

GASTROENTEROCOLITE EOSINOFÍLICA - UMA CAUSA RARA DE DIARRÉIA

EOSINOPHILIC GASTROENTEROCOLITIS - A RARE CAUSE OF DIARRHEA

GASTROENTEROCOLITIS EOSINOFÍLICA: UNA CAUSA RARA DE DIARRREA

Amanda Tanaka Iasbeck Gonçalves*, Karina Mirandola de Lazari*, Marina Bellodi Montresor*, Luísa Della Líbera Murari*, Renata Andrea Silva e Santos Tagliari**, João Gabriel Romera Braga***

Resumo

Introdução: Colite eosinofílica é uma doença crônica rara. Pode ser idiopática ou estar associada à alergias alimentares e à doenças atópicas. Assim, a incidência é, muitas vezes, indefinida devido ao seu subdiagnóstico. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente com colite eosinofílica e dermatite atópica. **Método:** Trata-se de um estudo tipo Relato de Caso utilizando dados do prontuário clínico, de uma paciente jovem que evoluiu com quadro de dor abdominal e diarreia sanguinolenta e que, após investigação por meio de exames laboratoriais, diversos exames de imagem, o resultado anatomopatológico evidenciou Ileíte eosinofílica. **Resultados:** O tratamento consistiu em mudança alimentar e uso de budesonida por via oral, havendo regressão do quadro e melhora da dermatite atópica. **Conclusão:** É necessário excluir a Colite Eosinofílica secundária, pois pode ser uma manifestação à diversas patologias, já que tem apresentação clínica inespecífica.

Palavras-chave: Doença crônica. Inflamação. Trato gastrointestinal.

Abstract

Introducion: Eosinophilic colitis is a rare chronic disease. It may be idiopathic or associated with food allergies and atopic diseases. Thus, the incidence is often undefined due to underdiagnosis. **Objective:** To report the case of a patient with eosinophilic colitis and atopic dermatitis. **Method:** This is a case report study using data from the clinical record, of a young patient who developed abdominal pain and bloody diarrhea and who, after investigation through laboratory tests, several imaging tests, the result pathology showed eosinophilic ileitis. **Results:** Treatment consisted of dietary changes and oral budesonide, resulting in regression of the condition and improvement in atopic dermatitis. **Conclusion:** It is necessary to exclude secondary Eosinophilic Colitis, as it can be a manifestation of several pathologies, as it has a non-specific clinical presentation.

Keywords: Chronic disease. Inflammation. Gastrointestinal tract.

Resumen

Introducción: La colitis eosinofílica es una enfermedad crónica rara. Puede ser idiopática o estar asociada a alergias alimentarias y enfermedades atópicas. Por tanto, la incidencia suele estar indefinida debido a un infradiagnóstico. **Objetivo:** Reportar el caso de un paciente con colitis eosinofílica y dermatitis atópica. **Método:** Se trata de un estudio de reporte de caso, utilizando datos de la historia clínica, de un paciente joven que desarrolló dolor abdominal y diarrea sanguinolenta y quien, luego de la investigación mediante pruebas de laboratorio, varias pruebas de imagen, el resultado de la patología arrojó ileítis eosinofílica. **Resultados:** El tratamiento consistió en cambios dietéticos y budesonida oral, lo que resultó en regresión del cuadro y mejoría de la dermatitis atópica. **Conclusión:** Es necesario excluir la Colitis Eosinofílica secundaria, ya que puede ser manifestación de varias patologías, al tener una presentación clínica inespecífica.

Palabras clave: Enfermedad crónica. Inflamación. Tracto gastrointestinal.

*Acadêmicas do curso de Medicina do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA).

** Médica especialista em Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

***Doutorado em Ciências da Cirurgia, na área de concentração - Cirurgia Translacional pela Universidade Estadual de Campinas. Docente na disciplina de Cirurgia Geral do curso de Medicina do Centro Universitário Padre Albino. Contato: braga383@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A colite eosinofílica (CE) é uma afecção extremamente rara e pertence a um conjunto de doenças clínicas causadas pela infiltração do trato gastrointestinal por eosinófilos após exclusão de outras causas de eosinofilia tecidual¹. De acordo com a classificação de Klein, de 1970, a infiltração eosinofílica nas camadas gastrointestinais pode ser predominantemente da mucosa, da muscular ou serosa, sendo a mucosa a mais frequente².

