

**Perfil epidemiológico de pacientes com Esofagite Eosinofílica e associação com doenças atópicas em um consultório privado do sul de Santa Catarina**

Epidemiological profile of patients with Eosinophilic Esophagitis and association with atopic diseases in a private clinic in southern Santa Catarina

Jorge Antônio Braun Rizkalla<sup>1\*</sup>, Gabriel Cesa Possamai<sup>1</sup>, Mariana Mangilli de Menezes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmico de Medicina. Departamento de Medicina. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Av. Universitária, 1105 - Universitário, Criciúma - SC, Brasil. CEP 88806-000.

<sup>2</sup>Professora do Curso de Medicina. Médica especialista em Alergia e Imunologia. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Av. Universitária, 1105 - Universitário, Criciúma - SC, Brasil. CEP 88806-000.

**\*Autor correspondente:** Jorge Antônio Braun Rizkalla. Departamento de Medicina – Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Av. Universitária, 1105 - Universitário, Criciúma - SC, Brasil. CEP 88806-000. Fone (48) 9 99123007. E-mail: jorgerizkalla@gmail.com

## RESUMO

**Introdução:** A esofagite eosinofílica (EEO) é uma doença ganhando cada vez mais destaque no cotidiano de gastroenterologistas e alergologistas visto que sua prevalência vem aumentando e, hoje, é considerada a segunda causa mais comum de esofagite crônica, atrás da doença do refluxo gastroesofágico. A identificação do perfil clínico e epidemiológico desses pacientes, da presença de outras doenças atópicas relacionadas ao quadro e o conhecimento dos principais arsenais terapêuticos disponíveis é de grande importância, pois é considerada uma doença relativamente recente, crônica e recidivante, para qual ainda existem muitas controvérsias na literatura atual. **Métodos:** Estudo observacional retrospectivo, com coleta de dados secundários e abordagem quantitativa. Mediante prontuários de pacientes diagnosticados com EEO atendidos em consultório privado do sul de Santa Catarina de 2015 a 2018. **Resultados:** Foram incluídos 11 pacientes, com predomínio do sexo feminino (54,5%), idades entre 19 e 34 anos (90,1%), possuindo estado civil solteiro (66,7%). Dentre as atopias associadas, ressaltou-se a alergia alimentar (90,9%) e alergia a animais (54,5%). A maioria com história familiar de manifestações atópicas (81,8%). Quando avaliadas as comorbidades prevalentes, houve predomínio de intolerância à lactose (25%). Realizam algum tratamento para a EEO (100%), predominando uso exclusivo de Inibidores da Bomba de Prótons (IBP) (27,3%). **Conclusão:** Perfil epidemiológico dos pacientes com EEO atendidos em um consultório privado na região de Criciúma são mulheres com idade entre 19-34 anos, solteiras, apresentando atopias principalmente alergia alimentar e alergia a animais, com história familiar de atopias, possuindo intolerância à lactose concomitante e em tratamento para EEO com IBP.

**PALAVRAS-CHAVE:** Esofagite Eosinofílica, perfil epidemiológico, doenças atópicas.

## ABSTRACT

**Introduction:** Eosinophilic esophagitis (EEO) is a disease that has been gaining increasing prominence in the day-to-day of gastroenterologists and allergists since its prevalence is increasing and, today, it is considered the second most common cause of chronic esophagitis, only behind gastroesophageal reflux disease. The identification of clinical and epidemiological profile of these patients, as well as the presence of other atopic diseases related to the condition and the knowledge of the major available therapeutic arsenals is of great importance, since it is considered a relatively recent, chronic and relapsing disease, to which still exists many controversies in the current literature. **Methods:** Retrospective observational study, with secondary data collection and quantitative approach. Using medical records of patients diagnosed with EEO treated in a private practice in southern Santa Catarina from 2015 to 2018. **Results:** Eleven patients were included, with a predominance of females (54.5%), aged between 19 and 34 years old (90.1%), having a single marital status (66.7%). There are other associated atopic diseases with emphasis on food allergy (90.9%) and allergy to animals (54.5%). The majority had a family history of atopic manifestations (81.8%). When prevalent comorbidities were evaluated, there was a predominance of lactose intolerance (25%). They performed some treatment for EEO (100%) with a predominance of exclusive use of Proton Pump Inhibitors (PPI) (27.3%). **Conclusion:** Epidemiological profile of patients with EEO treated in a private practice in the region of Criciúma are women aged between 19-34 years, single, presenting some kind of atopic disease specially food allergy and allergy to animals, with a family history of atopic manifestations, presenting concomitant lactose intolerance and in specific treatment for EEO with PPI.

