



**Marcelo Camponogara Menucci**

TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO

**RELATO DE CASO: GASTROENTERITE EOSINOFÍLICA  
CASE REPORT: EOSINOPHILIC GASTROENTERITIS**

Santa Maria – RS  
2019

**Marcelo Camponogara Menussi**

RELATO DE CASO: GASTROENTERITE EOSINOFÍLICA  
CASE REPORT: EOSINOPHILIC GASTROENTERITIS

Trabalho final de graduação (TFG) apresentado ao Curso de Medicina, Área de Ciências da Saúde da Universidade Franciscana – UFN, como requisito parcial para aprovação na disciplina de TFG-II.

Orientador: Prof. Dr. Felipe André Marasca.

Santa Maria – RS  
2019

## **RESUMO**

### **GASTROENTERITE EOSINOFÍLICA**

AUTOR: Marcelo Camponogara Menussi

ORIENTADOR: Felipe André Marasca

O trabalho é um relato de caso clínico de uma paciente atendida no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) diagnosticada com Gastroenterite eosinofílica. Os dados foram coletados do prontuário da mesma, respeitando os preceitos éticos e de confidencialidade. O objetivo do relato foi estudar o caso e a doença da paciente, analisando as condutas e os procedimentos realizados. A enterite eosinofílica é um dos raros distúrbios da gastroenterite eosinofílica, que tem como manifestação a inflamação da mucosa do intestino delgado. Acometendo indivíduos principalmente dos 30 e 50 anos de vida, tem como principais manifestações dor e distensão abdominal, diarreia, vômitos e emagrecimento leve, podendo, inclusive, causar obstrução intestinal. O diagnóstico é realizado principalmente por biópsia após endoscopia digestiva alta, com achados de infiltrados eosinofílicos e pela exclusão de diagnósticos diferenciais. A partir de então, o tratamento é iniciado a partir de dieta alimentar, podendo ser seguida de um teste com glicocorticoide. A paciente acabou evoluindo para óbito devido a complicações provocadas pela doença.

**Palavras-chave:** Gastroenterite; eosinofilia.

## **ABSTRACT**

### **EOSINOPHILIC GASTROENTERITIS**

**AUTHOR:** Marcelo Camponogara Menussi

**ADVISOR:** Felipe André Marasca

The work is a clinical case report from a patient who was attended at Santa Maria University Hospital (HUSM) which was diagnosed with eosinophilic gastroenteritis. The informations were collected from medical records, respecting ethics and confidentiality. The objective was to study the disease and the performed procedures. The eosinophilic enteritis is one rare disorder from eosinophilic gastroenteritis, which manifest as small intestine's mucosa inflammation. The disease affect individuals mainly between 30 to 50 years old, and the major symptoms are abdominal pain and distension, diarrhoea, weight lose with the possibility to cause intestinal obstruction. The diagnosis is made by biopsy after upper digestive endoscopy, resulting in eosinophilic and excluding the differential diagnoses. From then one, the treatment is started with nutritional diet, which can be followed by glucocorticoids test. The patient progressed to death in view of the disease complications.

**Keywords:** eosinophilic, gastroenteritis.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1 – Biópsia com infiltração de eosinófilos na camada da mucosa intestinal.

Figura 2 – Biópsia com infiltração de eosinófilos na camada muscular intestinal.

Figura 3 – Biópsia com infiltração de eosinófilos na camada serosa intestinal.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

EDA – Endoscopia Digestiva Alta

EUA – Estados Unidos da América

GEE – Gastroenterite Eosinofílica

HUSM – Hospital Universitário de Santa Maria

PS – Pronto Socorro

RS – Rio Grande do Sul

TC – Tomografia Computadorizada

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TFG – Trabalho Final de Graduação