Sua etiologia não é muito bem definida, podendo ser idiopática ou até mesmo estar associada à alergias alimentares e à doenças atópicas². Além disso, pode ser uma manifestação secundária à diversas patologias, dentre elas: Doença Inflamatória Intestinal (DII), Síndrome da hipereosinofilia³⁻⁶, infecções parasitárias^{7,8}, doenças autoimunes^{9,10}, neoplasias e até reações medicamentosas¹¹⁻¹⁴. Em alguns casos raros, pode evoluir para a síndrome da reação a drogas com eosinofilia e outras manifestações sistêmicas (DRESS, do inglês *drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms*)¹⁵.

A incidência da CE permanece indefinida devido a seu subdiagnóstico². No entanto, estima-se que a incidência de gastroenterite eosinofílica seja cerca de 1 a 20 casos por 100.000 pacientes, sendo o cólon o menos acometido¹⁶. Sua distribuição costuma ser bimodal, ou seja, manifesta-se em dois picos de idade. O primeiro ocorre em bebês e crianças devido à elevada prevalência da alergia da proteína do leite e às infecções parasitárias, enquanto o segundo ocorre nos adultos, em média entre 30-40 anos¹⁷.

Neste estudo, relata-se um caso de colite eosinofílica atendido em um serviço hospitalar específico.

MÉTODO

Trata-se de um relato de caso baseado em revisão de prontuário e exames de imagem de uma paciente que apresentou colite eosinofílica e dermatite atópica. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário Padre Albino, sob número de Parecer: 6.340.917

RELATO DE CASO

Paciente de 34 anos, sexo feminino, enfermeira, procedente do estado de São Paulo, apresentou há 6 meses quadro de dor abdominal em cólica e diarreia mucosanguinolenta. Foi submetida a antibioticoterapia nos dois primeiros meses (Ciprofloxacino + Sulfametoxazol + Trimetoprima), apresentando melhora discreta da intensidade e duração dos sintomas. Porém, manteve esporadicamente episódios de diarreia e cólicas abdominais não associadas à alimentação.

Obesa e hipertensa em uso de losartana, relatou ter dermatite atópica desde a infância de difícil controle medicamentoso. Nega perda de peso ou sintomas dispépticos. Órfã desde a infância, não sabe relatar sobre doenças familiares.

Foi submetida a exames laboratoriais para investigação, incluindo hemograma sem eosinofilia, imunoglobulinas IGA e IGE negativos, teste oral de intolerância à lactose e pesquisa sorológica para doença celíaca negativos, além de parasitológico de fezes e cultura para *Clostridium difficile*, os quais não mostraram nenhuma alteração.

Realizou também diversos exames de imagem. A tomografia computadorizada (TC) de abdome total não mostrou alterações. Submetida também Endoscopia Digestiva Alta (EDA) a qual revelou gastrite em antro enantematosa leve e pesquisa de *H pylori* negativa. Além disso, apesar da colonoscopia digestiva alta demonstrar ausência de alterações macroscópicas, foi realizado biópsia seriada a pedido do médico assistente. O resultado anatomopatológico evidenciou: Ileíte eosinofílica com moderada atividade e presença de 105 eosinófilos por campo de grande aumento; colite crônica com moderada atividade e presença de 47 eosinófilos por campo de grande aumento de cólon ascendente.

Foi iniciado tratamento para enterocolite eosinofílica com Budesonida via oral 9 mg por dia por 2 meses, 6 mg por dia por 15 dias e 3 mg por dia por 15 dias consecutivamente. Além de mudança alimentar evitando alimentos alergênicos.

Ao término do tratamento, a paciente está assintomática e não apresentando mais cólicas ou diarreia. Apresentou também melhora da dermatite

atópica.

Figura 1 – A e B: Análise microscópica representando Ileíte. Coloração em HE.

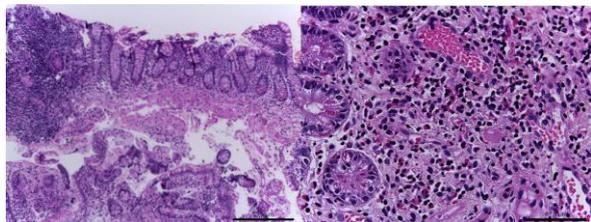


Figura 2 – A e B: Análise microscópica representando Colite. Coloração em HE.



DISCUSSÃO

A colite eosinofílica, assim como descrito no caso, é uma doença rara de apresentação clínica inespecífica a qual acarreta em amplos diagnósticos diferenciais, dificultando a diferenciação entre eles⁶. Devido a esta semelhança com outros quadros intestinais, além de ser um diagnóstico de exclusão, para realizá-lo é necessário a presença dos sintomas gastrointestinais associados a biópsia com eosinofilia gastrointestinal e exclusão de outras causas conhecidas de eosinofilia tecidual como doenças inflamatórias intestinais, síndrome hipereosinofílica, colite induzida por drogas ou várias etiologias infecciosas¹⁸.

