

Relato de caso

Gastroenterite eosinofílica: relato de caso Eosinophilic gastroenteritis: case report

Charlene Troiani¹, Michel Ulloffa do Nascimento², Karen Fadul Maia³, Paula Andréia Martins Carrilho⁴ e Fernando Spinosa Sesti⁵

Serviços de Clínica Médica e Gastroenterologia, Hospital Regional de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista, SP

RESUMO

A gastroenterite eosinofílica é uma doença rara, de etiologia desconhecida, com infiltração eosinofílica da parede gastrointestinal a uma profundidade variável e diversas manifestações gastrintestinais. Relatamos o caso de um homem de 37 anos admitido com queixa aguda de dor abdominal e vômitos biliares. Tratava-se de uma gastroenterite eosinofílica, com infiltração predominante da camada muscular (submucosa e lâmina própria), que respondeu a um curso de corticoide em doses baixas, estando assintomático até o momento em que se relatou o caso.

Unitermos: Gastroenterite eosinofílica. Eosinofilia intensa. Enterite eosinofílica. Gastroenterocolite eosinofílica.

SUMMARY

Eosinophilic gastroenteritis is a rare disease of unknown etiology, with eosinophilic infiltration of the gastrointestinal wall to a depth variable and various gastrointestinal symptoms. We report the case of a 37 year old man admitted with complaints of acute abdominal pain and vomiting bile. It was an eosinophilic gastroenteritis with predominant infiltration of the muscle layer (submucosa and lamina propria), which responded to a course of steroids in low doses, with no symptoms until the time it was reported the case.

Keywords: Eosinophilic gastroenteritis. Intense eosinophilia. Eosinophilic enteritis. Gastroenterocolitis eosinophilic.

INTRODUÇÃO

A gastroenterite eosinofílica é uma doença inflamatória crônica rara de etiologia desconhecida, caracterizada por infiltrado eosinofílico na parede do trato gastrointestinal, com várias manifestações gastrintestinais.¹⁻⁷

Provavelmente tem origem imuno-alérgica e pode afetar qualquer segmento do trato gastrointestinal. Recentemente tem sido descrito um aumento na incidência da variante esofágica e o acometimento ileocolônico é raro. As manifestações clínicas e a gravidade do quadro clínico dependem do órgão e a profundidade de parede (camada) afetados.^{3-4,8}

Como a apresentação clínica e achados radiológicos são inespecíficos, o diagnóstico exige um índice elevado da suspeita e da exclusão de vários distúrbios que estão associados à eosinofilia periférica, apresentando grande variedade de critérios de diagnóstico.⁶⁻⁷

O diagnóstico é confirmado através da demonstração de eosinofilia tecidual proeminente na histopatologia obtida por biópsia do segmento suspeito do trato gastrointestinal, após afastar outras causas. As recomendações de tratamento com base em dados retrospectivos em estudos não controlados e opiniões de especialistas seriam a utilização de dietas restritas, corticosteroides, antagonistas dos receptores dos leucotrienos e estabilizadores de mastócitos. Muitas questões permanecem sem resposta no que diz respeito à história natural, a duração ideal da terapia, esteroides mais seguros para o uso prolongado e os meios para acompanhamento.⁹⁻¹⁰

Pouco se sabe sobre a história natural das doenças gastrintestinais eosinofílicas, ressaltando a necessidade de estudos a longo prazo do acompanhamento de pacientes com esses transtornos.¹⁰

RELATO DO CASO

Paciente com 37 anos, masculino, branco, comerciante, natural e procedente de Presidente Prudente-SP foi atendido em nosso serviço com queixa de dor abdominal há 1 dia, tipo cólica, de forte intensidade, com irradiação para o dorso, difusa, sem fatores de melhora e com piora há 1 hora. Concomitantemente apresentava náuseas e

1- Acadêmica do 6º ano de Medicina da Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE

2- Médico residente do Serviço de Clínica Médica do Hospital Regional de Presidente Prudente

3- Médica estagiária do Serviço de Diagnóstico por Imagem do Centro de Estudos de Diagnóstico por Imagem Dr Waldir Maymone – CEDIMA

4- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Hemoterapia e Hematologia Clínica

5- Membro Titular da Federação Brasileira de Gastroenterologia e Mestre em Gastroenterologia pelo HSPE-FMO

Endereço para correspondência:

Rua Victório Scapin, 242 - Centro - CEP 19280-000 - Teodoro Sampaio-SP. Tel.: (18) 8144-1575. E-mail: charlenetroiani@hotmail.com

Recebido em: 26/12/2009 Aprovado para publicação: 30/03/2010

vômitos biliares, negando febre e estando os demais aparelhos sem queixas. Não apresentava comorbidades ou internações anteriores e negava hábitos e vícios.

Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, eupnéico, descolorado +/4+, desidratado +/4+, afebril, anictérico e acianótico. Os sinais vitais estavam normais. Aparelhos respiratório e cardiovascular sem alterações. O abdome estava semi-globoso, tenso, ruídos hidroaéreos aumentados ++/4+, sem visceromegalia, doloroso a palpação superficial e profunda difusamente, sem descompressão brusca dolorosa.

Dos exames laboratoriais destacam-se a confirmação de eosinofilia severa (30% dos leucócitos totais que eram de 14900 células/mm³) e IgE total elevado (324,0 U/mL). Eritrograma e plaquetograma sem alterações. Revelaram ainda potássio sérico discretamente diminuído (3,2mEq/L) e glicemia de jejum de 140mg/dl. As transaminases hepáticas, enzimas canaliculares, bilirrubinas total e frações, albumina, amilase, função renal e sódio sérico dentro dos parâmetros da normalidade. No exame de urina I de positivo apenas corpos cetônicos (+/4+) e a urocultura estava negativa.

Durante a internação hospitalar começou a apresentar diarreia líquida amarelada (6 episódios/dia), com aumento do volume abdominal e piora do quadro clínico. Iniciado ciprofloxacino 400mg 12/12h, metronidazol 500mg 8/8h e sintomáticos. As 3 amostras do parasitológico e a cultura de fezes foram negativos.

Foi submetido a exames complementares onde observaram-se

- 1) na ultrassonografia de abdome superior: sinais de esteatose hepática com prováveis áreas de preservação junto ao leito da vesícula biliar e no segmento lateral do lobo esquerdo, e moderada quantidade de líquido livre intracavitário;
- 2) na videolaparoscopia: várias sufusões hemorrágicas com cerca de 2 cm de diâmetro em toda extensão do intestino delgado e cólon;
- 3) no citopatológico oncótico de líquido peritoneal: efusão peritoneal hemorrágica rica em eosinófilos e ausência de células malignas;
- 4) na tomografia computadorizada de abdome total (Figura 1): espessamento difuso de alças intestinais com aspecto de delgado, cólon ascendente e transversal, moderada ascite e discreto derrame pleural à direita;
- 5) na videoesofagogastroduodenoscopia (Figura 2): enterite, gastrite enantematosa exsudativa antral grau leve e pesquisa de *Helicobacter pylori* negativo;

6) na videocolonoscopia (Figura 3): em íleo terminal e todos os segmentos colônicos erosões planas hiperêmicas;

7) no exame anátomo-patológico: córion com moderado grau de edema, congestão, além de intenso infiltrado eosinofílico difuso entremeado por raros linfócitos e macrófagos, com formação de agregados múltiplos, interessando à submucosa e lâmina própria, às vezes comprometendo glândulas mucosas e sem sinal de malignidade.

Feito o diagnóstico de gastroenterite eosinofílica foi iniciado prednisona 40 mg/dia via oral. No leucograma seguinte não foram observados eosinófilos ao percorrer as lâminas. O paciente recebeu alta em bom estado geral em uso de corticoide via oral e foi encaminhado para acompanhamento ambulatorial, estando assintomático até o momento em que se relatou o caso.

DISCUSSÃO

A característica importante neste caso de gastroenterite eosinofílica é o número extremamente elevado de eosinófilos no sangue periférico, além do comprometimento predominante da camada muscular com manifestações comuns nos envoltimentos de mucosa (dor abdominal e vômitos) e serosa (ascite).

