



**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG**  
**MEDICINA**

**DIAGNÓSTICO E MANEJO DA ESOFAGITE EOSINOFÍLICA: ATUALIZAÇÕES E  
DESAFIOS NA PRÁTICA CLÍNICA**

**Maria Eduarda Novais Prata**

**Manhuaçu / MG**

**2025**

**MARIA EDUARDA NOVAIS PRATA**

**DIAGNÓSTICO E MANEJO DA ESOFAGITE EOSINOFÍLICA: ATUALIZAÇÕES E  
DESAFIOS NA PRÁTICA CLÍNICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso Superior de Medicina do Centro Universitário UNIFACIG, como requisito parcial à obtenção de título de Bacharel.

Orientadora: Dra. Thays Carvalho Caldeira  
Coelho Porfirio

Manhuaçu / MG

2025

**MARIA EDUARDA NOVAIS PRATA**

**DIAGNÓSTICO E MANEJO DA ESOFAGITE EOSINOFÍLICA: ATUALIZAÇÕES E  
DESAFIOS NA PRÁTICA CLÍNICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso Superior de Medicina do Centro Universitário UNIFACIG, como requisito parcial à obtenção de título de Bacharel.

Orientadora: Dra. Thays Carvalho Caldeira Coelho Porfírio

Banca Examinadora:

Data da Aprovação: DD/MM/AAAA

---

Méd. Gastroenterologista Thays Carvalho Caldeira Coelho Porfírio – Centro Universitário UNIFACIG (Orientadora)

---

Enf. Especialista em Saúde Pública Rita de Cássia Pereira Medeiros Parreira – Centro Universitário UNIFACIG

---

Méd. Pediatra e Especialista em Preceptoría Médica Rafaela Assis Maas dos Anjos – Universidade Federal de Santa Catarina

## RESUMO

A esofagite eosinofílica tem se destacado nas últimas décadas como uma importante doença inflamatória crônica do esôfago, de origem imunomediada, cuja incidência cresce em diversos países, afetando tanto crianças quanto adultos. O aumento dos diagnósticos e a complexidade de sua abordagem clínica exigem constante atualização por parte dos profissionais de saúde. Diante disso, este estudo teve como objetivo analisar as atualizações sobre o diagnóstico e o manejo da doença, destacando os principais avanços, desafios e perspectivas terapêuticas voltadas à prática clínica. Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada entre julho e setembro de 2025, desenvolvida a partir de pesquisas nas bases PubMed, SciELO e Google Acadêmico. Foram utilizados descritores relacionados ao diagnóstico e tratamento da esofagite eosinofílica, selecionando-se nove artigos publicados entre 2015 e 2025 que atenderam aos critérios de inclusão. Após a leitura e análise integrativa, as informações foram sintetizadas e organizadas conforme os objetivos propostos. Os resultados evidenciaram que o diagnóstico da doença deve combinar avaliação clínica, endoscópica e histológica, sendo a biópsia do esôfago essencial para confirmação. As opções terapêuticas mais eficazes incluem o uso de inibidores da bomba de prótons, corticoides tópicos e dietas de eliminação alimentar. Apesar dos avanços, persistem desafios importantes, como o atraso no diagnóstico, a adesão às dietas restritivas e a ausência de biomarcadores não invasivos. Também se destaca a relevância da atuação multidisciplinar, envolvendo gastroenterologistas, alergistas, nutricionistas e psicólogos, a fim de garantir um manejo integral e humanizado. Conclui-se que o reconhecimento precoce e o tratamento individualizado são fundamentais para prevenir complicações e melhorar o prognóstico. A educação dos profissionais de saúde e o desenvolvimento de novas estratégias diagnósticas e terapêuticas representam caminhos essenciais para aprimorar a qualidade de vida dos pacientes e reduzir os impactos clínicos e psicossociais da doença.

