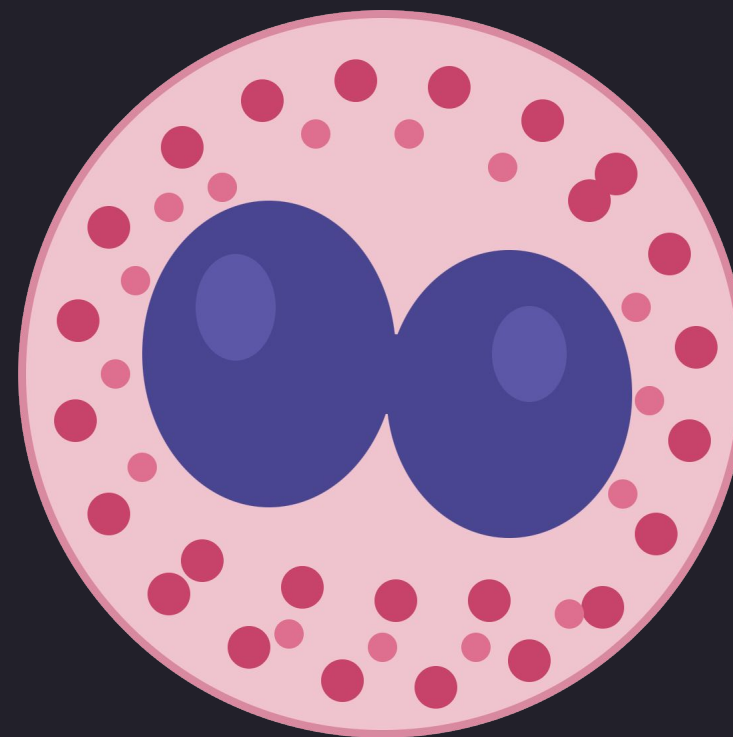


ALERGIA E IMUNOLOGIA GASTROINTESTINAL

Distúrbios gastrointestinais eosinofílicos

Mariana de Sousa Manganelli

R4 - Pneumologia Pediátrica HIJPII



DEFINIÇÃO

O que caracteriza o grupo

01

Sintomas pós-prandiais

Disfunção gastrointestinal que surge após as refeições.

02

Infiltração eosinofílica

Em pelo menos uma camada do trato gastrointestinal.

03

Ausência de vasculite

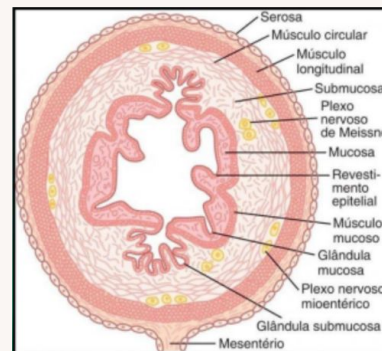
Afasta vasculites com eosinofilia como causa do quadro.

04

Eosinofilia periférica

Presente em cerca de 50% dos casos — sua ausência não exclui.

A patogênese provavelmente combina **mecanismos mediados por IgE** e **mecanismos de imunidade celular**.



CLASSIFICAÇÃO

Definidos pelo local acometido

Esôfago	Estômago	Intestino delgado	Cólon
Esofagite eosinofílica Disfagia, impactação alimentar, dor epigástrica	Gastroenterite eosinofílica Dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia, má absorção, perda de peso		Acometimento variável O intestino grosso pode ser envolvido na gastroenterite

Os sintomas de cada síndrome acompanham o segmento anatômico afetado.

Uma inflamação tipo 2 dirigida por antígenos mediada por células T

Alimentos — e possivelmente aeroalérgenos — desencadeiam uma resposta Th2 que leva eosinófilos a tecidos onde não deveriam se acumular, como a mucosa do esôfago.

Do antígeno à lesão tecidual

- 1 Barreira epitelial**

Antígenos alimentares (e aeroalérgenos) atravessam um epitélio com barreira comprometida e alcançam células apresentadoras.
- 2 Alarminas**

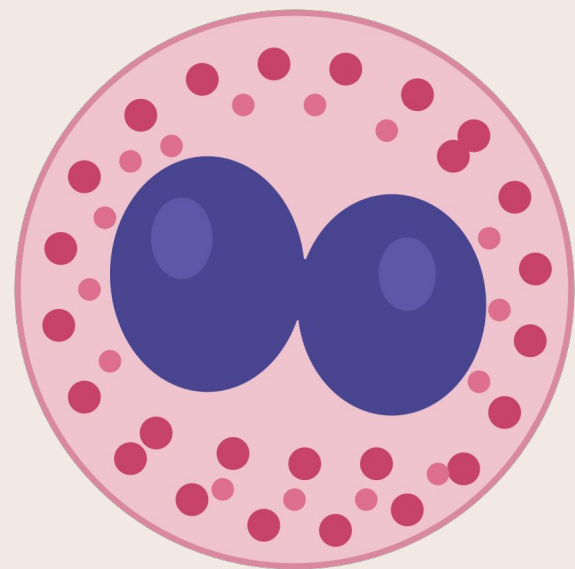
O epitélio agredido libera TSLP, IL-33 e IL-25, que ativam células dendríticas e ILC2 e polarizam a resposta para o perfil Th2.
- 3 Resposta Th2**

Linfócitos Th2 produzem IL-4, IL-5 e IL-13. A IL-4 favorece a produção de IgE e a sensibilização de mastócitos.
- 4 Recrutamento**

A IL-13 induz eotaxina-3 (CCL26) no epitélio, que atrai eosinófilos via CCR3; a IL-5 estimula sua produção e sobrevivência.
- 5 Lesão tecidual**

Eosinófilos degranulam (MBP, ECP, EPO, EDN) e liberam TGF- β 1: dano epitelial, fibrose e dismotilidade.

O que o eosinófilo libera no tecido



Núcleo bilobado e grânulos acidófilos, corados em rosa pela eosina.

Mediador	Efeito principal
MBP · proteína básica principal	Tóxica ao epitélio; ativa mastócitos e basófilos
ECP · proteína catiônica eosinofílica	Forma poros em membranas celulares
EPO · peroxidase eosinofílica	Gera espécies reativas de oxigênio
EDN · neurotoxina derivada do eosinófilo	Ribonuclease; marcador de atividade da doença
Leucotrienos e PAF	Contração do músculo liso, edema e permeabilidade
TGF-β1	Fibrose, hipertrofia muscular e remodelamento

Mecanismos mediados por IgE e celulares

Aspecto	Mediado por IgE	Não IgE / imunidade celular
Células-chave	Mastócitos e basófilos sensibilizados por IgE específica	Linfócitos Th2, eosinófilos e células epiteliais
Início	Minutos a poucas horas após a exposição	Horas a dias; curso crônico
Mediadores	Histamina, triptase, leucotrienos	IL-5, IL-13, eotaxina-3, TGF-β1
Testes	IgE específica e teste cutâneo positivos	Testes de IgE predizem mal; a resposta à dieta orienta
Papel nos DGIEs	Contribui em parte dos pacientes, sobretudo atópicos	Mecanismo predominante, especialmente na EoE

Os dois braços coexistem: por isso muitos pacientes são sensibilizados a vários alimentos, mas nem toda sensibilização explica a doença.