**KEYWORDS:** Eosinophilic esophagitis, epidemiological profile, atopic diseases.

## INTRODUÇÃO

A esofagite eosinofílica (EEo) é uma entidade reconhecida como doença desde 1993, cuja importância no meio clínico vem ganhando espaço devido ao aumento de sua prevalência em países do ocidente e em áreas com melhores níveis socioeconômicos. Trata-se de um distúrbio inflamatório crônico esofágico, representado por uma infiltração composta predominantemente por eosinófilos na mucosa esofágica associado à presença de sintomas sugestivos de acometimento do órgão, estando fortemente associado a outras doenças atópicas (1).

De acordo com Dellon (2), a prevalência é estimada em 0,5 a 1 caso a cada 1000 pessoas enquanto que a incidência é de 6 a 13 novos casos a cada 100.000 pessoas ao ano. A doença pode afetar pessoas de qualquer idade, porém, há um predomínio em homens brancos adultos 3 a 4 vezes mais que em comparação com mulheres da mesma faixa etária (2).

A generalidade das manifestações clínicas dificulta o seu diagnóstico, pois grande parte dos sintomas guarda certa similaridade clínica com a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE). Desse modo, é importantíssimo levar em consideração a evolução da doença e o histórico de sintomas que os pacientes apresentam para afastar outros diagnósticos diferenciais. Embora nenhum sintoma seja patognomônico de EEo, disfagia e impactação alimentar direcionam o raciocínio clínico para EEo enquanto que pirose associada a dor abdominal se relaciona, mais comumente, à DRGE (3).

Existem fortes evidências demonstrando que pacientes com atopia estão mais suscetíveis a desenvolver EEo do que a população em geral. Aproximadamente 50 a 80% dos pacientes pediátricos e 40 a 60% dos pacientes adultos com EEo possuem alguma comorbidade atópica (4). As doenças atópicas mais prevalentes são rinite, asma e dermatite atópica (5).

Não existe um exame específico que faça, isoladamente, o diagnóstico de EEo. Desse modo, a análise histopatológica compatível com os achados de EEo, de forma isolada, não confirma o diagnóstico, necessitando-se, também, de sintomatologia compatível de acometimento do órgão e exclusão de outras causas de infiltração eosinofílica na mucosa esofágica (1). O achado de disfunção esofágica é um critério obrigatório para o diagnóstico de EEo. Com relação ao critério histológico, são recomendadas pelo menos 6 biópsias de, no mínimo, 2 locais diferentes da mucosa esofágica para aumentar a sensibilidade da procura por infiltrados eosinofílicos. Devem

ser contados pelo menos 15 eosinófilos por campo, fazendo com que esta seja uma forma adicional de diferenciar EEO de DRGE (que, geralmente, possui menos de 5 eosinófilos por campo) (5). Um escore denominado EREFS (Exudates, Rings, Edema, Furrows and Strictures) foi elaborado para auxiliar na avaliação dos achados endoscópicos de EEO porém, sozinho, ainda é insuficiente para diagnosticar e monitorar sua atividade (6).

A abordagem terapêutica da EEO baseia-se na “tríade dos 3 Ds”, composta por: dieta, drogas e dilatação (7). O objetivo da terapia dietética não é apenas induzir a remissão clínica e histológica da EEO, mas, principalmente, excluir um gatilho dietético específico, mantendo-a em remissão por período prolongado (8). Com relação à terapia medicamentosa, o uso de inibidores da bomba de próton (IBP) e/ou esteroides inalatórios deglutidos mostraram-se eficazes no controle da EEO (1). A dilatação endoscópica melhora a disfagia em  $\frac{3}{4}$  dos adultos que apresentam calibre esofágico reduzido (95% IC = 58 - 93%), entretanto, não atua sobre a inflamação esofágica. Drogas antialérgicas, até o momento, não apresentaram efeitos relevantes sobre os sintomas e inflamação esofágica causada pela EEO (5).