UFN – Universidade Franciscana

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	8
2 OBJETIVOS .....	8
2.1 Objetivo geral.....	8
2.2 Objetivos específicos .....	8
3 DESCRIÇÃO DO CASO .....	9
4 REVISÃO DA LITERATURA E DISCUSSÃO .....	11
4.1 Epidemiologia .....	11
4.2 Manifestações clínicas .....	11
4.3 Achados laboratoriais e de imagem .....	12
4.4 Diagnóstico .....	14
4.5 Diagnóstico diferencial .....	14
4.6 Tratamento .....	15
5 CONCLUSÃO .....	15
REFERÊNCIAS.....	17
APÊNDICE.....	18





## **1 INTRODUÇÃO**

As comorbidades gastrointestinais eosinofílicas são conhecidas como desordens que afetam todo o trato gastrointestinal, do esôfago ao reto, a partir de inflamação seletiva com abundantes eosinófilos sem que haja causas conhecidas de eosinofilia (ROTHENBERG et al, 2004).

São doenças raras, descritas pela primeira vez em 1937 (FREEMAN, 2008), sendo apenas cerca de 300 casos publicados mundialmente (HIGUERA et al, 2002). Um dos distúrbios causados é a enterite eosinofílica, inflamação da mucosa do intestino delgado (ROTHENBERG et al, 2004).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Relatar um caso clínico de Gastroenterite Eosinofílica em uma paciente jovem atendida no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

### **2.2 Objetivos específicos**

Fazer uma revisão bibliográfica da doença Gastroenterite Eosinofílica;

Estudar a doença Gastroenterite Eosinofílica, bem como suas causas, epidemiologia, apresentação clínica, diagnóstico e tratamento;

Apresentar um caso clínico de uma paciente com a doença e expor os acontecimentos e resultados durante a internação;

Estimular o conhecimento da doença para que ela seja pensada no momento de realizar investigação de pacientes com sinais e sintomas semelhantes;

Contribuir para o tratamento adequado da doença e com isso poder evitar desfechos indesejáveis.

### 3 DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente feminina, 15 anos, branca, estudante, foi encaminhada para atendimento médico no Pronto Socorro (PS) do HUSM por quadro de dor abdominal há 3 dias em região epigástrica, associada à distensão abdominal. A dor era de moderada intensidade, caráter intermitente, desencadeada pela alimentação e aliviada espontaneamente. Referiu estes episódios há aproximadamente 2 anos. Negava queixas de febre, náuseas, vômitos ou inapetência. Aceitava bem a dieta. Sem queixas urinárias. Negava alterações do hábito intestinal. Negava corrimento vaginal ou relações sexuais. Negou uso de medicações, drogas ou alergias.

Ao exame físico estava em bom estado geral, corada, hidratada, anictérica, sem taquicardia. O abdome estava com ruídos hidroaéreos presentes, distendido, timpânico à percussão, com dor à palpação profunda em região epigástrica, sem sinais de irritação peritoneal.

Foram solicitados exames laboratoriais que vieram normais e Raio X de abdome agudo que evidenciou presença de pneumoperitônio. Após isso foi realizada tomografia computadorizada (TC) de abdome que revelou pneumoperitônio, líquido livre na cavidade peritoneal, dilatação difusa das alças intestinais, especialmente no intestino delgado e presença de ar e imagens císticas gasosas na parede intestinal (pneumatose intestinal).

A paciente referiu história de ter realizado uma cirurgia de videolaparoscopia há aproximadamente 1 ano em outro serviço devido a quadro clínico semelhante e presença de pneumoperitônio em exame de Raio X de abdome agudo. Devido ao diagnóstico de pneumoperitônio foi conversado com a paciente e com os familiares, sendo indicado uma videolaparoscopia, onde foi visualizada leve distensão de alças intestinais de delgado e pouca quantidade de ascite com líquido seroso que foi coletado e mandado para análise. A cultura e a pesquisa de células neoplásicas foram negativas. Evoluiu bem no pós-operatório, com regressão do pneumoperitônio e recebeu alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial.