Da inflamação à disfunção do órgão

MECANISMO

Quebra da barreira

A IL-13 reduz desmogleína-1 e filagrina e aumenta calpaína-14: o epitélio fica permeável.

CONSEQUÊNCIA

Mais antígeno penetra e a inflamação se perpetua.

MECANISMO

Fibrose e estenose

O TGF- β 1 de eosinófilos e mastócitos ativa fibroblastos e deposita colágeno na lâmina própria.

CONSEQUÊNCIA

Anéis, estreitamento do lúmen, disfagia e impactação alimentar.

MECANISMO

Dismotilidade

Mediadores agem na camada muscular e nos nervos entéricos e alteram a contração.

CONSEQUÊNCIA

Vômitos, dor e, com parede espessada, obstrução.

Quantidade habitual de eosinófilos no trato digestório de crianças

Segmento do trato digestório	Lâmina própria		Superfície epitelial		Epitélio Criptas/ glândulas	
	Média	Máximo	Média	Máximo	Média	Máximo
Esôfago	NE	NE	0,03 ± 0,10	1	NE	NE
Antro gástrico	1,9 ± 1,3	8	0,0 ± 0,0	0	0,02 ± 0,04	1
Fundo gástrico	2,1 ± 2,4	11	0,0 ± 0,0	0	0,008 ± 0,03	1
Duodeno	9,6 ± 5,3	26	0,06 ± 0,09	2	0,26 ± 0,36	6
Íleo	12,4 ± 5,4	28	0,47 ± 0,25	4	0,80 ± 0,51	4
Cólon ascendente /ceco	20,3 ± 8,2	50	0,29 ± 0,25	3	1,4 ± 1,2	11
Cólon descendente	16,3 ± 5,6	42	0,22 ± 0,39	4	0,77 ± 0,61	4
Reto	8,3 ± 5,9	32	0,15 ± 0,13	2	1,2 ± 1,1	9

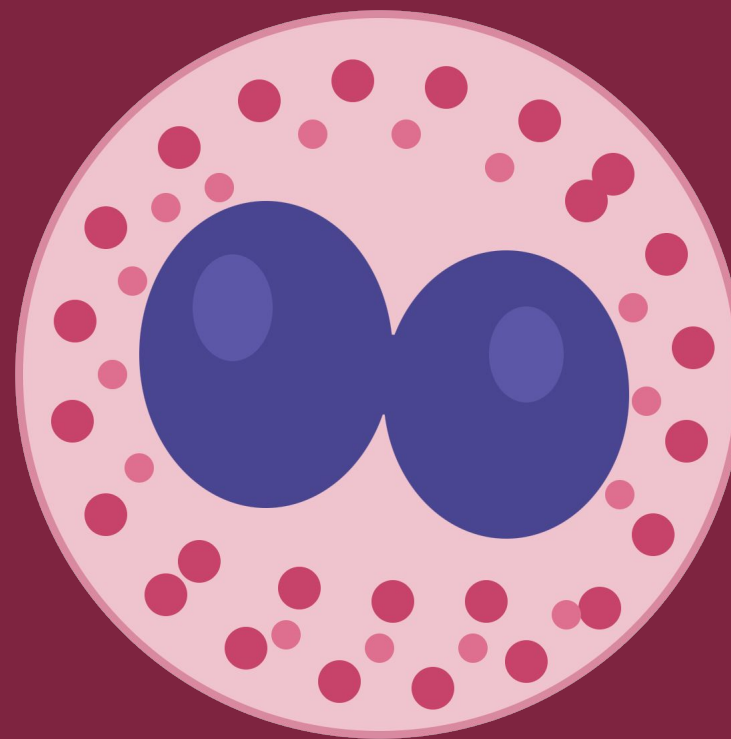
Quantidade habitual de eosinófilos no trato digestório de crianças

Causas de eosinofilia secundária no trato digestório

Doença Celíaca
Doenças do Colágeno (incluindo Síndrome de Churg-Strauss)
Doença do Refluxo Gastroesofágico
Doença Inflamatória Intestinal
Infecção parasitária e fúngica
Lesão cáustica
Síndrome hipereosinofílica
Transplante alogênico de medula óssea

Drogas (anti-convulsivantes e imunossupressores)
Anti-inflamatórios não-esteroidais
Carbamazepina
Clonazepina
Rifampicina
Tacrolimus
Linfoma e outras desordens malignas
Infecção parasitária e fúngica

1) Esofagite Eosinofílica



ESOFAGITE EOSINOFÍLICA (EOE)

Esofagite Eosinofílica

Clinicamente, sintomas de disfunção esofágica; histologicamente, inflamação com predomínio de eosinófilos — células normalmente ausentes na mucosa do esôfago.

Lactentes e crianças pequenas

Dificuldade para se alimentar e alterações do comportamento alimentar.

Crianças maiores e adultos

Disfagia, vômitos, dor abdominal ou epigástrica e náuseas pós-prandiais.

Em qualquer idade

Impactação alimentar frequente; sintomas intensos ou refratários ao tratamento antirrefluxo.

Esse distúrbio deve ser considerado em pacientes de qualquer idade que apresentem sintomas esofágicos, especialmente quando refratários ao tratamento sintomático

ESOFAGITE EOSINOFÍLICA (EOE)

Esofagite Eosinofílica



A prevalência e a incidência entre as diferentes regiões geográficas e os grupos etários são variadas. Estudos populacionais na **América do Norte, Europa e Austrália** têm demonstrado resultados heterogêneos.



INCIDÊNCIA AGRUPADA

3,7/100.000/ano
(IC 95%: 1,7 – 6,5)



ADULTOS

7/100.000/ano
(IC95%: 1 – 18,3)



CRIANÇAS

5,1/100.000/ano
(IC95%: 1,5 – 10,9)



PREVALÊNCIA AGRUPADA

22,7 casos/100.000
(IC95%: 12,4 – 36)



Aumenta para **28,1 casos/100.000**
(IC95%: 13 – 49) quando estudos com baixo risco de viés são considerados.



PREVALÊNCIA POR IDADE

Adultos

43,4/100.000
(IC95%: 22,5 – 71,2)

Crianças

29,5/100.000
(IC95%: 17,5 – 44,7)



Mais alta em adultos do que em crianças.