Segundo Veiga et al. (1), diversos estudos têm sido publicados acerca do tema nos últimos 10 anos, embora ainda existam controvérsias e dificuldades quanto a seu diagnóstico, tratamento e história natural.

Assim sendo, neste estudo, os aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes com EEO, tratados em um consultório privado na cidade de Criciúma/SC, foram analisados e comparados, de modo a avaliar a ocorrência de outras doenças atópicas na população estudada, os tratamentos utilizados por estes pacientes e a presença de outras comorbidades em geral.

## **MÉTODOS**

O estudo foi realizado em um consultório particular, no município de Criciúma/SC. Foi realizado um estudo observacional retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa e coleta de dados secundários. Foram avaliados prontuários de pacientes diagnosticados com esofagite eosinofílica e que foram atendidos em uma clínica na cidade de Criciúma/SC, desde abril de 2015 até abril de 2018. A pesquisa engloba pacientes com EEO, levantando dados sobre idade, gênero, história familiar positiva para EEO, estado civil, história de atopia, comorbidades concomitantes à EEO, e a realização de tratamento de suas doenças.

A amostra é composta por 11 pacientes com diagnóstico de EEO, sendo a coleta de dados realizada por acadêmicos de Medicina, voluntários da UNESC. Foram incluídos pacientes acima de 18 anos de idade, que iniciaram o acompanhamento no período abrangente do estudo. Foram excluídos do estudo os prontuários incompletos ou ilegíveis. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da UNESC, sob o parecer de número 2.744.824.

Os dados foram analisados com auxílio do software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0. As variáveis quantitativas foram expressas por meio de média e desvio padrão. As variáveis qualitativas foram expressas por meio de frequência e porcentagem.

## **RESULTADOS**

Foram avaliados neste estudo os prontuários de 11 pacientes com diagnóstico de EEO atendidos em um consultório particular, no município de Criciúma/SC, entre os anos de 2015 e 2018. A tabela 1 ilustra o perfil dos pacientes diagnosticados com EEO incluindo idade ao diagnóstico, sexo e estado civil dos supracitados.

Diante da análise dos dados percebeu-se que a faixa etária dos participantes variou entre 18 e 39 anos de idade, com uma idade média de 27 anos. Na avaliação do gênero, houve um equilíbrio entre os sexos, com 54,5% sendo do sexo feminino. Em relação ao estado civil, houve uma prevalência com 72,7% de pacientes solteiros. O ano de diagnóstico prevalente foi 2017, com 45,5%, seguido pelo ano de 2016, com 36,4%.

A tabela 2 ilustra a avaliação de história familiar de atopia, de outras comorbidades concomitantes e do tratamento medicamentoso dos pacientes diagnosticados com EEO. A história familiar de EEO foi negativa em 90,9% dos parentes de 1º grau dos pesquisados, porém, 81,8% dos familiares apresentam alguma manifestação atópica. A presença de alguma outra comorbidade é positiva em 72,7% dos pacientes, sendo a intolerância à lactose a mais prevalente com 25% dentre os pesquisados. O inibidor da bomba de prótons (IBP) é, isoladamente, o medicamento mais utilizado, representando 27,3%, enquanto que o esquema combinado de IBP + corticoide inalatório por via oral corresponde por 18,2% dos casos.

A tabela 3 informa sobre os sintomas e as doenças atópicas dos pacientes pesquisados. Impactação alimentar, pirose e dor abdominal e/ou epigástrica representam, cada, 36,4% dos sintomas à apresentação. Disfagia, náusea e vômitos representam, cada

um, 27,3% dos sintomas clínicos. A recusa alimentar apresenta a menor prevalência, com 18,2%. Os dados ultrapassaram 100% pelo fato dos pacientes apresentarem mais de um sintoma concomitante.

Dentre as atopias investigadas, a alergia alimentar é a mais prevalente ocorrendo em 90,1% dos pacientes, seguida pela alergia alimentar 54,5%, asma 45,5%, rinite alérgica 36,4% e dermatite atópica 27,3%. Alergia medicamentosa e a insetos/pólen se mostraram presentes em apenas 18,2%, cada.