**Palavras-chave:** *Eosinophilic Esophagitis Diagnosis and Management; Eosinophilic Esophagitis Treatment; Eosinophilic Esophagitis Clinical Approach.*

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>2. MATERIAIS E MÉTODOS</b>	<b>6</b>
<b>3. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>8</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>21</b>
<b>5. REFERÊNCIAS</b>	<b>22</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A esofagite eosinofílica (EoE) foi descrita pela primeira vez em 1978, e desde 1993, é reconhecida como uma doença, porém somente nos últimos 10 anos houve aumento de publicações sobre o tema (VEIGA *et al.*, 2017).

Sua prevalência vem crescendo principalmente em países ocidentalizados e áreas geográficas com maior desenvolvimento socioeconômico, e pode afetar indivíduos de todas as idades. É mais frequente em caucasianos, do sexo masculino, e está associada a outras doenças atópicas (VEIGA *et al.*, 2017).

A incidência e a prevalência da doença têm crescido rapidamente, possivelmente em decorrência da interação entre fatores ambientais e modificações genéticas e epigenéticas. Esse aumento supera a capacidade diagnóstica por meio de endoscopias e biópsias, resultando em uma sobrecarga substancial nos serviços de saúde. Sendo assim, uma condição que anteriormente era rara e de notificação compulsória tornou-se frequente em doenças gastrointestinais e alérgicas (DELLON *et al.*, 2025).

Trata-se de uma doença inflamatória crônica do esôfago, de origem imunomediada, definida pela presença de sintomas relacionados à disfunção esofágica — como disfagia, impactação alimentar e dor torácica não cardíaca —, além de um infiltrado eosinofílico predominante na mucosa esofágica (DELLON *et al.*, 2025).

Nos últimos anos, observou-se um progresso significativo tanto no diagnóstico quanto no manejo da EoE. Entre esses avanços, destacam-se a implementação de escores endoscópicos padronizados, como o EREFS, a valorização dos inibidores da bomba de prótons (IBP) como terapêutica anti-inflamatória eficaz em parte dos pacientes; e a consolidação do uso de corticoides tópicos orodispersíveis (TAKEDA, 2024; LUCENDO; MOLINA-INFANTE *et al.*, 2022).

A endoscopia desempenha papel essencial no processo diagnóstico e no acompanhamento da EoE. A coleta de amostras de biópsia da mucosa esofágica é indispensável para confirmar o diagnóstico e monitorar a resposta ao tratamento, enquanto a avaliação endoscópica da doença se baseia na análise visual associada ao escore EREFS (ACEVES *et al.*, 2022).

Apesar dos progressos no diagnóstico e manejo da EoE e aumento dos estudos no campo científico, ainda existem desafios relevantes na prática clínica.

Entre eles estão o atraso diagnóstico, que favorece a progressão para formas fibroestenóticas; a dificuldade em individualizar e escalonar terapias; a carência de corticóides tópicos orodispersíveis no Brasil, cuja manipulação ainda é de difícil acesso; e a necessidade de estratégias eficazes de manutenção a longo prazo (PAPADOPOULOU *et al.*, 2024).

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo geral atualizar, com base em evidências científicas, o diagnóstico e o manejo da esofagite eosinofílica (EEo) na prática clínica. Especificamente, busca descrever os critérios clínicos, endoscópicos e histopatológicos da doença, apresentar as principais opções terapêuticas disponíveis e discutir os desafios relacionados ao acompanhamento, tratamento e controle da patologia. A partir dessa análise, pretende-se contribuir para a ampliação do conhecimento científico sobre a EEo, ressaltando a importância de uma abordagem multidisciplinar e individualizada no cuidado aos pacientes. Considerando tratar-se de uma doença em ascensão, com relevantes implicações clínicas e impacto significativo na qualidade de vida, torna-se essencial a constante atualização dos profissionais de saúde.

## **2. MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada entre os meses de julho de 2025 e setembro de 2025 utilizando as obras disponíveis em artigos eletrônicos indexados nas bases de dados: PubMed (referências da base Medline), Scielo (Scientific Electronic Library Online) e Google Acadêmico. A estratégia de busca foi criada no portal PubMed e adaptada para as demais bases. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave relacionadas aos temas investigados: “eosinophilic esophagitis diagnosis AND management”; “eosinophilic esophagitis treatment”; “eosinophilic esophagitis clinical approach”. Os mesmos termos foram utilizados nas bases Scielo e Google Scholar, porém traduzidos para o português. As palavras-chave foram aplicadas para a obtenção de uma amostra representativa da literatura científica sobre o tema, garantindo a consistência e a abrangência da revisão.