Mais alta em **estudos americanos** em comparação com **estudos europeus**.



ETNIA

A EoE tem sido observada em diferentes grupos étnicos, com maior prevalência na **raça branca**.



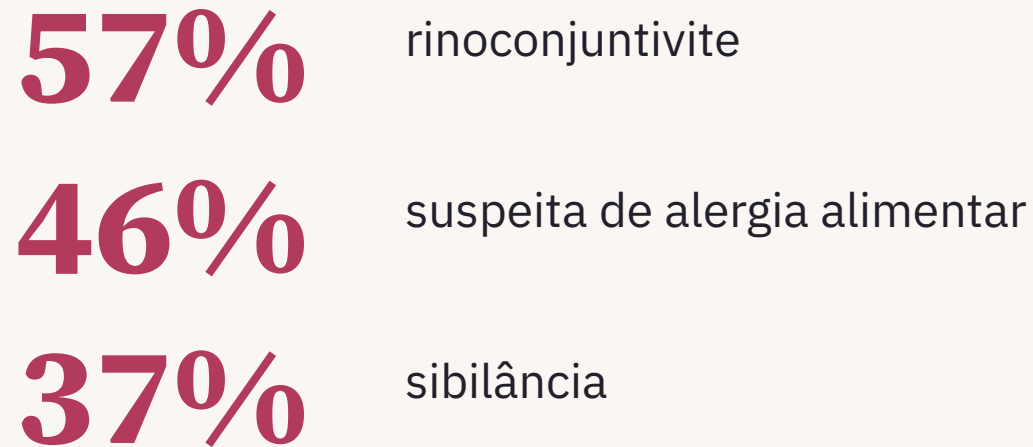
IDADE E SEXO (PEDIATRIA)

Em pediatria, a EoE acomete principalmente pacientes em **idade escolar**, com pico de incidência ao redor dos **10 anos de idade** e com maior predominância no **sexo masculino**.



Atopia e alergia alimentar andam juntas

Série de 103 crianças com EoE



Alimentos mais implicados

Análise retrospectiva de 381 crianças

Leite de vaca

Ovo

Soja

Milho

Trigo

Carne bovina

A maioria dos sensibilizados reage a múltiplos alimentos; a alergia alimentar é mais frequente em crianças que em adultos.

EoE ou doença do refluxo?

Característica	Esofagite eosinofílica	DRGE
IBP, antiácidos, procinéticos	Refratária ao tratamento intensivo	Geralmente eficazes
pHmetria esofágica	Normal	Exposição ácida anormal
Atopia pessoal ou familiar	Frequente	Não característica
Eosinofilia periférica	Pode estar presente	Não característica
Eosinófilos por HPF	≥15	≤5
Localização	Esôfago proximal e médio	Restrita ao esôfago distal

Nota: consensos a partir de 2018 deixaram de exigir falha ao IBP para o diagnóstico de EoE — parte dos pacientes responde ao IBP.

A biópsia define o diagnóstico

Proximal

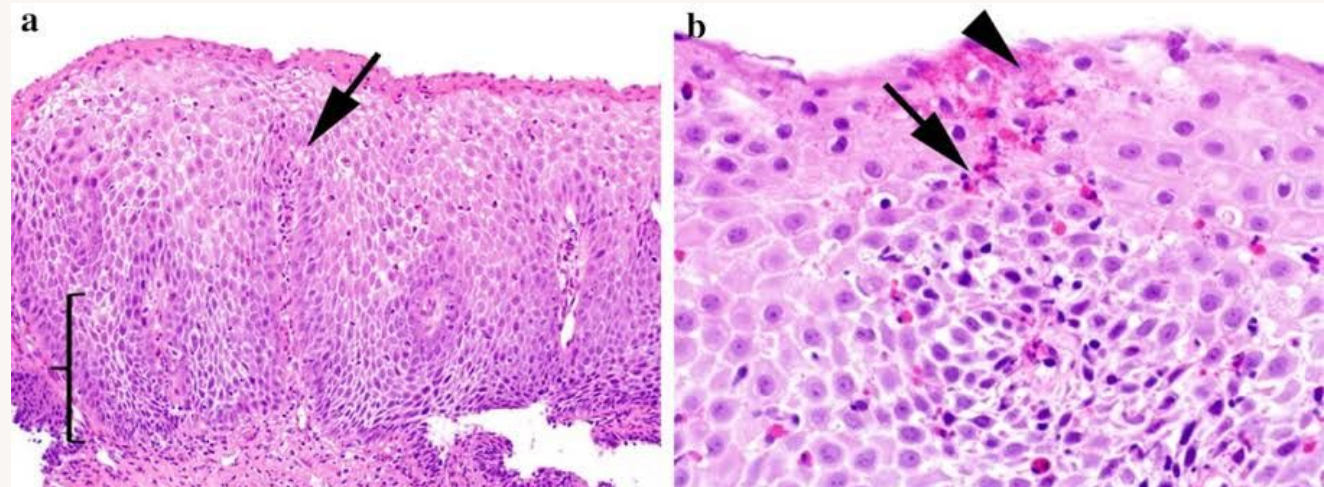
Médio

Distal

- EoE: lesões comuns no terço proximal e médio
- DRGE: infiltrado reativo restrito ao distal

≥ 15
eosinófilos/HPF na **EoE**

≤ 5
eosinófilos/HPF na **DRGE**



Papel da endoscopia no diagnóstico

Achados endoscópicos na EoE

- Mucosa que pode parecer normal -> Endoscopia normal não exclui EoE: as biópsias são indispensáveis.
- **Achados típicos:** edema (perda da vascularização), anéis fixos, exsudatos brancos, sulcos lineares, estenoses, estreitamento luminal, mucosa frágil em "papel crepom" e o sinal de "tug/pull" à biópsia (mucosa firme, indicando fibrose).

EREFS x I-SEE

EREFs (EoE Endoscopic Reference System/Score)

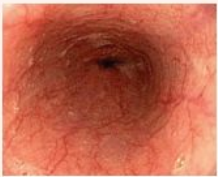
- **O que é:** sistema padronizado de graduação de 5 achados, desenvolvido para **uniformizar** a avaliação endoscópica: edema, anéis (rings), exsudatos, sulcos (furrows) e estenose.
- **Graduação:**
 - Edema: 0–1.
 - Anéis: 0–3 (grau 3 = não passa o aparelho diagnóstico).
 - Exsudatos: 0–2 (<10% ou >10% da superfície).
 - Sulcos: 0–2 (em algumas versões, 0–1).
 - Estenose: 0–1.