## **DISCUSSÃO**

O perfil epidemiológico dos pacientes com EEO e associação com doenças atópicas em um consultório privado é importante para promover uma suspeita diagnóstica mais embasada e um manejo terapêutico eficiente, visto o caráter recente da doença. Desde o Consenso e Recomendações de 2007, a produção científica sobre o tema dobrou e diversas são as pesquisas em andamento (9).

A faixa etária do presente estudo encontrou-se próxima do intervalo esperado para o desenvolvimento da EEO com  $27,73 \pm 6,76$  anos, valor similar aos estudos de Dellon (2) e Sperry et al. (10), realizados nos Estados Unidos da América, os quais obtiveram respectivamente um valor de  $33,5 \pm 17,1$  e 27 anos.

Em relação ao gênero, em nosso estudo houve uma prevalência de 54,5% para o sexo feminino, encontrando divergência com o estudo de Dellon (2), realizado com a população norte americana, no qual foi encontrado uma prevalência de 64,9% de indivíduos do sexo masculino. O estudo de Sperry et al. (10) encontrou uma prevalência masculina ainda maior, de 76%. Os autores imaginam que esta diferença possa estar relacionada a uma amostragem relativamente pequena do presente estudo e à ausência de dados sobre a prevalência de EEO no Brasil, sendo que a literatura baseia-se em estudos internacionais.

Não encontramos trabalhos na literatura que confirmem ou refutem os dados sobre o estado civil e o ano de diagnóstico dos pacientes. Entretanto, vale ressaltar que o estudo de Sousa, Costa e Barbosa (11) argumenta que o aumento da prevalência da EEO é real e não apenas uma suspeita clínica.

Analisando a tabela 2, em relação à história familiar de manifestações atópicas, a maioria dos pesquisados (81,8%) possui parentes de 1º grau com história atópica positiva. O estudo norte americano de Mohammad et al. (12) encontrou um resultado de 43,2% de

história familiar de atopia, enquanto que o estudo brasileiro de Rodrigues et al. (13) alcançou um resultado de 23%. Os autores supõem que tais resultados conflituosos tenham ocorrido pelos tamanhos de amostras diferentes de cada estudo.

Quanto à presença de comorbidades, encontramos positividade em 72,7% dos pacientes, sendo a intolerância a lactose a mais prevalente (25%). As comorbidades mais encontradas por Leigh e Spergel (14) foram neuropsiquiátricas (20%), doenças inflamatórias intestinais (17,4%) e doença celíaca (3,4%). Os autores acreditam que o desencontro dos dados se deve a diferença de tamanho entre as amostras.

O esquema terapêutico farmacológico mais prevalente em nosso estudo é o uso exclusivo de IBP (27,3%), seguido pela terapia combinada de IBP + corticoide inalatório por via oral (18,2%). O tratamento medicamentoso prevalente encontrado na literatura é o IBP em monoterapia (61%) em seguida a combinação de IBP + corticoide inalatório (21%) (14). Estudos clínicos recentes demonstram que a monoterapia com IBP diminui a regulação inflamatória elaborada por linfócitos th2 nos pacientes com EEO, gerando diminuição dos sintomas (15, 16).

A tabela 3 demonstra os sintomas mais prevalentes a apresentação e a presença de doenças atópicas na amostra estudada. É importante salientar que não existem sintomas ou sinais ao exame físico patognomônicos de EEO. A clínica é muito variável, principalmente devido à abrangência etária da doença (1).

A impactação alimentar (36,4%), pirose (36,4%) e a dor abdominal e/ou epigástrica (36,4%) foram os sintomas mais comumente encontrados em nosso estudo. De acordo com a literatura, os pacientes adultos apresentam, mais comumente, a disfagia (70 - 80%) e a impactação alimentar (33 - 50%) como os principais sintomas (5, 17), entretanto, a dor abdominal é um sintoma mais prevalente da população pediátrica. Evidências atuais sugerem que os sintomas de impactação e disfagia em adultos é resultado de um remodelamento do tecido esofágico como progressão da doença após período sem intervenção terapêutica (18, 19).