Os critérios de inclusão utilizados para a seleção dos estudos foram: 1) estudos originais, revisões sistemáticas, “guidelines” e artigos de revisão; 2) publicados entre os anos de 2015 a 2025; 3) artigos que apresentam referência direta ao tema “Diagnóstico e Manejo da Esofagite Eosinofílica”, e que versam sobre

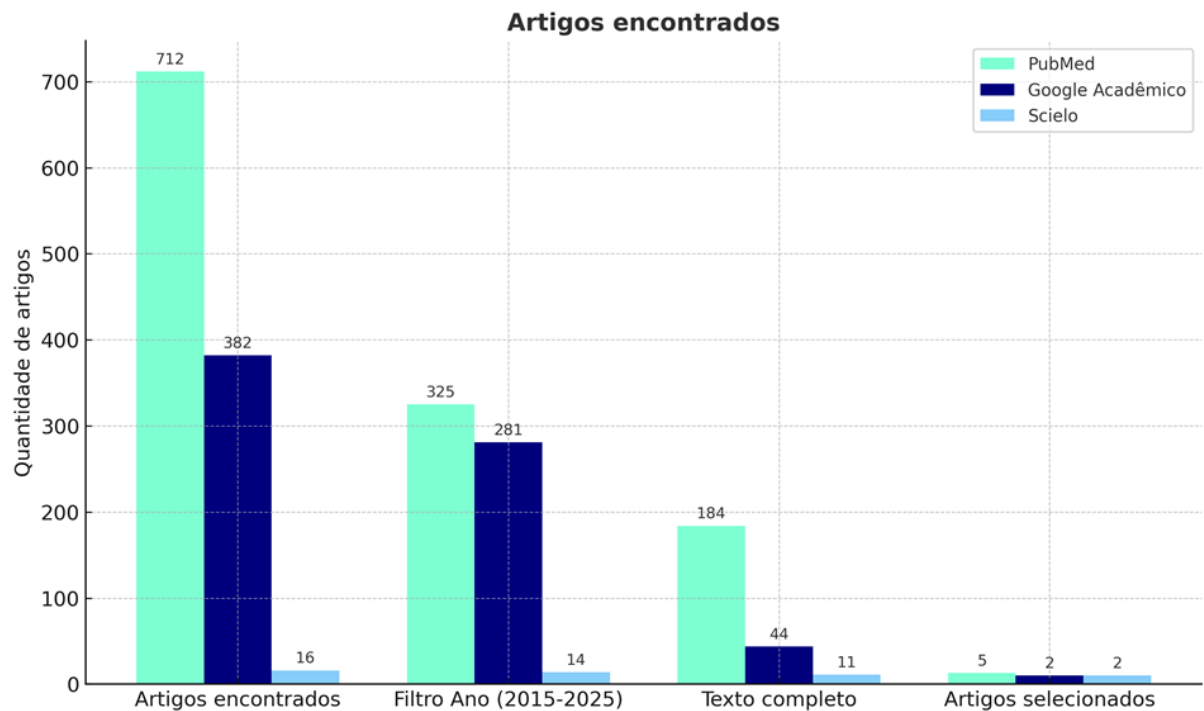
o cenário da prática clínica atual, bem como as atualizações recentes acerca do tratamento e abordagens endoscópicas; 4) trabalhos disponíveis em textos completos e 5) artigos disponibilizados em português, inglês e espanhol.

Os critérios de exclusão foram: artigos que não estavam liberados gratuitamente nas bases de dados, artigos que não se enquadram no recorte temporal estabelecido e que não atendessem ao objetivo do estudo, textos que não apresentaram o estudo completo e disponível. Foram identificados e excluídos. Ressalta-se que estudos coincidentes em duas ou mais fontes foram considerados apenas uma vez.