EREFS (EoE Endoscopic Reference System/Score)

SINAIS MAIORES

Anéis fixos (Traquealização) - anéis concêntricos, esôfago ondulado, anéis circulares ou esôfago em anéis

Grau 0: nenhum



Grau 1: leve (sulcos circunferências sutis)



Grau 2: moderado - anéis distintos que não impedem a passagem do aparelho

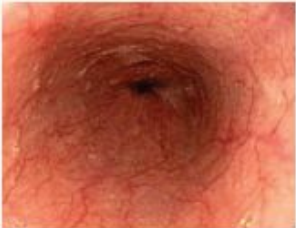


Grau 3: grave - anéis distintos que impedem a passagem do aparelho



Exsudatos – manchas brancas ou placas

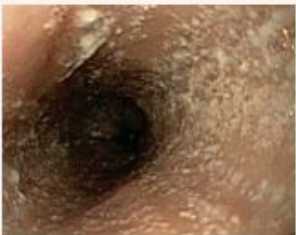
Grau 0: nenhum



Grau 1: leve (< 10% da área de superfície do esôfago)

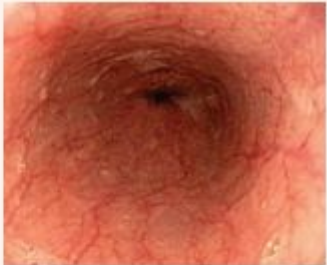


Grau 2: grave (> 10% da área de superfície do esôfago)



Estrias - linhas verticais, sulcos longitudinais.

Grau 0: ausente



Grau 1: leves (sem profundidade visível)

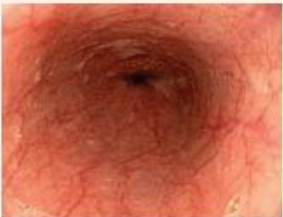


Grau 2: grave (com profundidade mucosa)



Edema – diminuição do padrão vascular, palidez mucosa

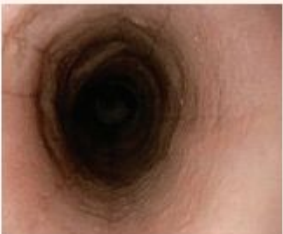
Grau 0 (trama vascular visível)



Grau 1 (perda de nitidez da trama vascular)



Grau 2: grave (ausência da trama vascular)



Estenoses

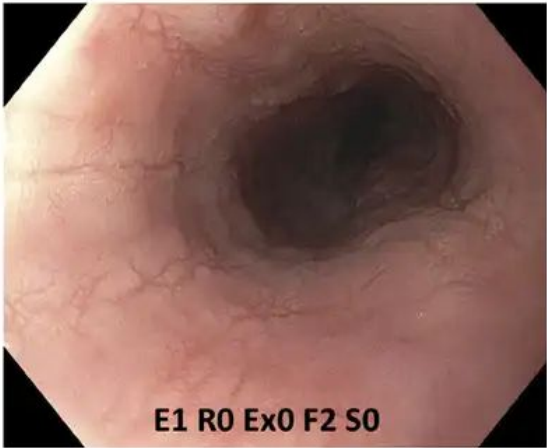
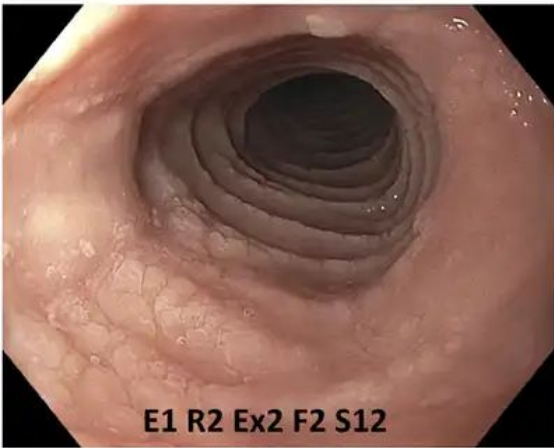
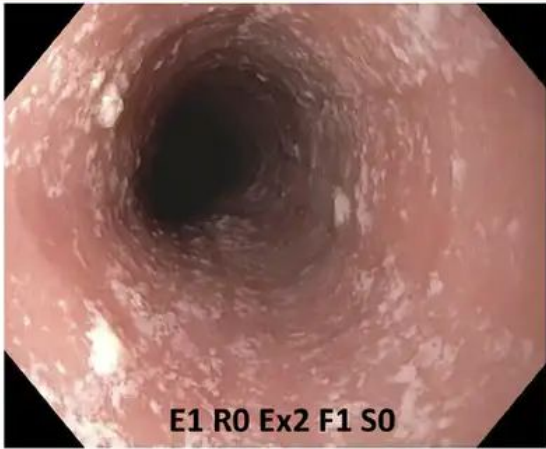
Grau 0: ausente

Grau 1: presente

Fonte: SBP (2018)

EREFS (EoE Endoscopic Reference System/Score)

Finding	EREFS Scoring
Edema	1: Present (decreased vascularity)
Rings	1: Mild (ridges) 2: Moderate (does not impede scope passage) 3: Severe (standard scope does not pass)
Exudates	1: ≤ 10% of surface area 2: >10% of surface area
Furrows	1: Mild 2: Severe (with appreciable depth)
Stricture	1: Present; also estimate diameter in mm



I-SEE (Index of Severity for EoE)