Os sintomas variam de acordo com o local do trato gastrointestinal acometido e com a profundidade da infiltração eosinofílica da parede intestinal. Dentre eles, os pacientes podem apresentar dor, distensão abdominal, náusea, vômito, diarreia persistente (com ou sem sangramento), perda de peso, ascite ou até perfuração intestinal nos casos mais graves¹⁹⁻²¹.

O exame padrão ouro para diagnóstico da CE é a biópsia do tecido da parede intestinal expondo a infiltração eosinofílica da mucosa colônica com $\geq 20-30$ eosinófilos/high power field¹. Outros exames são úteis para elucidar o diagnóstico e excluir patologias mais prevalentes. A colonoscopia pode revelar edema,

eritema mucoso e lesões ulceradas. Enquanto isso, a tomografia evidencia o espessamento da parede intestinal, a distensão colônica e as lesões ulcerativas¹⁶. Inicialmente, a terapia dietética é recomendada para os casos de intolerância à proteína do leite ou alergias alimentares. Indica-se a retirada de alimentos com alto potencial alergênico e, caso ocorra refratariedade a este tratamento, os corticosteroides orais são a terapia de escolha. Dentre os mais utilizados na rede pública, tem-se a Prednisona e Budesonida oral. A Prednisona na dose de 0,5-1mg/kg, diminuindo gradualmente ao longo de 6-8 semanas, e a Budesonida de 3-9 mg/dia. Ambas possuem eficácia semelhante, porém a Budesonida é preferível devido seu melhor perfil de segurança²². Atualmente, de acordo com uma revisão literária chinesa publicada em 2017 no *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, outros fármacos estão sendo testados para o tratamento da CE e mostraram boas respostas, como Cromoglicato, Cetotifeno, Antagonista de Leucotrieno, Anticorpo anti-IL-5 e Omalizumabe^{22,23}.

O diagnóstico e o tratamento precoces são importantes para evitar possíveis complicações da CE. A literatura traz relatos de progressão da doença para colite ulcerosa após meses de eosinofilia²³, além de obstrução e até perfuração intestinal nos casos de doença transmural^{20,21}.

CONCLUSÃO

Apesar de infrequente o diagnóstico de CE, é possível afirmar que é uma doença crônica, que apresenta boa resposta ao tratamento com corticoides via oral e possui baixo risco de complicações a longo prazo. Não há evidências concretas com associação da alergia alimentar nem com a imunidade IgE mediada. Além disso, pode ser uma manifestação à diversas patologias como DII, doenças autoimunes, reações medicamentosas, parasitoses e, por isso, faz-se necessária a exclusão de CE secundária.

REFERÊNCIAS

1. Uppal V, Krieger P, Kutsche. Eosinophilic Gastroenteritis and Colitis: a Comprehensive review. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2016; 50(2):175-88
2. Fragkos KC, Barragry J, Fernando CS, Novelli M, Begent J, Zárate-Lopez N. Severe eosinophilic colitis caused by neuropathic agents in a patient with chronic fatigue syndrome and functional abdominal pain: case report and review of the literature. *Z Gastroenterol*. 2018; 56(6):573-7. doi: 10.1055/a-0596-7981