A doença afeta todas as raças e qualquer faixa etária da infância à velhice, embora em adultos, geralmente se apresenta na terceira a quinta década de vida e relata-se ser mais comuns em homens em uma proporção de 3:25.^{8,11-12}

A gastroenterite eosinofílica é uma doença rara, que foi primeiramente relatada por Kaijser em 1937.¹³ Com base no envolvimento predominante, Klein et al (1970) e Talley et al (1990) classificaram a gastroenterite eosinofílica em mucosa, submucosa (muscular) e serosa. O envolvimento de diferentes camadas geralmente dá origem a diferentes manifestações clínicas.¹⁴⁻¹⁵ Doença das mucosas é a mais comum (25%-100%) e apresenta-se com náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia, perda de peso, sangramento, enteropatia perdedora de proteínas ou má absorção. Doença muscular é a segunda mais comum (13%-70%) e apresenta-se com sintomas intermitentes de obstrução e complicações, como perfuração ou aspiração. Doença serosa é a menos comum (12%-40%) e apresenta-se geralmente com peritonite e ascite eosinofílica.^{5,8-9,11-12} Nosso paciente apresentou comprometimento predominante muscular, entretanto com manifestação de dor abdominal, mais comum no envolvimento de mucosa. Ascite foi observada em exames complementares e esta costuma estar presente no envolvimento da camada serosa.^{4,6}

No envolvimento da camada muscular e serosa também foi descrita, muitas vezes presente, a participação concomitante da mucosa,¹⁴ o que pode explicar as queixas apresentadas.

A gastroenterite eosinofílica apesar de sua ocorrência incomum, embora a incidência esteja em aumento,³ é um dos mais importantes distúrbios gastrointestinais primários eosinofílicos, e mais comumente se apresenta com dor abdominal.⁹ Em pacientes com dor abdominal característica que não respondem ao tratamento convencional, doenças raras como gastroenterite eosinofílica devem ser consideradas.¹⁶

Alergias a determinados alimentos ou anomalias imunológicas têm sido estudadas como sua etiologia.⁴ Uma história de atopia e alergias pode estar presente em 25-75% dos casos.^{9,17} Entretanto, alguns pesquisadores¹⁸⁻¹⁹ têm demonstrado que a etiologia desse distúrbio não está associada a reações alérgicas, corroborando com o caso relatado, pois o paciente não apresentava história de alergia.

O *Helicobacter pylori* não parece desempenhar um papel significativo na etiopatogenia desse transtorno.²⁰ A pesquisa de *Helicobacter* através da videoesofagogastroduodenoscopia do paciente foi negativa.

Não existe um número fixo de eosinófilos, que podem ser usados como um critério de corte para definir a doença.²¹ Por não estarem bem padronizados pode dificultar a definição do quadro. Além disso, o processo inflamatório eosinofílico pode ser irregular ou difuso e a detecção do infiltrado eosinofílico pode variar dependendo do método de fixação da biópsia.²² Concomitantemente a significativa eosinofilia periférica pode ocorrer aumento da imunoglobulina E (IgE),^{16,22-23} condição observada no nosso estudo. Pode ainda não ocorrer eosinofilia periférica.⁵ Em estudo recente onde foram relatados 5 casos de gastroenterite eosinofílica, a contagem periférica de eosinófilos foi elevada em todos casos e muito alta em 40% desses casos.²⁴ Eosinofilia periférica tem sido relatada em até 80% dos casos.^{5,8-9,11-12,15} Pacientes com doença predominantemente serosa tem maior contagem absoluta de eosinófilos (média 8000/dL) do que pacientes com doença das mucosas (média 2000/dL) e da camada muscular (média 1000/dL).²⁵⁻²⁶ Nosso paciente apresentou 4470 eosinófilos/dL. O nível sérico de IgE foi elevado, fato observado em 66% dos casos relatados de um estudo.²⁴

Talley et al (1990) identificaram três principais critérios de diagnóstico: (1) a presença de sintomas gastrointestinais, (2) biópsias demonstrando infiltração eosinofílica de uma ou mais áreas do trato gastrointestinal e (3) sem evidência de parasitas ou doença extra-intestinais.¹⁵

A tomografia computadorizada revelou espessamento difuso das alças intestinais e ascite. O exame citopatológico oncótico do líquido peritoneal apresentou efusão peritoneal hemorrágica rica em eosinófilos e ausência de células malignas. A biópsia mostrou intensa infiltração eosinofílica difusa na camada muscular. Por isso e após a exclusão de outras doenças que têm características semelhantes, como infecção parasitária e induzida por drogas, o diagnóstico de gastroenterite eosinofílica foi estabelecido.

