

Gastroenterite eosinofílica em criança, levando à desnutrição

Eosinophilic gastroenteritis and children with malnutrition

Renata Marcos Bedran¹, Thaís Costa Nascentes Queiroz², Priscila Menezes Ferri², Alexandre Rodrigues Ferreira³, Maria do Carmo Barros de Melo⁴

RESUMO

A gastroenterite eosinofílica é uma afecção caracterizada pela infiltração maciça de eosinófilos no trato gastrointestinal. Foi descrita pela primeira vez por Kaijser em 1937 e pode acometer qualquer área do trato gastrointestinal. A causa e o mecanismo de infiltração de eosinófilos são ainda desconhecidos. A apresentação pode variar, dependendo da localização, assim como da profundidade e da extensão do acometimento, e geralmente tem curso crônico. É uma doença relativamente rara, que afeta predominantemente adultos jovens do sexo masculino.

Palavras-chave: Gastroenterite; Eosinofilia; Deficiências do Desenvolvimento; Desenvolvimento Infantil.

ABSTRACT

Eosinophilic gastroenteritis is a condition with extensive infiltration of eosinophils in the gastrointestinal tract. It was first described by Kaijser in 1937 and can affect any part of gastrointestinal tract. The cause and the real way for infiltration are unknown. Presentation may vary depending on location as well as depth and extent of bowel wall involvement and usually runs a chronic relapsing course. It is a rare disease that affects mainly young adult men.

Key words: Gastroenteritis; Eosinophilia; Developmental Disabilities; Child Development.

¹Residente de Pediatria do Hospital das Clínicas da UFMG

²Gastroenterologista pediátrica

³Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina UFMG

⁴Professora Associada do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina UFMG

INTRODUÇÃO

Nos cuidados de atenção básica à criança, a avaliação do crescimento e do desenvolvimento é fundamental na detecção precoce de alterações patogênicas que podem levar a sequelas importantes, podendo, como evento final, levar ao óbito.

O crescimento é o reflexo da evolução biológica determinada por fatores genéticos e ambientais, os quais podem interferir em processos patogênicos que, não interrompidos, comprometem o bem-estar da criança. Uma série de doenças leva ao comprometimento do estado nutricional e, em consequência, ao atraso no crescimento e desenvolvimento, devendo o diagnóstico precoce ser realizado com abordagem terapêutica eficaz, cujo objetivo é corrigir o estado nutricional, levando ao adequado crescimento.¹. O diagnóstico diferencial que leva ao ganho de peso insuficiente ou inadequado é amplo, sendo a desnutrição primária a causa mais comum nos países em desenvolvimento. No entanto, doenças mais raras são também encontradas, cabendo ao pediatra reconhecer a criança que não está bem e iniciar a abordagem diagnóstica cuidadosa.

Instituição:
Hospital das Clínicas - UFMG

Endereço para correspondência:
Renata Marcos Bedran
Rua Comendador Viana, nº 105
Mangabeiras - Belo Horizonte - MG
CEP 30315-060

Este relato de caso tem como objetivo descrever a gastroenterite eosinofílica (GEE), uma doença incomum do trato gastrointestinal, que afeta crianças e adultos, levando ao atraso no ganho de peso e no crescimento, com reflexo no estado nutricional. É caracterizada por sintomas originados no trato gastrointestinal, com infiltração eosinofílica em uma ou mais de suas regiões, ausência de causa definida para eosinofilia e ausência de eosinofilia em outros órgãos além do trato gastrointestinal.^{2,3} Atopia ou alergia alimentar geralmente estão presentes, porém, alguns trabalhos mostram que em 50% dos casos não se registra alergia.^{2,3} Os sintomas clínicos dependem da localização do infiltrado eosinofílico e da profundidade do envolvimento.^{3,4,5}

RELATO DE CASO

Paciente KHQS, sexo masculino, 3 anos de idade, natural de Pedro Leopoldo, Minas Gerais.

História de aleitamento materno exclusivo apenas por uma semana. Refluxo gastroesofágico com necessidade de tratamento medicamentoso e alergia à proteína do leite de vaca. Fez uso do leite de cabra de um aos sete meses de vida. Reintroduziu leite de vaca aos sete meses, com consumo abundante do mesmo (em torno de um litro e meio por dia), sem intercorrências. Fazia uso regular de carne, arroz, feijão, porém ingestão inadequada de verduras e frutas.