Na base de dados PubMed, foram encontrados 712 resultados. Após aplicados os filtros correspondentes aos critérios de inclusão, foram encontrados 184 artigos. Ao final da seleção, após leitura de título e resumo contou-se com cinco (05) fontes elegíveis. Na plataforma Google Scholar foram encontrados 382 artigos e após a aplicabilidade dos filtros, foram elencados 44 estudos, os quais foram para a seleção mais minuciosa, que contou com duas (02) revisões aptas para uso na revisão.

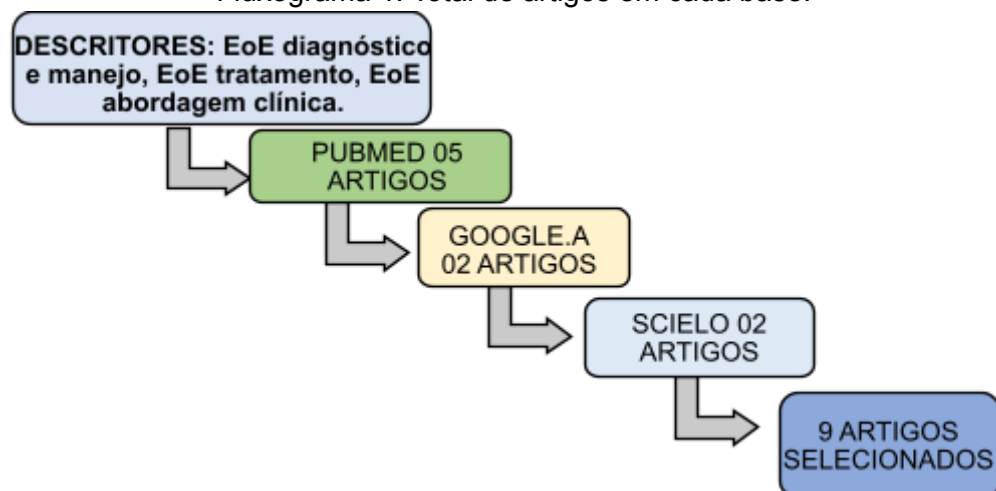
Por fim, na base de dados Scielo foram encontrados 16 artigos e após a aplicação dos filtros e os critérios de seleção duas (02) publicações foram selecionadas. Dessa forma, o presente estudo analisou um total de 09 artigos que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão previamente determinados na estratégia de busca para compor essa revisão. Os dados foram coletados, sintetizados e organizados a fim de que pudéssemos atingir o objetivo proposto em questão. Para maior clareza, segue no gráfico 1 e fluxograma 1 os detalhes mencionados dos critérios de seleção dos artigos e o total de artigos em casa base, respectivamente.

Gráfico 1. Fluxograma de arquivos encontrados nas bases e filtros aplicados.



Fonte: Autor do estudo, (2025).

Fluxograma 1. Total de artigos em cada base.



Fonte: Autor do estudo, (2025).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 Aspectos Epidemiológicos

A EoE tem distribuição global e acomete predominantemente homens (3:1), na faixa etária de 30 a 40 anos e, embora tenha sido observada em diferentes etnias, é mais prevalente em indivíduos caucasianos (DALL'AGNOL *et al.*, 2021).

A prevalência da EoE, conforme estudos realizados com base populacional adulta e pediátrica, varia de 10 a 57 casos para cada 100.000 indivíduos, e sua incidência é estimada em cerca de 10 novos casos por 100.000 pessoas ao ano. Pesquisas indicam um aumento na incidência da doença de 40% entre os anos de 2000 e 2003. Embora esse crescimento possa ser parcialmente atribuído aos avanços no conhecimento e métodos diagnósticos da EoE, essas razões não explicam completamente o quadro, já que o aumento observado na incidência ultrapassa o discreto crescimento das taxas de biópsias (DALL'AGNOL *et al.*, 2021).

A EoE apresenta associação consistente com condições atópicas, como asma, rinite alérgica, eczema e alergias alimentares. Indivíduos atópicos apresentam maior predisposição para desenvolver a patologia, visto que 40-80% dos pacientes apresentam história pessoal, e 60% história familiar de atopia (DALL'AGNOL *et al.*, 2021; ACEVES, 2014).