Disfagia (27,3%) não foi o sintoma mais prevalente em nosso estudo, apesar da disfagia ser considerada um dos sintomas mais comuns relacionados a EEO em adultos (14). Os autores imaginam que esta diferença possa estar relacionada a uma amostragem relativamente pequena do presente estudo.

Náuseas/vômitos foram identificados em 27,3% dos pacientes pesquisados. Em contrapartida, a literatura acredita que esses sintomas são encontrados em menos de 15%



dos pacientes (14). Os autores imaginam que esta diferença possa estar relacionada a uma amostragem relativamente pequena do presente estudo.

Todos os pacientes da amostra estudada apresentam doenças atópicas concomitantes. A literatura demonstra que existe uma forte relação entre doenças atópicas e EEO, incluindo asma, rinite alérgica, dermatite atópica e alergia alimentar, de forma que seus diagnósticos tendem a ser mais precoces que o diagnóstico da EEO. A alta prevalência dessas doenças em pacientes com EEO fortifica a hipótese de uma patogênese em comum (20).

A atopia mais prevalente foi alergia alimentar com 90,9% dos pacientes acometidos, valor semelhante ao encontrado por Penfield et al. (21). Estudos indicam que embora a alergia alimentar possua algum grau de relação com a EEO, seus mecanismos ainda não são evidentes. Sugere-se que estejam relacionados a alguma proteína dietética que ative um fenótipo de linfócito T-helper tipo 2 de forma comum (22).

Dentre as aero alergias estudadas, encontramos pacientes com alergia a animais (54,5%), asma (45,5%), rinite alérgica (36,4%) e alergia a pólen/insetos (18,2%). Estudos relatam que a falta de resposta às mudanças dietéticas em alguns pacientes com EEO, sugere a presença de outros antígenos não alimentares como desencadeantes da doença (23).

Atkins (23) formula que a exposição da mucosa esofágica do paciente sensibilizado às partículas de pólen inaladas e posteriormente deglutidas, pode gerar uma exacerbação do quadro de EEO. Inclusive, em alguns pacientes, a ingestão de alimentos contendo antígenos que reagem de forma cruzada com alérgenos de pólen pode ser o gatilho de desenvolvimento da EEO (24, 25).

Ainda que não haja uma evidência fisiopatológica que correlacione asma e EEO, ambas possuem similaridades, como o fato de afetar pacientes de todas as idades, com início geralmente na infância, diagnóstico clínico, inflamação do órgão alvo e a preferência (mas não exclusividade) por quadros alérgicos prévios (26).

A reação alérgica que ocorre na mucosa nasal de pacientes com rinite alérgica parece contribuir com o quadro de EEO. Isso pode ocorrer devido ao fato de que o paciente afetado repetidamente deglute secreções nasais ricas em eosinófilos (23).

Dermatite atópica foi encontrada em 27,3% dos pesquisados, valor semelhante ao encontrado na literatura (20). Ambas doenças podem ser desencadeadas tanto por alérgenos aéreos quanto alimentares, e a corticoterapia alivia os sintomas sugerindo uma patogênese comum (27).

Em nosso estudo, houve uma prevalência de 18,2% de alergia medicamentosa. Não encontramos trabalhos na literatura que confirmem ou refutem esse dado. Entretanto, os autores acreditam que provavelmente uma apresentação antigênica na mucosa esofágica, independente do material, possa desencadear uma resposta inflamatória e, consequentemente, EEO em certos pacientes.

Apesar de o estudo apresentar limitações como o pequeno tamanho da amostra, é importante a realização de estudos similares a este para o conhecimento do perfil dos pacientes com EEO em nosso meio, proporcionando traçar uma estratégia terapêutica e possibilitando uma intervenção nos sintomas e gatilhos mais abrangentes dos pacientes atendidos em consultório privado da região de Criciúma, Santa Catarina.

## **CONCLUSÃO**

O perfil geral dos pacientes atendidos em um consultório privado com EEO na região de Criciúma foi de mulheres com idade entre 21-34 anos, solteiras e diagnosticadas entre os anos de 2016-2017. A maioria dos pacientes apresentou uma história familiar de atopia positiva, mas não de EEO. A impactação alimentar, pirose e dor abdominal e/ou epigástrica foram os sintomas mais comumente encontrados nesses pacientes. A alergia alimentar, alergia a animais e asma foram as comorbidades atópicas mais prevalentes nos pacientes. Em relação ao tratamento específico para EEO, a maioria dos pacientes possui corticoterapia em seus esquemas.