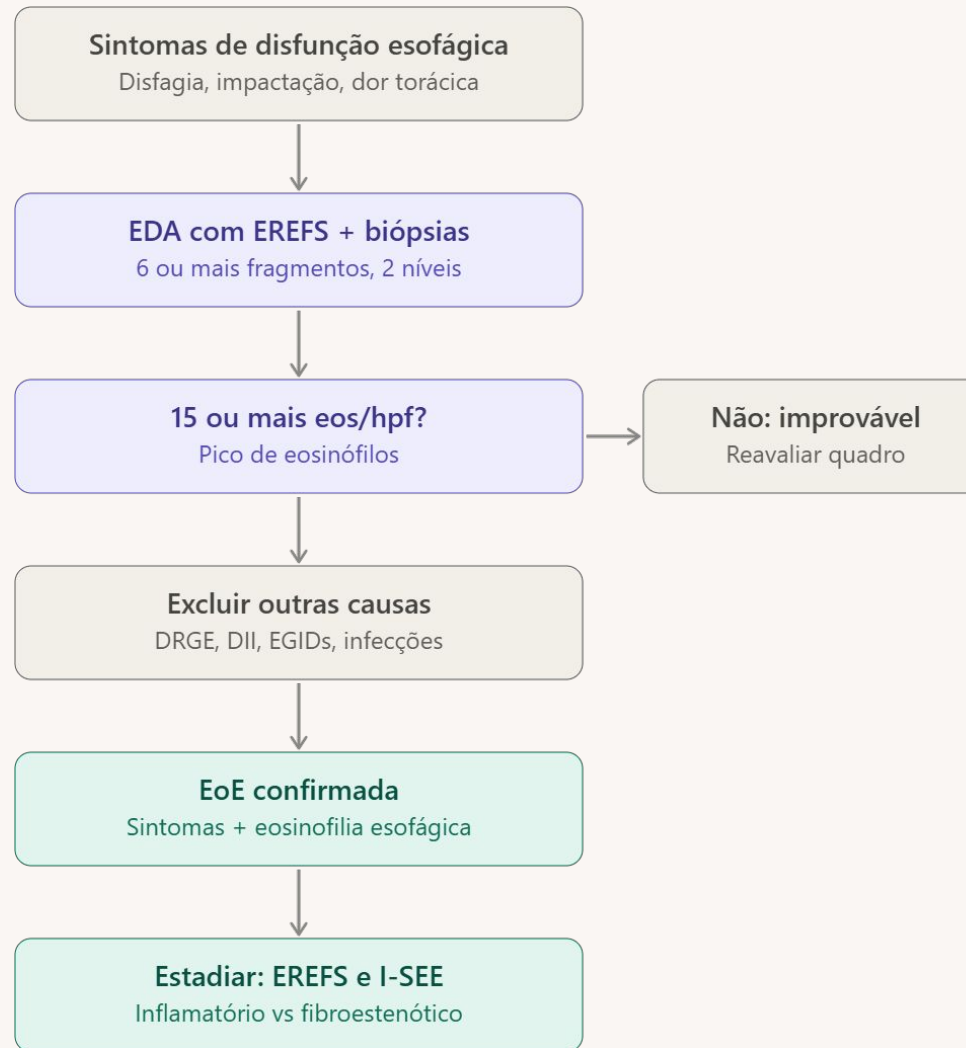
- **O que é:** criado por mais de 30 especialistas em alergia, gastroenterologia e patologia, para adultos e crianças, graduando a gravidade por sintomas/complicações e por achados inflamatórios e fibroestenóticos.
- **Domínios:**
 - Sintomas e complicações: frequência
 - Inflamatório: achados endoscópicos (edema, exsudatos, sulcos) e histologia.
 - Fibroestenótico: anéis, estenose e calibre (endoscópio passa facilmente, passa com resistência ou exige dilatação/não passa) e histologia.
 - Histologia: pico de eosinófilos em três faixas (menos de 15, de 15 a 60 e mais de 60 eos/hpf.).

inativa (<1 ponto)
leve (1 a 6,5)
moderada (7 a <15)
grave (≥ 15)

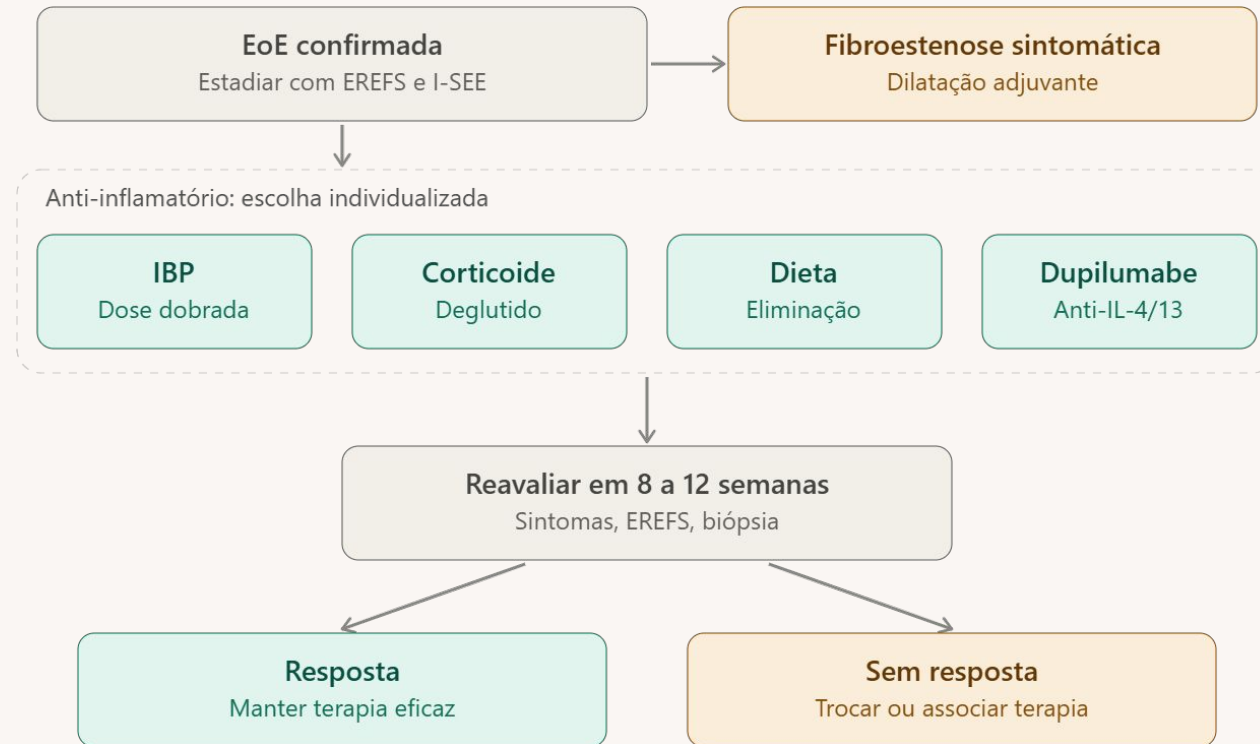
I-SEE (Index of Severity for EoE)

Domínio	Subcategoria	1 ponto	2 pontos	4 pontos	15 pontos
Sintomas e complicações	Sintomas (frequência da disfagia/desconforto ao engolir)	Semanais	Diários	Múltiplas vezes ao dia, ou que atrapalham o funcionamento social	—
	Complicações	—	Impactação alimentar com atendimento de emergência ou endoscopia (paciente ≥ 18 anos)	• Impactação alimentar com atendimento de emergência ou endoscopia (paciente < 18 anos) • Hospitalização relacionada à EoE	• Perfuração esofágica • Desnutrição (IMC < percentil 5 ou queda na curva de crescimento) • Inflamação persistente exigindo fórmula elementar, corticosteroide sistêmico ou imunomodulador
Características inflamatórias	Endoscopia (edema, sulcos e/ou exsudatos)	Localizado	Difuso	—	—
	Histologia (eosinófilos por campo de grande aumento)	15–60 eos/CGA	> 60 eos/CGA	—	—
Características fibroestenóticas	Endoscopia (anéis, estenoses)	Presentes, mas o endoscópio passa facilmente	Presentes, mas exigem dilatação ou passagem justa do endoscópio padrão	—	Endoscópio padrão não passa; dilatações repetidas (adulto ≥ 18 anos); ou qualquer dilatação (criança < 18 anos)
	Histologia	—	Hiperplasia da zona basal (BZH) ou fibrose da lâmina própria (LPF) — ou DEC/SEA na ausência de lâmina própria	—	—