Os esteroides são a base do tratamento e cerca de 80-90% respondem a esta terapia.^{2,24} O tratamento com baixa dose de prednisolona conduziu à remissão da eosinofilia, das queixas e da infiltração eosinofílica, fato também observado em outros estudos.^{3,5,13,20,23}

A remissão costuma persistir após a conclusão do tratamento com prednisolona.²⁰ Outros medicamentos têm sido utilizados, mas a eficácia ainda requer definição. Os medicamentos são usados empiricamente baseados na observação e experiência clínica, devido à raridade de ensaios de tratamento e por não ter controles disponíveis.²²

CONCLUSÃO

A gastroenterite eosinofílica apresenta grandes diversidades quanto suas manifestações clínicas e segmento acometido. Entretanto, a resposta ao tratamento, a evolução clínica e o prognóstico da doença, em geral, são bons. As características clínicas relatadas são compatíveis com a literatura e assegura a necessidade de estabelecerem-se critérios diagnósticos como diretrizes capazes de sistematizar o atendimento, realizando-se diagnóstico precoce e intervenção adequada destinados a melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Freeman HJ. Longstanding eosinophilic gastroenteritis of more than 20 years. *Can J Gastroenterol* 2009;23(9):632-4.
- Sheikh RA, Prindiville TP, Pecha RE, Ruebner BH. Unusual presentations of eosinophilic gastroenteritis: case series and review of literature. *World J Gastroenterol* 2009;15(17):2156-61.
- Doggui MH, Ben Yaghlène L, Mohsni S, Mestiri A, Bouguassas W, Ksantini I. Eosinophilic gastroenteritis with ascites: a case report. *Tunis Med* 2008;86(6):600-3.
- González-Huezo M, Ruiz-Mejia R, Rosales-Solis A, Carrillo-Ponce C. Primary sclerosing cholangitis of small ducts, associated with eosinophilic gastroenteritis. Case report and literature review. *Rev Gastroenterol Mex* 2008;73(4):242-6.
- Yun MY, Cho YU, Park IS, Choi SK, Kim SJ, Shin SH, Kim KR. Eosinophilic gastroenteritis presenting as small bowel obstruction: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2007;13(11):1758-60.
- Zhou HB, Chen JM, Du Q. Eosinophilic gastroenteritis with ascites and hepatic dysfunction. *World J Gastroenterol* 2007;13(8):1303-5.
- Baig MA, Qadir A, Rasheed J. A review of eosinophilic gastroenteritis. *J Natl Med Assoc* 2006;98(10):1616-9.
- Khan S, Orenstein SR. Eosinophilic gastroenteritis. *Gastroenterol Clin North Am* 2008;37(2):333-48.

9. Khan S. Eosinophilic gastroenteritis. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2005;19(2):177-98.
10. Fleischer DM, Atkins D. Evaluation of the patient with suspected eosinophilic gastrointestinal disease. *Immunol Allergy Clin North Am* 2009;29(1):53-63.
11. Daneshjoo R, J Talley N. Eosinophilic gastroenteritis. *Curr Gastroenterol Rep* 2002;4:366-72.
12. Chen MJ, Chu CH, Lin SC, Shih SC, Wang TE. Eosinophilic gastroenteritis: clinical experience with 15 patients. *World J Gastroenterol* 2003;9:2813-6.
13. Hai-Bo Zhou, Jin-Ming Chen, Qin Du. Eosinophilic astroenteritis with ascites and hepatic dysfunction. *World J Gastroenterol* 2007;13(8):1303-5.
14. Klein NC, Hargrove RL, Sleisenger MH, Jeffries GH. Eosinophilic gastroenteritis. *Medicine (Baltimore)* 1970;49:299-319.
15. 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;31:54-58.
16. Ayyub M, Almenawi L, Mogharbel MH. Eosinophilic gastritis; an unusual and overlooked cause of chronic abdominal pain. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2007;19(4):127-30.
17. Jyonouchi S, Brown-Whitehorn TA, Spergel JM. Association of eosinophilic gastrointestinal disorders with other atopic disorders. *Immunol Allergy Clin North Am* 2009;29(1):85-97.
18. Seibold F. Food-induced immune responses as origin of bowel disease? *Digestion* 2005;71:251-60.
19. Barbie DA, Mangi AA, Lauwers GY. Eosinophilic gastroenteritis associated with systemic lupus erythematosus. *J Clin Gastroenterol* 2004;38:883-6.
20. Fritzsich J, Krugel V, Aigner T, Pluta L, Schutz A. Eosinophilic gastritis after *Helicobacter pylori* eradication. *Z Gastroenterol* 2008;46(12):1372-5.
21. Mueller S. Classification of eosinophilic gastrointestinal diseases. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2008;22(3):425-40.
22. Freeman HJ. Adult eosinophilic gastroenteritis and hypereosinophilic syndromes. *World J Gastroenterol* 2008;14(44):6771-3.
23. Hirashima Y, Kitajima K, Sugi S, Kagawa K, Murakami K, Fujioka T, Kumamoto T. Eosinophilic gastroenteritis in the esophagus, stomach, and small intestine in a patient with a choking feeling in the esophagus. *Nippon Shokakibyo Gakkai Zasshi* 2007;104(5):660-5.
24. Rafiq A Sheikh, Thomas P Prindiville, R Erick Pecha, Boris H Ruebner. Unusual presentations of eosinophilic gastroenteritis: Case series and review of literature. *World J Gastroenterol* 2009;15(17):2156-61.
25. Maeshima A, Murakami H, Sadakata H, Saitoh T, Matsushima T, Tamura J, Karasawa M, Naruse T. Eosinophilic gastroenteritis presenting with acute pancreatitis. *J Med* 1997;28:265-72.
26. Euscher E, Vaswani K, Frankel W. Eosinophilic pancreatitis: a rare entity that can mimic a pancreatic neoplasm. *Ann Diagn Pathol* 2000;4:379-85.