### **3.2 Fisiopatologia da Esofagite Eosinofílica**

A gênese da esofagite eosinofílica envolve uma complexa interação entre fatores genéticos e ambientais. O nascimento por cesariana, prematuridade, uso precoce de antibióticos, alergia alimentar, ausência de aleitamento materno e menor exposição a microrganismos têm sido apontados como fatores de risco para o desenvolvimento da doença, sugerindo um componente epigenético em sua origem. (VEIGA *et al.*, 2017).

Entre as alterações genéticas possíveis, destaca-se o polimorfismo no gene CCL26, responsável pela codificação da eotaxina-3, cuja expressão se encontra aumentada em indivíduos com EoE. A eotaxina-3 é uma molécula efetora para EoE e se relaciona à patogênese da doença apresentando níveis elevados em células epiteliais esofágicas e desempenhando papel fundamental na quimiotaxia de eosinófilos (VEIGA *et al.*, 2017).

A EoE inicia a partir da exposição a antígenos, que ao atravessarem o epitélio esofágico alterado, são apresentados às células T, iniciando o processo fisiopatológico da doença. As células T se diferenciam em Th2, que secretam citocinas como IL-4, IL-5 e IL-13, além de eotaxina-3 e anticorpos do tipo IgE, favorecendo a inflamação crônica por meio do aumento da permeabilidade epitelial e do recrutamento e ativação de eosinófilos (DALL'AGNOL *et al.*, 2021).

Na mucosa esofágica, observa-se alta expressão de IL-5, uma citocina que atua como um importante fator de crescimento eosinofílico, possivelmente mantendo a infiltração tecidual (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018).

A IL-13 desempenha um papel central na ativação da inflamação local e promove a regulação negativa de proteínas de adesão intercelular, como a desmogleína 1 (DSG1) e as filigranas, que estão significativamente reduzidas nas biópsias esofágicas de pacientes com EoE. A redução dessas moléculas aumenta a permeabilidade epitelial, favorecendo a apresentação de antígenos e o recrutamento de eosinófilos (VEIGA *et al.*, 2017).

A liberação de proteínas e mediadores eosinofílicos, como a proteína básica principal (MBP) e TGF- $\beta$ , favorece o dano tecidual, a desconstrução da matriz extracelular e a ativação da produção de colágeno, contribuindo para a fibrose e sintomas de dismotilidade (VEIGA *et al.*, 2017).

Os antígenos alimentares são indicados como desencadeadores da EoE. Estudos indicam que a remoção completa desses antígenos resulta na resolução dos sintomas e na normalização da eosinofilia esofágica. O leite é o alérgeno mais frequentemente associado à doença, afetando cerca de 2/3 dos pacientes, seguido por ovo e trigo em 1/4 dos pacientes. Alimentos como peixe, nozes e mariscos são raramente implicados. Cerca de 30 a 50% dos pacientes apresentam um único alimento causando a doença, 30% têm dois e os 30% restantes apresentam três ou mais alimentos associados ao desenvolvimento da EoE (SPERGEL *et al.*, 2018).

### **3.3 Manifestações clínicas**

As manifestações clínicas da EoE variam conforme a idade do paciente. Em adultos, os sintomas predominantes são disfagia, sensação de impacto alimentar e pirose. Em lactentes e pré-escolares, a doença apresenta sinais inespecíficos, como vômitos, náuseas, dor abdominal, recusa alimentar, engasgos, dificuldade na introdução de alimentos sólidos e baixo peso ponderal. Já em escolares e adolescentes, os sintomas tornam-se mais específicos e se assemelham aos observados em adultos, incluindo disfagia, impactação alimentar, dor abdominal e vômitos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018; DALL'AGNOL, *et al.*, 2021).

A EoE apresenta uma variedade de sintomas em crianças, que diferem conforme a idade. Em um estudo multicêntrico de 705 pacientes com idades entre 6

meses e 65 anos, observou-se que sintomas como dor abdominal e vômitos foram mais frequentes em crianças, enquanto pirose, dor no peito, disfagia e impação alimentar ocorreram com pouca frequência na infância e aumentaram com o avanço da idade (DHAR *et al.*, 2022).