O diagnóstico da paciente ficou definido como pneumoperitônio espontâneo devido à pneumatose intestinal. A paciente foi encaminhada ao ambulatório para prosseguir a investigação com o intuito de diagnosticar a causa da pneumatose intestinal.

No ambulatório foram solicitados diversos exames de sangue para excluir possíveis diagnósticos. Foram solicitados exames para verminoses, marcadores para doença celíaca e para esclerodermia que vieram todos negativos.

Foi solicitado Endoscopia Digestiva Alta (EDA) que foi normal e também foi biopsiada a segunda porção duodenal cujo laudo anátomopatológico revelou mucosa duodenal com arquitetura preservada e aumento da população linfoplasmocitária com presença ainda de alguns neutrófilos e inúmeros eosinófilos na lâmina própria. Estes achados podem corresponder a uma duodenite péptica.

O diagnóstico definitivo ficou definido como pneumoperitônio espontâneo por pneumatose intestinal devido à enterite eosinofílica.

O tratamento foi conservador com medicações sintomáticas, corticoide, dieta específica e orientações à paciente e os familiares sobre a doença. A paciente foi orientada a manter o acompanhamento médico ambulatorial e sempre procurar o PS do HUSM se qualquer alteração do quadro clínico ou iniciar com dor e distensão abdominal.

A paciente, por decisão própria, perdeu o contato com o ambulatório do HUSM e não retornou às consultas de acompanhamento. Após aproximadamente dois anos a paciente deu entrada no PS do HUSM referindo muita distensão abdominal e dor abdominal de forte intensidade, associada a náuseas e vômitos. No exame físico a paciente apresentava-se hipocorada, desidratada, hipotensa, taquicárdica com frequência cardíaca de 126 batimentos por minuto. Apresentava grande distensão do abdome com sinais de irritação peritoneal na palpação. Foi solicitado laboratório que evidenciou intensa leucocitose e com desvio à esquerda. O RX de abdome agudo evidenciou sinais de oclusão intestinal.

Devido ao quadro clínico de septicemia e de abdome agudo obstrutivo foi submetida a uma laparotomia exploradora com incisão mediana. No inventário da cavidade abdominal foi evidenciado grande porção do intestino delgado (jejuno e íleo) com sinais de isquemia que iniciavam há aproximadamente dois metros após o ângulo de Treitz até a válvula íleocecal, necessitando de ressecção desse segmento de delgado com anastomose jejunocolônica látero-lateral.

A paciente foi encaminhada para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) devido à gravidade e complexidade do caso, onde ficou muitos dias internada, desenvolvendo infecções como pneumonia e infecção urinária. A paciente desenvolveu também Síndrome do Intestino Curto devido à extensa área de intestino que foi ressecada devido a necrose, o que prejudicou muito a absorção de nutrientes, levando a paciente à desnutrição e espoliação de eletrólitos, com piora progressiva do quadro clínico, não resistindo e evoluindo para óbito aos 17 anos de idade.

O diagnóstico definitivo ficou definido como enterite eosinofílica que provocou pneumatose intestinal que levava à pneumoperitônios de repetição. A paciente desenvolveu

uma distensão abdominal mais intensa que acabou provocando uma torção do mesentério do intestino delgado, levando à isquemia intestinal que provocou necrose de uma grande extensão de intestino delgado que necessitou ser ressecado, provocando prejuízos na absorção de nutrientes e piora do quadro clínico da paciente, culminando com o óbito.

## **4 REVISÃO DA LITERATURA E DISCUSSÃO**

### **4.1 Epidemiologia**

A gastroenterite eosinofílica (GEE) é um distúrbio raro que pode acometer pacientes de qualquer idade, mas na idade adulta ocorre principalmente entre a terceira e quinta década de vida, com pico de incidência no início da terceira década. Com uma pequena maior prevalência no sexo masculino, nos Estados Unidos da América (EUA), a estimativa chega de 22 a 28 casos a cada 100 mil pessoas (GONSALVES, 2017).