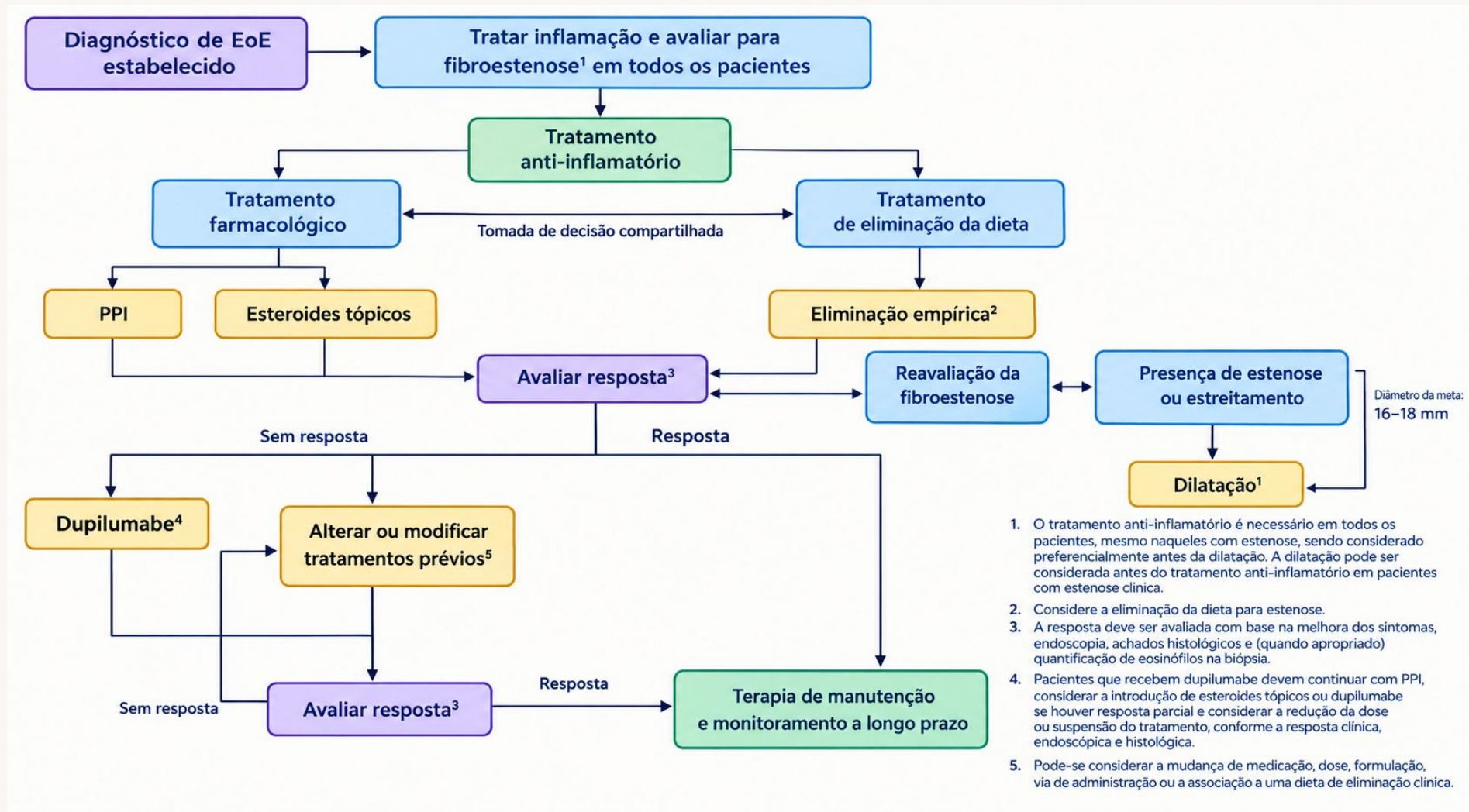
EOE • ENDOSCOPIA E HISTOLOGIA



EOE • ENDOSCOPIA E HISTOLOGIA



EOE • MANEJO



IBP:

- Podem ser utilizados como terapia farmacológica de **primeira linha**.
- A FBG recomenda, em geral, **dose dobrada** por 8–12 semanas, antes das refeições.
- A resposta deve ser avaliada com endoscopia + biópsias, e não apenas pelos sintomas.
- Aproximadamente **metade dos pacientes apresenta resposta** histológica aos IBP.

Corticoide Deglutido

- **Budesonida** ou **fluticasona** são opções eficazes.
- Podem ser utilizados como **primeira linha**, especialmente em: doença mais grave/agressiva; sinais de fibroestenose; falha ou intolerância ao IBP.
- Idealmente administrar após as refeições ou antes de dormir e evitar alimentos/líquidos por 30–60 minutos depois.

Dieta de eliminação:

- A FBG considera a **eliminação empírica** a abordagem dietética mais prática.
- Recomenda-se começar de forma menos restritiva, geralmente: **leite de vaca +/- trigo**
- Não se recomenda utilizar testes alérgicos (IgE, prick test etc.) para determinar quais alimentos devem ser retirados da dieta, pois apresentam baixa capacidade de identificar os gatilhos da EoE.

Dupilumabe

- É a **principal terapia biológica** atualmente aprovada para EoE.
- Na diretriz ACG, é recomendado como **step-up**, especialmente para pacientes ≥ 12 anos que não respondem ao IBP.
- A FBG também admite seu **uso mais precoce** em pacientes com **doenças atópicas** associadas que já tenham indicação para dupilumabe, como dermatite atópica ou asma.
- Pode ser particularmente útil em **doença refratária ou mais grave/fibroestenótica**.