**CONFLITO DE INTERESSES:** Não há conflito de interesses.

## **REFERÊNCIAS**

(1) Veiga FMS, Castro APBM, Santos CJN, Dorna MB; Pastorino AC. Esofagite eosinofílica: um conceito em evolução?. AAI. 2017;1(4):1-2. Disponível em: <[http://aai-asbai.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=837](http://aai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=837)>. Acesso em: 16 abril de 2019.

(2) Dellon ES. Epidemiology of Eosinophilic Esophagitis. Gastroenterol Clin North Am. 2014;43(2):201-218. Disponível em: <[https://www.gastro.theclinics.com/article/S0889-8553\(14\)00023-5/fulltext](https://www.gastro.theclinics.com/article/S0889-8553(14)00023-5/fulltext)>. Acesso em: 15 abril 2019.

(3) Dellon ES, Gibbs WB, Fritchie KJ, Rubinas TC, Wilson LA, Woosley JT et al. Clinical, endoscopic, and histologic findings distinguish eosinophilic esophagitis from gastroesophageal reflux disease. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2009;7(12):1305-13.

(4) Arora AS, Yamazaki K. Eosinophilic esophagitis: asthma of the esophagus? *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2004;2(7):523-30. Disponível em: <[https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565\(04\)00236-8](https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565(04)00236-8)>. Acesso em: 12 abril 2019.

(5) Lucendo AJ, Molina-Infante J, Arias Á, von Arnim U, Bredenoord AJ, Bussmann C et al. Guidelines on eosinophilic esophagitis: evidence-based statements and recommendations for diagnosis and management in children and adults. *United European Gastroenterol J.* 2017;5(3):335-358. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5415218/>>. Acesso em: 14 abril 2019.

(6) Dellon ES, Cotton CC, Gebhart JH, Higgins LL, Beitia R, Woosley JT et al. Accuracy of the Eosinophilic Esophagitis Endoscopic Reference Score in Diagnosis and Determining Response to Treatment. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2016 Jan;14(1):31-9. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26404868>>. Acesso em: 21 abril 2019.

(7) Straumann A. Treatment of eosinophilic esophagitis: diet, drugs, or dilation? *Gastroenterology.* 2012;142(7):1409-11. Disponível em: <[https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(12\)00621-X/fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(12)00621-X/fulltext)> Acesso em: 14 abril 2019.

(8) Vashi R, Hirano I. Diet therapy for eosinophilic esophagitis: when, why and how. *Curr Opin Gastroenterol.* 2013;29(4):407-15. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23689524>>. Acesso em: 15 abril 2019.

(9) Furuta GT, Liacouras CA, Collins MH, Gupta SK, Justinich C, Putnam PE et al. Eosinophilic esophagitis in children and adults: a systematic review and consensus recommendations for diagnosis and treatment. *Gastroenterology*. 2007;133(4):1342-63. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17919504>>. Acesso em: 12 abril 2019.

(10) Sperry SL, Woosley JT, Shaheen NJ, Dellon ES. Influence of race and gender on the presentation of eosinophilic esophagitis. *Am J Gastroenterol*. 2012;107(2):215-21. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21971538>>. Acesso em: 15 abril 2019.

(11) Sousa F, Costa AC, Barbosa M. Esofagite eosinofílica e alergia. *Ge Jornal Português de Gastreterologia*. 2013; 20(1):10-15. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0872817812000926>>. Acesso em: 15 abril 2019.

(12) Mohammad AA, Wu SZ, Ibrahim O, Bena J, Rizk M, Piliang M et al. Prevalence of atopic comorbidities in eosinophilic esophagitis: A case-control study of 449 patients. *J Am Acad Dermatol*. 2017;76(3):559-560. Disponível em: < [https://www.jaad.org/article/S0190-9622\(16\)30760-5/fulltext](https://www.jaad.org/article/S0190-9622(16)30760-5/fulltext)>. Acesso em: 15 abril 2019.