### **4.2 Manifestações clínicas**

A GEE pode se manifestar através de alergia alimentar, mostrando melhora dos sintomas caso o paciente faça a retirada dos alimentos alergênicos. Em pacientes com alteração embriogênica para esse distúrbio (GEE alérgica) há uma população de Interleucinas-5 com expressão de células T auxiliares 2 exclusivas de alérgenos alimentares (TH2), o que diferencia a união das células IL5 + TH2, causando uma eosinofilia intestinal (ROTHENBERG, MISHRA, 2003). Através desse recrutamento de eosinófilos do intestino, ocorre uma inflamação local pela liberação da proteína eosinofílica, a qual é citotóxica, o que pode acometer todo o trato gastrointestinal. Como envolve processos alérgicos, é recorrente que estes pacientes possuam outros tipos de comorbidades alérgicas (GONSALVES, 2017).

A GEE pode ter variação de gravidade e sintomas, dependendo do local onde ocorre e a camada do intestino acometida (GONSALVES, 2017). A camada da mucosa, quando comprometida, tem como sintomas frequentes dor abdominal, diarreia, distensão abdominal, vômito e emagrecimento, podendo atingir até um terço dos pacientes (FAJARDO e CASTILLO, 2013). Em relação a camada muscular do intestino, os eosinófilos presentes nesse tecido costumam causar dismotilidade intestinal e espessamento da parede, causando

obstrução intestinal, diarreia, dor abdominal e até perfuração. Já quando houver infiltrados eosinofílicos na subserosa do intestino podem ocorrer ascites (GONSALVES, 2017).

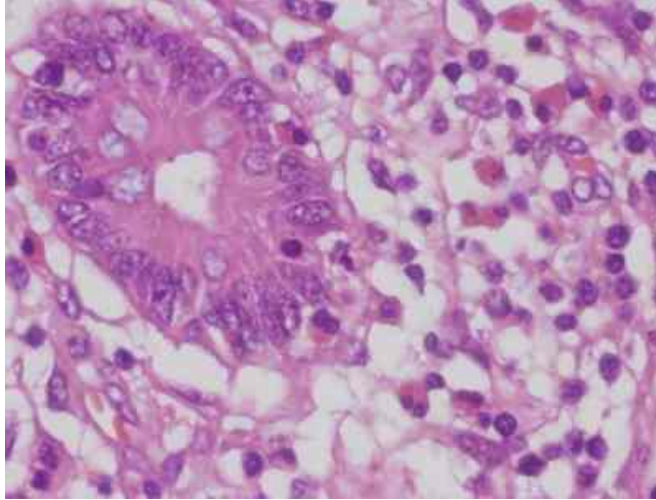
A paciente do caso clínico apresentava sintomas muito inespecíficos, incluindo episódios de dor e desconforto abdominal leve associados à inapetência. Não relatava associação do quadro clínico com ingestão de determinados alimentos e referia melhora do quadro de forma espontânea e com medicamentos sintomáticos.

#### **4.3 Achados laboratoriais e de imagem**

Em exames laboratoriais, os eosinófilos periféricos geralmente são aumentados, variando em torno de 5 a 35% conforme o paciente e a doença, apesar de 20% dos indivíduos não terem alteração no hemograma. Nas camadas subserosa e mucosa a contagem de eosinófilos é maior comparado a camada muscular (GONSALVES, 2017). Os exames laboratoriais da paciente do caso em questão demonstravam normalidade, com ausência de leucocitose e eosinofilia periférica.

