Residência RP Pediátrica
Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Pediatria

RELATO DE CASO

# Relato de caso: Esofagite eosinofílica associada à alergia à proteína do leite de vaca

## *Case report: Eosinophilic esophagitis associated with cow's milk protein allergy*

Bruna Piassi Guaitolini[1], Priscilla Filippo Alvim de Minas Santos[2]

**Palavras-chave:**
alergia e imunologia, esofagite eosinofílica, proteínas do leite.

## Resumo

**Introdução:** Esofagite eosinofílica é uma doença inflamatória crônica caracterizada por um infiltrado de eosinófilos no esôfago, sendo estimada em 1:10.000. É distinta da DRGE, embora os pacientes compartilhem sintomas semelhantes. Não está bem estabelecido o papel da alergia no processo, porém a melhora ou resolução do processo com a dieta de exclusão alimentar indica um papel da alergia alimentar em alguns pacientes. **Objetivo:** relatar a evolução de um paciente com esofagite eosinofílica associada à proteína do leite de vaca. **Método:** revisão de prontuário. **Relato do caso:** Aos 3 meses, paciente iniciou quadro de vômitos e dor abdominal recorrente, diagnosticado como refluxo gastroesofágico e instituído tratamento. Evolui com epigastralgia, pirose, alteração pôndero-estatural, engasgos e impactação com líquidos. Aos 7 anos foi diagnosticado com esofagite eosinofílica através de endoscopia digestiva alta (EDA) com biópsia e associação com alergia à proteína do leite de vaca (IgE sérica para leite de vaca aumentada). Após início de tratamento adequado e dieta de exclusão apresentou remissão do quadro. Após abandono do tratamento e reintrodução do leite de vaca na dieta, apresentou sintomas gastrointestinais associados à urticária e angioedema. Reiniciado tratamento, com remissão do quadro clínico e EDA normal. **Conclusão:** A esofagite eosinofílica deve ser lembrada quando a terapia com bloqueadores de bombas de prótons falha no controle dos sintomas. A endoscopia digestiva alta com biópsias é fundamental para o diagnóstico e para o acompanhamento desses pacientes.

**Keywords:**
allergy and immunology, eosinophilic esophagitis, milk proteins.

## Abstract

**Introduction:** Eosinophilic esophagitis is a chronic inflammatory disease by infiltrate of eosinophils in esophagus, estimated at 1:10.000. It is distinct from GORD (Gastro-oesophageal reflux disease), although patients share similar symptoms. Is not well established the role of allergy in the process, though the improvement or resolution of the process with the food exclusion diet indicates a role of food allergy in some patients. **Objectives:** report the progress of a patient with eosinophilic esophagitis associated with cow's milk protein. **Method:** medical record review. **Case Report:** At 3 months, the patient started a clinical condition of vomiting and recurrent abdominal pain, diagnosed as gastroesophageal reflux and instituted treatment. Evolves with epigastric pain, heartburn, altering weight and height, choking and impaction with liquids. At seven years old was diagnosed with eosinophilic esophagitis through high digestive endoscopy (HDE) with biopsy and association with cow's milk protein allergy (serum IgE to cow's milk protein increased). After beginning of proper treatment and diet of exclusion presented gastrointestinal symptoms associated with urticaria and angioedema. Restarted treatment, with remission of the clinical condition and normal HDE. **Conclusion:** Eosinophilic esophagitis should be remembered when therapy with Proton-pump inhibitors failure in the control of symptoms. High digestive endoscopy with biopsies it is primordial for the diagnosis and monitoring of these patients.

[1] Médica residente em pediatria no Hospital Central do Exército, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
[2] Mestranda do programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas - Mestrado acadêmico - Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Médica alergista e imunologista pediátrica no Hospital Municipal Jesus, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

**Endereço para correspondência:**
Priscilla Filippo Alvim de Minas Santos.
Hospital Municipal Jesus. Avenida Rio Branco, nº 185, Sl 429, Centro, Rio de Janeiro, RJ. Brasil. CEP: 20040-007. E-mail: pri.080@globo.com

Residência Pediátrica 2016;6(3):149-151.

