1277-85.
6. Higuchi T, Tokunaga M, Murai T, Takeuchi K, Nakayama Y. Elemental diet therapy for eosinophilic gastroenteritis and dietary habits. *Pediatr Int*. 2022;64(1):e14894.
7. Cello JP. Eosinophilic gastroenteritis – a complex disease entity. *Am J Med*. 1979;67(6):1097-104.
8. MacCarty RL, Talley NJ. Barium studies in diffuse eosinophilic gastroenteritis. *Gastrointest Radiol*. 1990;15(1):183-7.

Recebido: 22 jun 2023

Aceito: 21 nov 2023