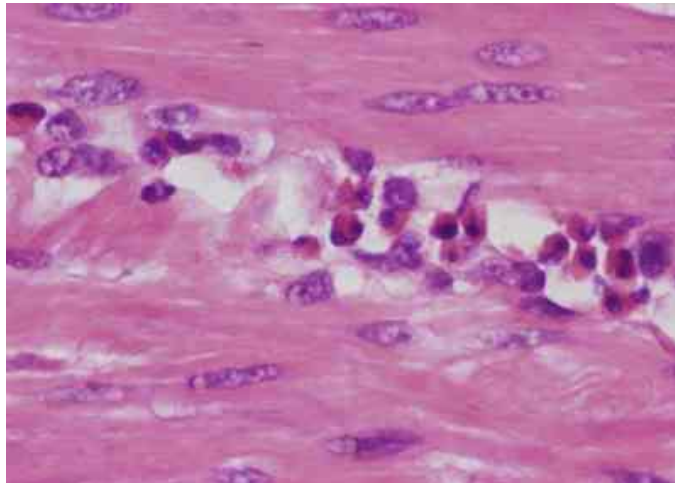
Os exames de imagem e endoscópicos auxiliam na hipótese diagnóstica, mas não são específicos para confirmar o diagnóstico. Já o exame de trânsito gastroduodenal e a tomografia computadorizada (TC) de abdômen são os exames de primeira escolha para o diagnóstico de divertículo duodenal intraluminal, doença com relação fisiopatológica semelhante (LIMA et al, 2010). O RX de abdome e a TC de abdome evidenciaram pneumoperitônio. Na TC também evidenciou presença de pneumatoses intestinais em segmentos de intestino delgado.

**Figura 1 - Biópsia com infiltração de eosinófilos na camada da mucosa intestinal.**



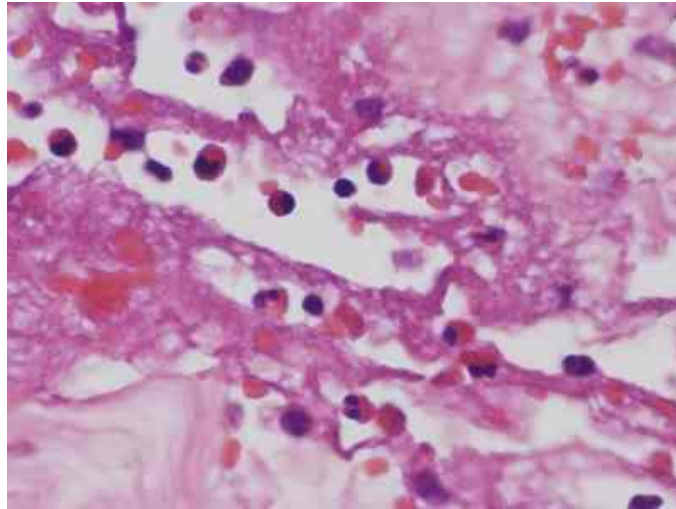
Fonte: Barea et al, 2015.

**Figura 2 - Biópsia com infiltração de eosinófilos na camada muscular intestinal.**



Fonte: Barea et al, 2015.

**Figura 3 - Biópsia com infiltração de eosinófilos na camada serosa intestinal.**



Fonte: Barea et al, 2015.

#### **4.4 Diagnóstico**

O diagnóstico de GEE é realizado através de endoscopia digestiva alta (EDA) que avalia a quantidade de eosinófilos no tecido do trato gastrointestinal (LIMA et al, 2010), a partir da infiltração eosinofílica obtida por biópsia (GONSALVES, 2017). A técnica envolve realizar uma biópsia do esôfago, do estômago e do intestino delgado, mesmo se estas áreas estiverem com aspecto normal (LIMA et al, 2010). Na biópsia são encontrados achados inespecíficos, como erosões, hiperemia ou mucosa nodular e polipoide, sendo o diagnóstico estabelecido caso haja um número de eosinófilos maior que o esperado por determinada área (GONSALVES, 2017), sendo seis o número mínimo de biópsias que devem ser coletadas (LIMA et al, 2010).

Também é realizada biópsia a partir da análise de líquido eosinofílico coletado de ascite quando não há outros órgãos comprometidos ou quando não há demais causas de eosinofilia (GONSALVEZ, 2017).