## INTRODUÇÃO

A esofagite eosinofílica (EE) é decorrente de hipersensibilidade mista (IgE mediada e não-IgE mediada). É uma doença inflamatória crônica caracterizada por um infiltrado de eosinófilos no esôfago, sendo estimada em 1:10.000[1]. É mais prevalente no sexo masculino (3:1) e em caucasianos[2,3].

Está sendo cada vez mais diagnosticada em pacientes pediátricos e adultos, embora a epidemiologia dessa doença ainda não seja bem conhecida. Estima-se que entre 8 a 10% dos pacientes pediátricos com falha na resposta ao tratamento com inibidores de bomba de prótons para a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), apresenta EE[2].

Clinicamente pode se apresentar como: dor abdominal, vômitos, anorexia, disfagia, impactação alimentar, dor torácica e sintomas semelhantes aos da doença do refluxo gastro-esofágico (DRGE). Impactação alimentar e dor torácica são mais frequentes em adolescentes e adultos jovens, enquanto nas crianças predominam sintomas mais inespecíficos como dor abdominal e vômitos.

É distinta da DRGE, embora os pacientes compartilhem sintomas semelhantes e ambas as condições possam existir no mesmo paciente. Existem evidências de associação com atopia, 75% a 80% dos pacientes com EE são sensibilizados a aeroalérgenos ou a alérgenos alimentares, além de caráter familiar e aumento da expressão do gene eotaxina-3[2].

Não está bem estabelecido o papel da alergia no processo, porém a melhora ou resolução do processo com a dieta de exclusão alimentar indica um papel da alergia alimentar em alguns pacientes.

## DESCRIÇÃO DO CASO

M.A.F.S, masculino, pardo, aos 3 meses iniciou quadro de vômitos e dor abdominal recorrente, diagnosticado como refluxo gastroesofágico e instituído tratamento com ranitidina regular. Aos 3 anos apresentou sintomas de rinite e hiperresponsividade brônquica. Evoluiu com epigastralgia, pirose e alteração pôndero-estatural.

Aos 7 anos apresentou engasgos e impactação com alimentos líquidos. Realizada USG abdominal normal, endoscopia digestiva alta (EDA) com biópsia que evidenciou mais de 20 eosinófilos por campo no esôfago, Helicobater pylori (*H. pylori*) negativo. Solicitadas IgE total normal e IgE específicas para leite de vaca, ovo, trigo, soja, castanha do caju e peixe, com resultado positivo apenas para leite de vaca (IgE específica para LV = 3,78 KU/L).

IgE específicas para ácaros domésticos (*D.pteronyssonus, D.farinae e B.tropicalis*) < 0,10 KU/L. Hemograma: normal, ausência de eosinofilia no sangue periférico. História familiar positiva para alergia respiratória (mãe apresenta rinite e asma) e negativa para alergia alimentar e esofagite eosinofílica. Instituído tratamento com bloqueador de ácidos (omeoprazol 20mg/dia), fluticasona inalatória oral (deglutida) 250mcg, 1 jato de 12/12horas e dieta isenta de leite de vaca.

Após 2 meses apresentava-se assintomático. Realizou o tratamento por 9 meses e o descontinuou após 2 anos. Ao retornar aos 10 anos de idade, apresentava vômitos, epigastralgia, disfagia, urticária e angioedema após ter reintroduzido leite de vaca na dieta por conta própria.

Realizada EDA evidenciando EE (> 20 eosinófilos/campo), gastrite endoscópica erosiva plana acentuada de antro, bulbite erosiva acentuada, úlcera bulbar A2 de Sakita, *H. pylori* negativo. Reiniciado o tratamento anterior, com melhora do quadro clínico.Aos 12 anos apresentava-se assintomático, EDA com aspecto normal e *H. pylori* negativo. Aos 14 anos, EDA e Seriografia esôfago-estômago-duodeno normais.

Atualmente, aos 17 anos, assintomático em uso de bloqueador de ácidos (omeoprazol 40mg/dia) e dieta de exclusão de leite de vaca. Mantém IgE específica para leite de vaca classe 3, IgE específica para caseína classe 2.

## DISCUSSÃO

No caso relatado, o paciente foi tratado inicialmente como refluxo gastroesofágico, apresentando falha pôndero-estatural. As manifestações clínicas da EE em lactentes e crianças menores são inespecíficas e variáveis, mas são mais comumente relacionadas a dificuldades alimentares[4].