3. Kay D, Ataya A, Liu X, Auerbach J, Urbine D. Dysphonia and dyspnea in idiopathic hypereosinophilic syndrome treated with Mepolizumab. *Respir Med Case Rep.* 2018; 25:30-2. doi: 10.1016/j.rmcr.2018.05.013
4. Matsueda K, Harada K, Okada H. Eosinophilic colitis showing multiple submucosal tumor-like protrusions. *Am J Gastroenterol.* 2019 ;114(5):705. doi: 10.14309/ajg.0000000000000065
5. Kasinathan G, Sathar J. Ascites in a young male: idiopathic FIP1L1-PDGFR α -negative hypereosinophilic syndrome. *JRSM Open.* 2020; 11(1):2054270419894826. doi: 10.1177/2054270419894826
6. Jacob SA, Olariu MC, Iacob DG. Eosinophilic colitis and clostridioides difficile sepsis with rapid remission after antimicrobial treatment; a rare coincidence and its pathogenic implications. *Front Med (Lausanne).* 2020; 7:328. doi: 10.3389/fmed.2020.00328
7. Poveda J, El-Sharkawy F, Arosemena LR, Garcia-Buitrago MT, Rojas CP. Strongyloides colitis as a harmful mimicker of inflammatory bowel disease. *Case Rep Pathol.* 2017; 2017:2560719. doi: 10.1155/2017/2560719
8. Walls T, Cavuoti D, Channabasappa N, Yang M, Southern P, Gill MA, Park JY. Abdominal angiostrongyliasis: a presentation of eosinophilic granulomatous colitis. *Int J Surg Pathol.* 2018 Aug;26(5):475-8. doi: 10.1177/1066896917749929
9. Ostiz M, Zelaya MV, Laiglesia M, Campillo A, Kutz M, León-Brito H. Colitis eosinofílica primaria en paciente con enfermedad celíaca [Primary eosinophilic colitis in a celiac patient]. *An Sist Sanit Navar.* 2018; 41(2):255-8. doi: 10.23938/ASSN.0304. PMID: 29943760
10. Ameneiros-Lago E, Pérez-Valcarcel J, Fernández-Fernández FJ, Caínzos-Romero T. Colitis as a form of presentation of eosinophilic granulomatosis with polyangiitis. *Gastroenterol Hepatol.* 2018; 41(5):302-4. doi: 10.1016/j.gastrohep.2017.05.003
11. Iacob SA, Olariu MC, Iacob DG. Eosinophilic colitis and clostridioides difficile sepsis with rapid remission after antimicrobial treatment; a rare coincidence and its pathogenic implications. *Front Med (Lausanne).* 2020; 7:328. doi: 10.3389/fmed.2020.00328
12. Lozier MR, Sanchez AM, Reyes R. eosinophilic colitis associated with emtricitabine/tenofovir. *Cureus.* 2018;10(10):e3498. doi: 10.7759/cureus.3498. PMID: 30648039; PMCID: PMC6318128.
13. Fragkos KC, Barragry J, Fernando CS, Novelli M, Begent J, Zárate-Lopez N. Severe eosinophilic colitis caused by neuropathic agents in a patient with chronic fatigue syndrome and functional abdominal pain: case report and review of the literature. *Z Gastroenterol.* 2018; 56(6):573-7. doi: 10.1055/a-0596-7981
14. Parsi M, Daniel C. Lamotrigine-induced DRESS syndrome manifesting as 'eosinophilic colitis': an uncommon presentation of a very uncommon condition. *Cureus.* 2020; 12(4):e7570. doi: 10.7759/cureus.7570
15. Sunkara T, Samarghandi A, Dadana S, Gaduputi V. Eosinophilic colitis masquerading as malignancy of colon. *Gastroenterology Res.* 2017; 10(5):325-7. doi: 10.14740/gr878w
16. Mamachen A, Al-Hanayneh M, Bilal M, Merwat S, Hashmi A. Eosinophilic colitis "not as rare". *Dig Liver Dis.* 2017; 49(7):826-8. doi: 10.1016/j.dld.2017.04.014
17. Marchel D, Hart AL, Keefer P, Vredeveld J. Multiorgan eosinophilic infiltration after initiation of clozapine therapy: a case report. *BMC Res Notes.* 2017; 10(1):316. doi: 10.1186/s13104-017-2662-1
18. Gaertner WB, Macdonald JE, Kwaan MR, Shepela C, Madoff R, Jessurun J, Melton GB. Eosinophilic colitis: university of Minnesota experience and literature review. *Gastroenterol Res Pract.* 2011; 2011:857508. doi: 10.1155/2011/857508
19. Box JC, Tucker J, Watne AL, Lucas G. Eosinophilic colitis presenting as a left-sided colocolonic intussusception with secondary large bowel obstruction: an uncommon entity with a rare presentation. *Am Surg.* 1997; 63(8):741-3.
20. Fraile G, Rodriguez-García JL, Beni-Perez R, Redondo C. Localized eosinophilic gastroenteritis with necrotizing granulomas presenting as acute abdomen. *Postgrad Med J.* 1994;70(825):510-512. doi: 10.1136/pgmj.70.825.510
21. Zhang M, Li Y. Eosinophilic gastroenteritis: A state-of-the-art review. *J Gastroenterol Hepatol.* 2017; 32(1):64-72. doi: 10.1111/jgh.13463
22. Cherian ET, Zhang HC, Guttenberg KB, Everett JM, Guha S. Looking beyond the obvious: eosinophilic enterocolitis. *Am J Med.* 2018; 131(6):e227-e229. doi: 10.1016/j.amjmed.2018.02.008
23. Alfadda AA, Storr MA, Shaffer EA. Eosinophilic colitis: epidemiology, clinical features, and current management. *Therap Adv Gastroenterol.* 2011; 4(5):301-9.

Envio: 03/08/2023
 Aceite: 18/10/2023