A curva de crescimento apresentou retificação a partir dos seis meses de idade, com ganho de peso insuficiente. Desde então, permanece em torno do percentil 3 e 5 para peso e estatura, sem ganho de peso desde os dois anos de idade e sem história familiar de outras doenças.

O relato era de ter iniciado, há 10 dias, vômitos pós-alimentares, fazendo uso de antiemético, sem melhora. Notado edema, inicialmente facial. Diurese preservada.

Paciente admitido em anasarca, com peso à admissão de 12,5 kg, sendo de 10 Kg o peso informado pela mãe. Apresentava-se hipoativo, irritado, sonolento, com vômito e diarreia. Observou-se aumento de pressão arterial em várias aferições.

Exames laboratoriais evidenciando anemia (hemoglobina chegou a 8,4g/dL), hiponatremia (Na: 125 mEq/L), hipoalbuminemia grave (albumina: 1,1g/dL), leucocitose (GL: 27.790/mm³) e eosinofilia (E: 4.446/mm³). Função hepática e renal preservadas, PCR negativa e eletroforese de proteínas sem alterações.

A ultrassonografia abdominal revelou ascite, derrame pleural bilateral e edema de parede de alças intestinais.

Endoscopia digestiva alta mostrou mucosa do esôfago e duodeno sem alterações, mucosa gástrica com áreas de atrofia, com pregueamento adelgado e enantema de moderada intensidade, predominantemente na pequena curvatura de antro e corpo, intercalando-se com áreas de mucosa de aspecto normal. Biópsia do antro e do corpo gástrico identificou mucosa com inflamação e atividade moderadas, rica em eosinófilos, atipias regenerativas e degenerativas acentuadas, erosões (extensas áreas), edema, agregados linfóides, proliferação vascular e formação de microabscessos eosinofílicos. O resultado da pesquisa de *H. pylori* foi negativo e a mucosa do intestino delgado exibiu alterações inflamatórias crônicas e inespecíficas.

O exame radiológico e contrastado de trânsito intestinal indicou sinais sugestivos de ascite (apagamento do músculo psoas, afastamento das alças intestinais) e derrame pleural bilateral (velamento do seio costofrênico). A radiografia do esôfago, estômago e duodeno (REED) não enfatizou alterações.

Diante da hipótese de gastroenterite eosinofílica (anemia, ascite, hipoalbuminemia e alterações em biópsia), com provável alergia ao leite de vaca, foi instituído tratamento específico: retirado leite de vaca da dieta e iniciado o uso de corticoide sistêmico (2 mg/kg/dia). O paciente apresentou melhora clínica significativa, com melhora total do edema, vômitos e estado geral. Recebeu alta hospitalar após aproximadamente 20 dias de internação hospitalar, em uso de corticoide, ranitidina e dieta hidrolisada. A mãe foi orientada quanto à exclusão de leite de vaca da dieta, assim como de seus derivados. A criança apresentou normalização dos níveis de pressão arterial e mantém acompanhamento ambulatorial regular.

DISCUSSÃO

O crescimento é o reflexo de alterações biológicas que implicam aumento corporal da criança, considerando-se, principalmente, a evolução do peso, da altura e do perímetro cefálico.¹ É determinado, fundamentalmente, por fatores genéticos e ambientais, isto é, fatores intrínsecos e extrínsecos.¹

Entre os fatores ambientais, pode-se citar influência psicológica, sociocultural (alimentação, higiene e saneamento básico) e patogênica (doenças).¹

O crescimento é um processo dinâmico, realizável ao longo do tempo e deve ser quantificado e observado durante múltiplas medidas. Quando há oscilações que modificam a tendência verificada nos controles anteriores, deve-se pesquisar possíveis causas de tal alteração. Entre as doenças que provocam alteração no ganho de peso e, posteriormente, no crescimento, salienta-se a gastroenterite eosinofílica, que é doença causada por infiltração eosinofílica da mucosa gastrointestinal^{2,3,4,5,6} O infiltrado eosinofílico pode acometer qualquer parte do tubo digestivo, desde o esôfago até o reto. O local mais comum corresponde ao estômago, particularmente antro e intestino delgado.^{2,3,4}