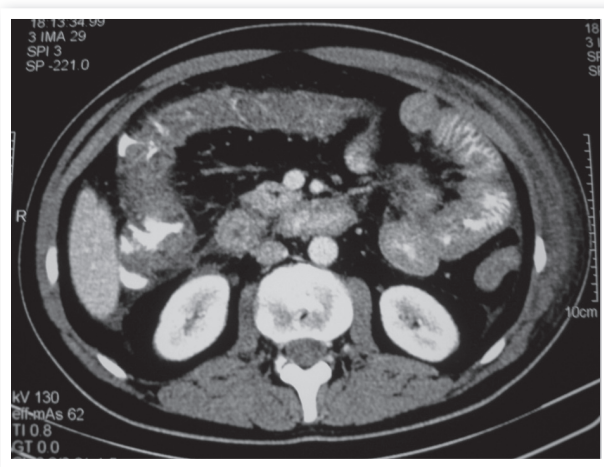


Figura 1 - Tomografia computadorizada de abdome total, apresentando espessamento difuso de alças intestinais, moderada ascite e discreto derrame pleural à direita



Figura 2 - Videoesofagogastroduodenoscopia visualizando enterite

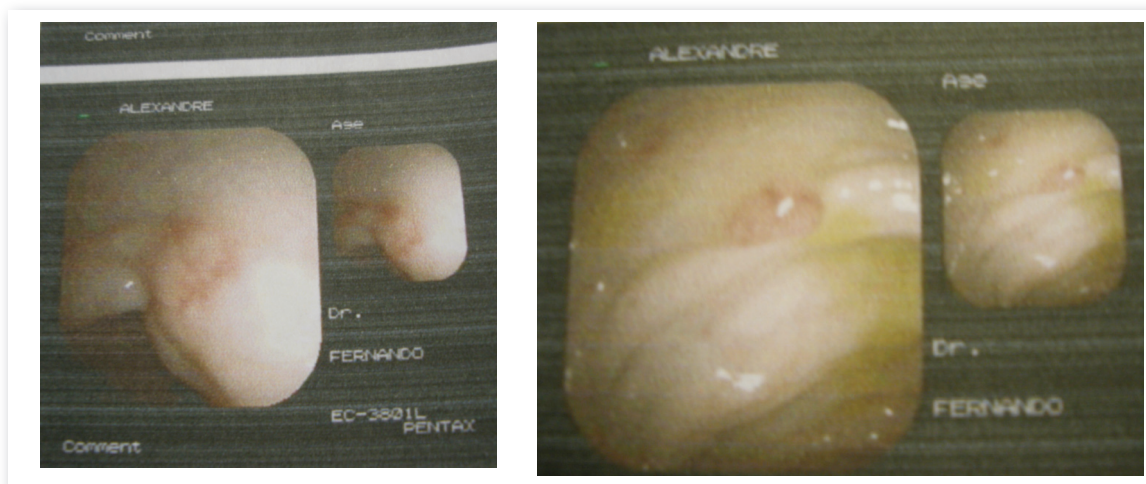


Figura 3 - Videocolonosopia revelando erosões planas hiperêmicas