Opções de tratamento farmacológico para Esofagite Eosinofílica¹

	Idade	Dose inicial (sem estenose)	Dose – sintomas graves e estenosante	Dose de manutenção (3 6 meses?)
Budesonida	1 a 3 anos	0,5 mg 2 x/dia	0,5 mg 2 x/dia	0,25 mg 2 x/dia
	4 a 10 anos	1 mg 2 x/dia	1 mg 2 x/dia	0,5 mg 2 x /dia
	11 a 18 anos	1mg 2 x/dia	1mg 2 x/dia	0,5 mg 2 x/dia
Fluticasona (propionato)	1 a 3 anos	88 – 250 mcg 1x/d	250 mcg 1 a 2 x / dia	44 a 125 mcgx/dia
	4 a 10 anos	250 mcg 2 x /dia	500 mcg 2x / dia	250 a 500 mcgx/dia
	11 a 18 anos	500 mcg 2x / dia	500 mcg 2 a 3 x/dia	500 mcg/dia
IBP (baseado em omeprazol – doses equivalentes)	1 a 3 anos	1mg/Kg 2x/dia	1 a 2 mg/Kg 2x/dia	1mg/Kg 1 x/dia
	4 a 10 anos	1mg/Kg 2x/dia (máx.60mg)	1 a 2 mg/Kg 2x/ dia(máx.60mg)	1mg/Kg 2x/dia(máx.30 mg)
	11 a 18 anos	1mg/Kg 2x/dia(máx.80 mg)	1 a 2 mg/Kg 2x/dia(máx.80 mg)	1mg/Kg 2x/dia(m/ax.40 mg)
Dupilumabe	1 a 11 anos ou < 40 kg	200 ou 300 mg de 15/15 dias	200 ou 300 mg de 15/15 dias	200 ou 300 mg de 15/15 dias
	12 anos ou > 40 Kg	300 mg semanal	300 mg semanal	300 mg semanal

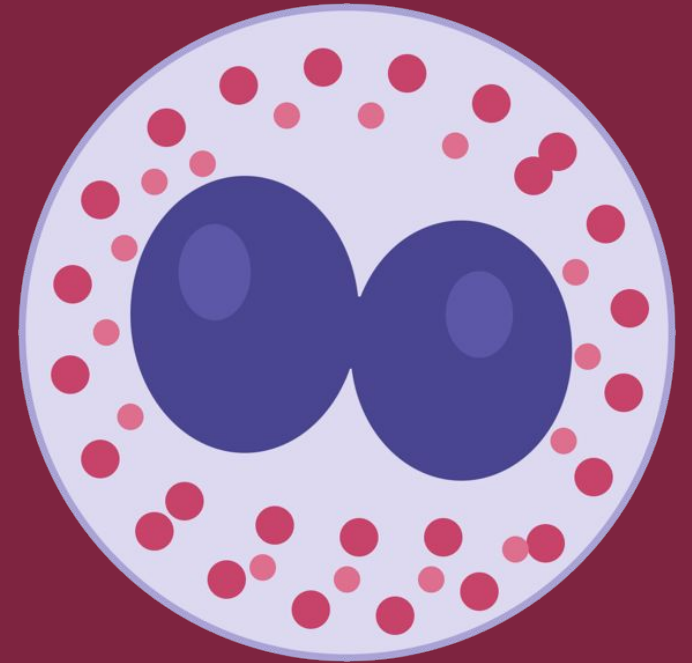
EOE • MANEJO

Opções Medicamentosas (IBP) para tratamento de Esofagite Eosinofílica existentes no Brasil (EoE)¹

Nome genérico	Doses	Formas solúveis
		(nome comercial)
Omeprazol	10 mg	
	20 mg	Losec Mups
	40 mg	
Esomeprazol	20 mg	Gaeso
	40 mg	Esio
		Nexium
		Esol XR
Pantoprazol	20 mg	Comprimidos (não-solúveis) tomar o comprimido inteiro
	40 mg	
Lansoprazol	15 mg	Comprimidos (não-solúveis) tomar o comprimido inteiro
	30 mg	
Dexlansoprazol	30 mg	Dexilant (pode abrir a cápsula e tomar as bolinhas inteiras)
	60 mg	
Fluticasona	50, 125 e 250 mcg/puff (inalatório/oral/spray)	Flixotide
(Propionato)	50 mcg/dose (spray nasal)	Flixonase
Budesonida *	Manipular com mel ou sucralose e um espessante	
	0,5 mg	Formulada (manipulação)
	1 mg	
	2 mg	

Fonte: ASBAI 2026

2) Gastroenterite eosinofílica



Estômago e intestino delgado, em qualquer idade

Infiltração eosinofílica do estômago, do intestino delgado ou de ambos, com acometimento variável do intestino grosso.

Dor abdominal

Náuseas e vômitos

Diarreia

Má absorção

Perda de peso

Déficit de crescimento

Lactentes

Obstrução da saída gástrica com vômitos em jato; pode simular estenose pilórica.

Adolescentes e adultos

Pode simular a síndrome do intestino irritável.

~50%

têm doença alérgica associada: alergia alimentar, asma, eczema ou rinite.

Mas, ao contrário da EoE, evitar os alimentos implicados traz benefício limitado.

CLASSIFICAÇÃO DE KLEIN

A camada acometida define o quadro

Mucosa

57–100% dos casos

Diarreia, vômitos, má absorção, enteropatia perdedora de proteínas, anemia, hipoalbuminemia e perda de peso.

Crônica persistente (21%)

Muscular

parede espessada

Obstrução intestinal parcial ou total.

Recidivante-remitente (37%)

Serosa

eosinofilia mais alta

Irritação peritoneal, ascite, peritonite; nos casos graves, perfuração e intussuscepção.

Sem recidiva (42%); melhor resposta à prednisona

Dor abdominal predomina nos três tipos; remissão espontânea ocorre em 30–40%.

Diagnóstico mais difícil, tratamento mais longo

Diagnóstico

20–40 eos/HPF

- Eosinófilos existem normalmente no estômago e no intestino: a interpretação é mais difícil que na EoE
- Infiltração focal e irregular (patchy)
- Biópsias de múltiplos locais do trato gastrointestinal

Tratamento

- Eliminação dos alimentos potencialmente desencadeantes
- Dieta elementar, com reintrodução lenta dos alimentos
- Reintrodução guiada pela resolução clínica e endoscópica
- Curso prolongado: intervenção por meses ou anos

Dieta e corticoide induzem a remissão

Dieta

Dirigida, empírica ou elementar

- Dirigida: poucos alérgenos identificados
- Empírica ou elementar: muitos ou nenhum
- Elementar: remissão clínica em >75%
- Funciona na forma mucosa; pouco na muscular e serosa
- Limite: adesão e tolerância

Prednisona

0,5–1 mg/kg

- Remissão em cerca de 2 semanas
- Desmame em 6–8 semanas
- Resposta até 90% em séries antigas; ~50% nas recentes
- Resposta mais marcante na forma serosa
- ~20% ficam corticodependentes

Budesonida

9 mg/dia → 6 mg/dia

- Alta afinidade pelo receptor e menor efeito sistêmico
- 9 mg/dia na indução; 6 mg/dia na manutenção
- Opção segura a longo prazo e na corticodependência

Poupadores de corticoide

Montelukaste

Antagonista seletivo do receptor de LTD4

5–10 mg/dia

Isolado ou com corticoide; na corticodependência ou refratariedade

Cromoglicato oral

Estabiliza mastócitos e bloqueia a ativação eosinofílica

200 mg, 3–4×/dia

Eficácia importante em vários casos, modesta em outros

Cetotifeno

Anti-H1 de 2ª geração que modula mastócitos

1–2 mg, 2×/dia

Adjuvante de corticoide e montelukaste na forma refratária

Azatioprina

Imunossupressor: apoptose de linfócitos T e B

2–2,5 mg/kg

Corticodependência ou refratariedade; doses menores podem falhar

ESTRATÉGIA

Tratar conforme a gravidade, manter com drogas poupadoras seguras e seguir com histologia, eosinofilia periférica e imagem.