As causas de GEE ainda não são bem compreendidas, mas a alergia alimentar e antígenos inalados têm sido implicados.^{2,6} De fato, a maioria dos pacientes tem hipersensibilidade a alérgenos alimentares e aéreos, e apenas a minoria descreve história de anafilaxia a alimentos.³

Tipicamente, estão presentes sintomas não-específicos de trato gastrointestinal, como dor abdominal, náusea, vômito, diarreia, perda de peso, distensão abdominal, anemia, perda de sangue e proteínas. Dependendo do local e da profundidade do acometimento, a GEE pode provocar alteração na:

- Camada mucosa (25-100%): variedade mais comum, manifesta-se como má-absorção e enteropatia perdedora de proteína. Dificuldade de ganho de peso e anemia podem estar presentes, além de pequeno sangramento gastrointestinal²;
- camada muscular (13-70%): obstrução gastrointestinal ou intussuscepção²;
- serosa (4,5 a 9% no Japão e 13% nos EUA): ascite, eosinofilia periférica importante e boa resposta à corticoterapia².

Ocasionalmente, pode manifestar-se como abdome agudo ou obstrução intestinal. Há casos documentados que se apresentaram como apendicite e úlcera duodenal refratária.³

Clinicamente, deve-se suspeitar da doença em pacientes com sintomas no trato gastrointestinal e eosinofilia em sangue periférico (após exclusão de outras causas de eosinofilia). É preciso estar atento às crianças com ganho de peso insuficiente sem outros achados, uma vez que a doença é crônica e pode ter discreta sintomatologia.

Os exames complementares revelam eosinofilia no sangue periférico, níveis séricos aumentados de IgE em 20 a 60% dos pacientes e testes

cutâneos e testes RAST (*radioallergosorbent*) positivos para alergia.³

A biópsia é útil para o diagnóstico definitivo, evidenciando infiltrado eosinofílico, podendo ser encontrados microabscessos eosinofílicos, hiperplasia escamosa e fibrose da lâmina própria. Em muitas publicações considera-se, para definir gastroenterite eosinofílica, contagem superior a 20 eosinófilos/campo (campo com aumento de 1.000 vezes).² Entretanto, podem ser encontrados resultados falso-negativos devido à distribuição esparsa da infiltração eosinofílica ou devido aos eosinófilos afetarem as camadas mais profundas da parede.²

O tratamento baseia-se em evitar alérgenos e fazer uso de corticoide sistêmico.⁶ Alguns estudos mostraram eficácia de 90% e descrevem melhora importante após sete a 10 dias do uso da medicação, porém há casos em que é necessário seu uso crônico.² A suspensão do corticoide e a reintrodução do alérgeno podem provocar reagudização do quadro, sendo necessária novamente a reintrodução do tratamento adequado.^{3,4}

CONCLUSÃO

Deve-se ficar sempre atento à criança que não está bem. Ganho de peso insuficiente pode significar muito mais que apenas aporte calórico ineficaz. Assim, uma investigação cuidadosa deve ser realizada para evitar a evolução para um quadro de desnutrição grave.

REFERÊNCIAS

1. Goulart EMA, Córrea EJ, Leão E, Xavier CC, Abrantes MM. Avaliação do crescimento. In: Leão E, Córrea EJ, Mota JAC, Viana MB. *Pediatria Ambulatorial*. 4a ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2005. p.134-56.
2. Moretti MP, Moretti M, Faraco M, Alice S, Brescovit S, Frota D, et al. Gastroenterite eosinofílica: um relato de caso. *Arq Catarinen Med*. 2006; 35:104-7.
3. Nguyen MT, Szpakowski JL. Eosinophilic gastroenteritis. *Medscape*. 2008. [Cited 2009 jun. 03] Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/174100-media>
4. Rothenberg ME. Eosinophilic gastrointestinal disorders. *J Allergy Clin Immunol*. 2004; 113:11-28.
5. Yan BM, Shaffer EA. Primary eosinophilic disorders of the gastrointestinal tract. *Gut*. 2009; 58:721-32.
6. Oh HE, Chetty R. Eosinophilic gastroenteritis: a review. *J Gastroenterol*. 2008; 43:741-50.
7. Gonçalves C, Silva F, Cotrim I. Esofagite eosinofílica. *GE - J Port Gastroenterol*. 2005; 12:172-6.