#### **4.5 Diagnóstico diferencial**

Doenças que afetam o trato gastrointestinal associadas à eosinofilia podem ser similares à GEE e são diferenciadas através de exames clínico, laboratoriais ou por biópsia. Entre eles estão parasitas intestinais, excluída pelo exame de fezes ou teste sorológico; doenças malignas, como cânceres ou linfoma, excluídas principalmente pela biópsia; doenças inflamatórias intestinais, como a doença de Crohn ou retocolite ulcerativa; síndrome

hipereosinofílica, diferenciada por envolver múltiplos sistemas ao invés de apenas o trato gastrointestinal; poliarterite nodosa, que também apresenta manifestações sistêmicas; granulomatose eosinofílica com poliangiite e granuloma eosinofílico, excluído pela biópsia com granulomatose típica (GONSALVES, 2017).

#### **4.6 Tratamento**

O tratamento da GEE é baseado na gravidade dos sintomas e na presença de má absorção pelo trato gastrointestinal. A terapia inicial é constituída por uma dieta elementar empírica, em que pelo menos seis alimentos devem ser retirados, por pelo menos 6 semanas, sendo eles os potenciais alérgenos, como soja, trigo, ovo, leite, amendoim e frutos do mar. Após seis semanas, é considerada resposta adequada se houver uma redução de 50% na contagem absoluta de eosinófilos em pacientes com eosinofilia periférica. Caso não haja melhora, o paciente pode ter outro processo alérgico que esteja causando eosinofilia, sendo necessário repetir a endoscopia com biópsia para análise. Caso haja melhora dos sintomas e da eosinofilia, os alimentos são avaliados mais especificadamente (GONSALVES, 2017).

Se ainda não houver melhora dos sintomas, é recomendado um teste com glicocorticoide – prednisona de 20 a 40 miligramas ao dia – trazendo melhoras após duas semanas, sendo então reduzido o medicamento. Dependendo do paciente, pode ser necessária terapia mais prolongada ou ainda necessitar de corticoterapia endovenosa para remissão dos sintomas e, caso haja sintomas recorrentes, pode-se tratar com ciclos curtos com reduções medicamentosas rápidas (GONSALVES, 2017).

## **5 CONCLUSÃO**

Paciente feminina, jovem, apresentava sinais gastrointestinais inespecíficos de longa data e procurou atendimento médico especializado onde foi iniciado uma investigação aprimorada dos sintomas e achados clínicos da paciente. Chegou a ser submetida a videolaparoscopias para elucidar o quadro e excluir patologias mais graves de abdome agudo perfurativo devido aos pneumoperitônios de repetição.

Realizava acompanhamento ambulatorial no HUSM onde realizou EDA que foi normal, porém na biópsia da segunda porção duodenal revelou inúmeros eosinófilos. O



diagnóstico definitivo foi pneumoperitônio espontâneo por pneumatose intestinal devido à gastroenterite eosinofílica.

O tratamento foi conservador com medicações sintomáticas, dieta e orientações à paciente e aos familiares para manter o acompanhamento ambulatorial, mas acabou perdendo o contato com o ambulatório por opção própria.

Após dois anos a paciente retornou no Pronto Socorro do HUSM referindo distensão e dor abdominal de forte intensidade, associada a náuseas e vômitos. Chegou em mal estado geral e com sinais e sintomas de septicemia. Com os exames laboratoriais e de imagem foi confirmado abdome agudo, sendo submetida a cirurgia de laparotomia exploradora onde foi evidenciado torção do mesentério do intestino delgado com grande porção de intestino delgado (jejuno e íleo) com sinais de isquemia, sendo necessário ressecção do segmento comprometido e realizado anastomose intestinal.

A paciente foi encaminhada para a UTI, desenvolveu Síndrome do Intestino Curto no pós operatório, evoluindo com diversas complicações clínicas, não resistindo e evoluindo para o óbito.

A Gastroenterite Eosinofílica geralmente provoca quadros clínicos leves e que são passíveis de tratamento clínico conservador, com altas taxas de sucesso, mas que requerem realização de acompanhamento médico. O caso da paciente acima descrito reforça a necessidade desta conduta, possibilitando evitar esse desfecho trágico, sendo que não foi encontrado descrição na literatura mundial de óbito onde a GEE tenha sido a causa principal.