(13) Rodrigues M, D'Amico MF, Patiño FR, Barbieri D, Damião AO, Sipahi AM. Clinical manifestations, treatment, and outcomes of children and adolescents with eosinophilic esophagitis. *J Pediatr (Rio J)*. 2013 Mar-Apr;89(2):197-203. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/jped/v89n2/en\\_v89n2a14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jped/v89n2/en_v89n2a14.pdf)> Acesso em: 15 abril 2019.

(14) Leigh LY, Spergel JM. An in-depth characterization of a large cohort of adult patients with eosinophilic esophagitis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2019;122(1):65-72. Disponível em: < [https://www.annallergy.org/article/S1081-1206\(18\)31198-0/fulltext](https://www.annallergy.org/article/S1081-1206(18)31198-0/fulltext)>. Acesso em: 15 abril 2019.

(15) Molina-Infante J, Rivas MD, Hernandez-Alonso M, Vinagre-Rodríguez G, Mateos-Rodríguez JM, Dueñas-Sadornil C et al. Proton pump inhibitor-responsive oesophageal eosinophilia correlates with downregulation of eotaxin-3 and Th2 cytokines overexpression. *Aliment Pharmacol Ther.* 2014;40(8):955-65. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25112708>>. Acesso em: 15 abril 2019.

(16) Dellon ES, Speck O, Woodward K, Covey S, Rusin S, Gebhart JH et al. Markers of eosinophilic inflammation for diagnosis of eosinophilic esophagitis and proton pump inhibitor-responsive esophageal eosinophilia: a prospective study. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2014;12(12):2015-22. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24993367>>. Acesso em 15 abril 2019.

(17) Akyüz U. Food impaction in older age: Think about an eosinophilic esophagitis. *World J Gastrointest Endosc.* 2013;5(2):79-80. Baishideng Publishing Group Inc. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3574617/>>. Acesso em 16 abril 2019.

(18) Cianferoni A, Spergel J. Eosinophilic Esophagitis: A Comprehensive Review. *Clin Rev Allergy.* 2015;50(2):159-174. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12016-015-8501-z>>. Acesso em 16 abril 2019.

(19) Menard-Katcher C, Benitez AJ, Pan Z, Ahmed FN, Wilkins BJ, Capocelli KE et al. Influence of Age and Eosinophilic Esophagitis on Esophageal Distensibility in a Pediatric Cohort. *Am J Gastroenterol.* 2017;112(9):1466-1473. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5601317/>>. Acesso em 16 abril 2019.

(20) Benninger MS, Strohl M, Holy CE, Hanick AL, Bryson PC. Prevalence of atopic disease in patients with eosinophilic esophagitis. *Int Forum Allergy Rhinol.* 2017;7(8):757-762. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/alr.21968>>. Acesso em: 19 abril de 2019.

(21) Penfield JD, Lang DM, Goldblum JR, Lopez R, Falk GW. The role of allergy evaluation in adults with eosinophilic esophagitis. *J Clin Gastroenterol*. 2010 Jan;44(1):22-7. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19564792/>>. Acesso em: 20 abril de 2019.

(22) Chehade M, Aceves SS. Food allergy and eosinophilic esophagitis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2010;10(3):231-237. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20410819>> Acesso em: 19 abril de 2019.

(23) Atkins D. Aeroallergens in Eosinophilic Esophagitis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2017;64(1):1-2. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5135654/>> Acesso em 19 abril de 2019.

(24) van Rhijn BD, van Ree R, Versteeg SA, Vlieg-Boerstra BJ, Sprickelman AB, Terreehorst I et al. Birch pollen sensitization with cross-reactivity to food allergens predominates in adults with eosinophilic esophagitis. *Allergy*. 2013;68(11):1475-81. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24351068/>>. Acesso em 19 abril de 2019.

(25) Fahey L, Robinson G, Weinberger K, Giambone AE, Solomon AB. Correlation Between Aeroallergen Levels and New Diagnosis of Eosinophilic Esophagitis in New York City. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2017;64(1):22-25. Disponível em: <[https://journals.lww.com/jpgn/fulltext/2017/01000/Correlation\\_Between\\_Aeroallergen\\_Levels\\_and\\_New.5.aspx](https://journals.lww.com/jpgn/fulltext/2017/01000/Correlation_Between_Aeroallergen_Levels_and_New.5.aspx)>. Acesso em 19 abril de 2019.