Apenas quando apresentou impactação alimentar no esôfago foi pensada na hipótese diagnóstica de esofagite eosinofílica e alergia alimentar. A alergia alimentar é um problema significativo. Múltiplos alérgenos podem estar envolvidos e os mais comuns são leite de vaca, trigo, soja, amendoim e ovo.

Segundo a literatura, a IgE total sérica encontra-se normal ou apenas levemente aumentada e a eosinofilia periférica é pouco comum nos pacientes com EE[5] , dados semelhantes aos do caso clínico. Embora a patogênese da EE permaneça desconhecida, a introdução da terapia com uso de corticósteróide inalatório oral, uso de bloqueadores de ácidos e uma dieta de exclusão adequada controlaram os sintomas do paciente.

Alguns pacientes com doença mais grave se apresentam com disfagia significativa e estenose, e podem necessitar dilatações esofágicas. São necessárias endoscopias repetidas, em intervalos apropriados, a fim de observar se a inflamação desapareceu com a terapia iniciada.

Sintomas podem resolver em 2 a 4 semanas, independente do tipo de tratamento, mas isso não significa que a inflamação diminuiu, pois os sintomas muitas vezes não se correlacionam com a inflamação. Pode-se ter ausência de sintomas com inflamação significativa. Resposta histológica ao uso de corticóides tópicos costuma ocorrer em 4 a 12 semanas[4]. Resposta histológica à dieta de exclusão pode ser

vista em 4 a 8 semanas, mas é muito variável, sendo que já foi relatada demorar até 4 meses em alguns indivíduos[6].

No caso relatado, após a melhora clínica (2 meses após o inicio da terapia o paciente estava assintomático), a falha de adesão da família ao tratamento, fez os sintomas retornarem. Isso demonstra que a adesão é essencial para o sucesso terapêutico, pois é uma doença de evolução crônica e recidivante, que deve ter acompanhamento regular e multidisciplinar[7].

As EDAs e as biópsias adicionais realizadas foram necessárias para monitorizar a progressão da doença e confirmar o sucesso da terapia no controle da inflamação esofagiana.

## CONCLUSÃO

A EE deve ser lembrada quando a terapia com bloqueadores de bombas de prótons falha no controle dos sintomas. A endoscopia digestiva alta com biópsias é fundamental para o diagnóstico e para o acompanhamento desses pacientes.

Neste relato de caso, após o diagnóstico de EE associada à alergia à proteína do leite de vaca, com dieta de exclusão e tratamento adequado, o paciente apresentou uma boa evolução, permanecendo assintomático e com melhora da qualidade de vida. Mais estudos são necessários para a avaliação da história natural e melhor manejo da doença.

## REFERÊNCIAS


1. Norvell JM, Venarske D, Hummell DS. Eosinophilic esophagitis: an allergist's approach. Ann Allergy Asthma Immunol. 2007;98(3):207-14. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S1081-1206(10)60708-9
2. Assa'ad AH, Putnam PE, Collins MH, Akers RM, Jameson SC, Kirby CL, et al. Pediatric patients with eosinophilic esophagitis: an 8-year follow-up. J Allergy Clin Immunol. 2007;119(3):731-8. PMID: 17258309 DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2006.10.044
3. Weiss AH, Iorio N, Schey R. La motilidad esofágica en la esofagitis eosinofílica. Rev Gastroenterol Mex. 2015;80(3):205-13.
4. Dias EM, Guedes RR, Adami MR, Ferreira CT. Esofagite eosinofílica atualização e contribuição da endoscopia. Bol Cient Pediatr. 2012;1(1):19-28.
5. Sociedade Brasileira de Pediatria, Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2007. Rev Bras Alerg Imunopatol. 2008;31(2):64-89.
6. Putnam PE. Evaluation of the child who has eosinophilic esophagitis. Immunol Allergy Clin North Am. 2009;29(1):1-10. DOI:http://dx.doi.org/10.1016/j.iac.2008.09.013
7. Liacouras CA, Furuta GT, Hirano I, Atkins D, Attwood SE, Bonis PA, et al. Eosinophilic esophagitis: updated consensus recommendations for children and adults. J Allergy Clin Immunol. 2011;128(1):3-20.e6. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2011.02.040