## REFERÊNCIAS

BAREA, Rocío M. et al. Abdomen agudo en el niño por enteritis eosinofílica. **Revista Médica Electrónica: Portales Médicos**. 2015. Disponível em <<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/abdomen-agudo-enteritis-eosinofilica/>>. Acesso em 2 jan. 2019.

FAJARDO, Luis F.; CASTILLO, Odenis C. Actualización sobre la Gastroenteritis Eosinofílica. **HOSPITAL UNIVERSITARIO “GRAL. CALIXTO GARCÍA”**. Havana, v. 1, n. 1, 2013.

FREEMAN, Hugh J. Adult eosinophilic gastroenteritis and hypereosinophilic syndromes. **World Journal of Gastroenterology**. Vancouver, v. 14, n. 44, p. 6771 - 6773, nov. 2008.

GONSALVES, Nirmala. Eosinophilic gastroenteritis. **Up to date**. 2018. Disponível em <[https://www.uptodate.com/contents/eosinophilic-gastroenteritis?search=enterite%20eosinof%C3%ADlica&source=search\\_result&selectedTitle=1~45&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/eosinophilic-gastroenteritis?search=enterite%20eosinof%C3%ADlica&source=search_result&selectedTitle=1~45&usage_type=default&display_rank=1)>. Acesso em 3 jan. 2019.

HIGUERA et al. Gastroenteritis eosinofílica: espectro clínico de uma mesma entidade. **Na. Méd. Interna**. Madri, v. 19, n.7, p. 361 – 364, 2002.

LIMA, J. et al. Gastroenterite eosinofílica: divertículo duodenal intraluminal como fator predisponente? **GE Jornal Português de Gastreenterologia**. Coimbra, v. 19, n. 3, p. 146 – 150, 2012.

ROTHENBERG, Marc E.; MISHRA Anil. Intratracheal IL-13 Induces Eosinophilic Esophagitis by an IL-5, Eotaxin-1, and STAT6-Dependent Mechanism. **Gastroenterology**. Ohio, v. 125, n. 5, p.1419 – 1427, nov. 2003.

## **APÊNDICE**

### **Apêndice 1 -Termo de Confidencialidade para Utilização dos Dados**

#### **TERMO DE CONFIDENCIALIDADE PARA UTILIZAÇÃO DOS DADOS**

**TÍTULO DO PROJETO:** Relato de caso clínico sobre Gastroenterite Eosinofílica.

**INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:** Universidade Franciscana (UFN)

Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)

#### **AUTORES:**

- Felipe André Marasca – orientador do Projeto da Pesquisa, médico Cirurgião do Aparelho Digestivo e Professor Assistente do Curso de Medicina da Universidade Franciscana (UFN).

Contatos: telefone: (55) 98145-1999

E-mail: felipemarasca@bol.com.br

- Marcelo Camponogara Menussi – Pesquisador e aluno do Curso de Medicina da Universidade Franciscana (UFN).

Contatos: telefone: (53) 999650423

E-mail: mcamponogaramenussi@hotmail.com

Os autores do projeto assumem o compromisso de:

1. Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;
2. Utilizar as informações única e exclusivamente para a execução do projeto em questão e para realizar ações de avaliação e planejamento que poderão trazer benefícios para o serviço que as originou.

3. Divulgar as informações somente de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou qualquer outro identificador que possibilite o reconhecimento do sujeito da pesquisa.
4. Respeitar todas as normas preconizadas pelos Documentos Internacionais e a Resolução CNS nº 196/96 do Ministério da Saúde para execução deste projeto.

Santa Maria, janeiro de 2019.

---

Dr. Felipe André Marasca  
RG - 3.369.103 SSP/ SC

---

Ddo. Marcelo Camponogara Menussi  
RG – 708.896.992-3 SSP/ RS