(26) Virchow JC. Eosinophilic Esophagitis: Asthma of the Esophagus?. *Digestive Diseases*. 2014;32(1-2):54-60. Disponível em: <<https://www.karger.com/Article/FullText/357010>>. Acesso em 19 abril de 2019.

(27) Brown-Whitehorn TF, Spergel JM. The link between allergies and eosinophilic esophagitis: implications for management strategies. *Expert Rev Clin Immunol.* 2010;6(1):101-109. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2821054/>>. Acesso em 19 abril de 2019.

## TABELAS

Tabela 1. Idade ao diagnóstico, sexo e estado civil dos pacientes com Esofagite Eosinofílica avaliados em um consultório particular, no município de Criciúma/SC, entre os anos de 2015 e 2018.

ID	Idade	Sexo	Estado Civil	Ano do diagnóstico
1	27	Masculino	Solteiro	2015
2	34	Feminino	Casada	2016
3	32	Feminino	Casada	2016
4	18	Masculino	Solteiro	2016
5	23	Masculino	Solteiro	2016
6	19	Feminino	Solteira	2017
7	39	Feminino	Solteira	2017
8	25	Masculino	Solteiro	2017
9	31	Feminino	Solteiro	2017
10	23	Masculino	Casado	2017
11	34	Feminino	Solteira	2018

Tabela 2. Avaliação de história familiar atópica e outras comorbidades concomitantes ao tratamento medicamentoso dos pacientes com Esofagite Eosinofílica avaliados em um consultório particular, no município de Criciúma/SC, entre os anos de 2015 e 2018.

ID	HF EEO	HF MA	Outras comorbidades	Esquema terapêutico atual
1	Não	Não	Nenhuma	CI VO + AL VO
2	Não	Sim	Nenhuma	AH VO
3	Não	Sim	HAS + IL	IBP
4	Não	Sim	IL	CI VO + AL VO + CSN
5	Não	Não	IL	CI VO + AL VO + AH VO
6	Não	Sim	Enxaqueca crônica	IBP + CS VO
7	Não	Sim	Gastrite não especificada	IBP
8	Não	Sim	Nenhuma	CI VO + IBP VO + CSN
9	Não	Sim	Hipotireoidismo + Urticária crônica	AH VO
10	Sim	Sim	Gastrite moderada + IL	CI VO + IBP VO
11	Não	Sim	Gastrite não especificada + IL	IBP

CI VO – Corticoide inalatório por via oral; AL VO – Anti-leucotrieno por via oral; AH VO – Anti-histamínico por via oral; IBP – Inibidor de bomba de prótons; CSN – Corticoide spray nasal; CS VO – Corticoide sistêmico por via oral HAS – Hipertensão arterial sistêmica; IL – Intolerância à lactose; HF EEO – História familiar de EEO em parente de 1º grau; HF MA – História familiar de manifestações atópicas em parente de 1º grau.



Tabela 3. Sintomas à apresentação e presença de doença atópica nos pacientes com Esofagite Eosinofílica avaliados em um consultório particular, no município de Criciúma/SC, entre os anos de 2015 e 2018.

ID	Sintomas à apresentação	Presença de doença atópica
1	Impactação alimentar + Pirose	Asma + AA + API
2	Impactação alimentar + Disfagia	AA + AAn
3	Impactação alimentar + Disfagia	Alergia alimentar
4	Recusa alimentar	Asma + RA + AA + AAn + AM
5	Impactação alimentar + Pirose	Asma + RA + AA
6	Pirose + Náusea e/ou vômitos	Asma + AA + AAn
7	Dor abdominal e/ou epigástrica	AA + AAn
8	Dor abdominal e/ou epigástrica + Recusa alimentar	RA + AA + AAn + AM
9	Dor abdominal e/ou epigástrica + Náusea e/ou vômitos	DA + AA
10	Dor abdominal e/ou epigástrica + Náusea e/ou vômitos	Asma + RA + DA + AA + AAn + API
11	Pirose + Disfagia	DA

AA – Alergia alimentar; API – Alergia à pólen e/ou insetos; AAn – Alergia a animais; RA – Rinite alérgica; AM – Alergia medicamentosa; DA – Dermatite Atópica.