Biológicos, outras opções e cirurgia

Infliximabe · anti-TNF

Muito eficaz na forma refratária. Se houver perda de resposta, trocar por adalimumabe.

Omalizumabe · anti-IgE

Resposta histológica significativa; menos eficaz com IgE sérica >700 kIU/L.

Mepolizumabe · anti-IL-5

Reduz a eosinofilia tecidual e periférica, mas sem alívio dos sintomas.

Outras opções · relatos isolados

IBP

Erradicação do *H. pylori*

Claritromicina

Imunoglobulina IV

Interferon- α

Suplatast

Transplante de microbiota fecal

Cirurgia

Para perfuração, intussuscepção e oclusão.

~40%

operam em algum momento

~50%

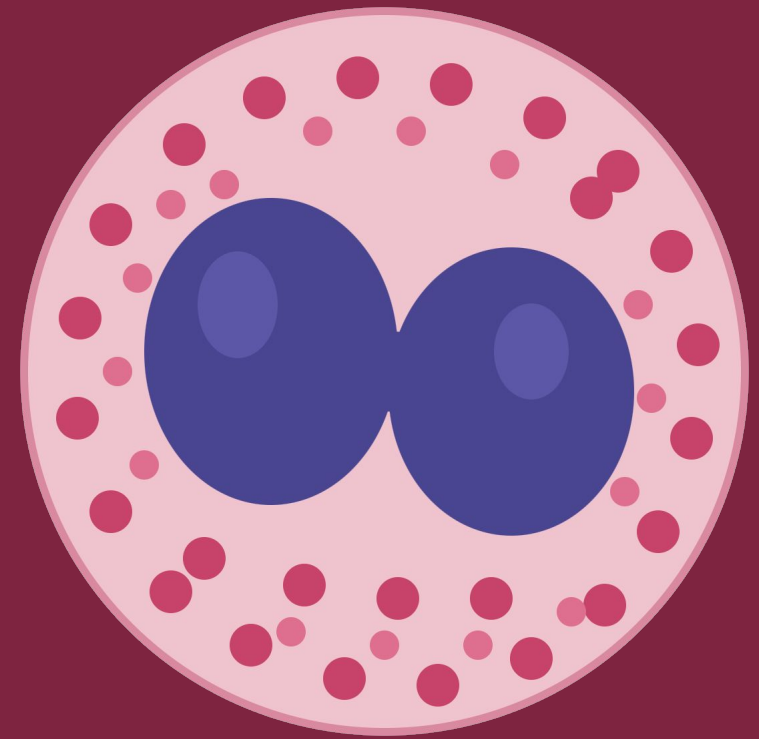
mantêm sintomas após

COMPARATIVO

Os dois exemplos lado a lado

Aspecto	Esofagite eosinofílica	Gastroenterite eosinofílica
Local	Esôfago	Estômago e/ou delgado (± cólon)
Sintomas	Disfagia, impactação, dor epigástrica, vômitos	Dor, vômitos, diarreia, má absorção, perda de peso
Eosinófilos normais	Ausentes na mucosa	Presentes em pequeno número
Histologia	≥15 eos/HPF	~20–40 eos/HPF, distribuição focal
Atopia	Frequente (rinoconjuntivite em 57%)	Cerca de metade dos pacientes
Resposta à dieta	Boa: melhora clínica e histológica	Benefício limitado da evitação
Curso	Crônico	Prolongado, meses a anos

3) *Aversão Alimentar*



MANIFESTAÇÃO COMPORTAMENTAL

Aversão alimentar

Recusa e evitação que vão além da dieta prescrita — incluindo alimentos seguros.

Quem

Sobretudo lactentes e crianças pequenas, em qualquer alergia alimentar imunomediada.

Por quê

Resposta comportamental às restrições dietéticas e ao manejo da alergia.

Risco

Desfechos nutricionais desfavoráveis quando não é reconhecida e tratada.

Manejo com psicólogo infantil

1 · tratar o comportamento aversivo 2 · reduzir recusa e evitação 3 · retomar a ingestão dos alimentos seguros

REFERÊNCIAS:

- Metcalfe DD, Sampson HA, Simon RA, Lack G. Food Allergy: Adverse Reactions to Foods and Food Additives. 5. ed. Chichester: Wiley-Blackwell; 2014
- Dellon, ES, Muir, AB, Katzka, DA, Shah, SC, Sauer, BG, Aceves, SS, Furuta, GT, Gonsalves, N., & Hirano, I. (2025). Diretriz Clínica da ACG: Diagnóstico e Manejo da Esofagite Eosinofílica. American Journal of Gastroenterology , 120 (1), 31–59.
<https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000003194>
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Gastroenterologia. Esofagite Eosinofílica. São Paulo: SBP, 2018. (Guia Prático de Atualização, n. 3). Disponível em:
<https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20035g-GPA_-_Esofagite_Eosinofilica_final-marco.pdf>.
- Gutiérrez-Junquera C, García-Díaz A, Fernández-Fernández S, Tena-García G, Marazuela A, Díez-Vela E, Cilleruelo ML, Román E. The index of severity for eosinophilic esophagitis reflects treatment response in children and associates with outcome variables. Eur J Pediatr. 2025 May 5;184(6):325. doi: 10.1007/s00431-025-06159-9. PMID: 40323414; PMCID: PMC12053194.
- Ferreira CT, Carvalho E, Timossi CM, Silva LR, Melo MCBM, Tófoli MHC, et al. Consenso Brasileiro de Esofagite Eosinofílica: Documento Conjunto da Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia. 2026;10(1):e17041027. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-5393.17041027>

REFERÊNCIAS:

- Abou Rached, A., & El Hajj, W. (2016). Eosinophilic gastroenteritis: Approach to diagnosis and management. World journal of gastrointestinal pharmacology and therapeutics, 7(4), 513–523. <https://doi.org/10.4292/wjgpt.v7.i4.513>