A impação alimentar é uma apresentação comum da eosinofilia esofágica. Um estudo retrospectivo com 546 pacientes com obstrução do bolo alimentar evidenciou que 46% dos indivíduos biopsiados apresentaram alterações histológicas compatíveis com EoE (DHAR *et al.*, 2022).

Todos os sintomas da EoE são inespecíficos e possuem um amplo espectro de diagnósticos diferenciais. Entretanto, sintomas de disfagia devem ser considerados, pois os pacientes podem usar comportamentos de evitação e modificação de alimentos para minimizar esses sintomas por longos períodos, levando a atrasos no diagnóstico. Em crianças, a disfagia pode se manifestar de forma indireta, por meio de recusa alimentar, demora para concluir as refeições e regurgitação, sinais que muitas vezes são difíceis de reconhecer em razão da idade ou do desenvolvimento infantil. Outros sintomas sutis relacionados à EoE incluem dor torácica associada à alimentação e regurgitação imediata do alimento ingerido (DELLON *et al.*, 2025).

A disfagia é um sintoma frequente entre pacientes com EoE. Em uma série prospectiva de 400 pacientes submetidos à endoscopia por sintomas esofágicos, 7,3% apresentaram evidências histológicas de EoE. A doença foi mais prevalente em homens, indivíduos com menos de 50 anos, asmáticos e pacientes com disfagia e impação alimentar. Sintomas de refluxo e dor torácica são menos comuns, mas podem ser os relatos de apresentação em alguns pacientes. Em outro estudo retrospectivo de 353 pacientes com sintomas de refluxo relatou que 7,7% dos biopsiados na endoscopia tinham EoE. E uma revisão retrospectiva de pacientes submetidos a endoscopia por dor torácica não cardíaca relatou que 6% tinham EoE (DHAR *et al.*, 2022).

É importante lembrar que alguns pacientes podem ser assintomáticos (HIRANO I e ACEVES SS, 2014). Na maioria das vezes, o exame físico apresenta-se normal, exceto em casos com manifestações atópicas associadas, como a eosinofilia periférica. Outro ponto relevante é que pacientes com sintomas resistentes a tratamentos médicos ou cirúrgicos para doença do refluxo

gastroesofágico (DRGE) devem ser avaliados quanto à possibilidade de EoE (CHEHADE, 2016).

### 3.4 Diagnóstico da EEO

Embora a abordagem diagnóstica da EoE tenha evoluído desde as primeiras diretrizes, a definição conceitual da doença permanece a mesma: uma condição clínico patológica de origem alérgica ou imunomediada, caracterizada clinicamente por sintomas de disfunção esofágica e histopatologicamente por um infiltrado eosinofílico esofágico acentuado. O diagnóstico deve ser estabelecido com base na presença de sintomas de disfunção esofágica e na identificação de pelo menos 15 eosinófilos por campo de alta potência (eos/hpf) na biópsia esofágica (DELLON *et al.*, 2025). Para o diagnóstico de EoE, deve-se excluir distúrbios esofágicos associados a eosinofilia, como, doença celíaca, DRGE, doença de Crohn, acalasia, gastroenterite eosinofílica, distúrbios do tecido conjuntivo, infecções esofágicas e pênfigo (LUCENDO, 2017; DELLON, 2018).

Os achados histológicos presentes na maioria dos pacientes com EoE, embora não sejam patognomônicos e exclusivos da doença, incluem densidade igual ou superior a 15 eosinófilos intra epiteliais por campo de grande aumento (CGA), distribuição difusa de eosinófilos no epitélio, formação de microabscessos eosinofílicos, hiperplasia da membrana basal, degranulação de eosinófilos e fibrose da lâmina própria. Para aumentar a acurácia diagnóstica, recomenda-se a coleta de diferentes segmentos do esôfago — proximal, médio e distal. Além disso, é indicado realizar biópsias do estômago e duodeno durante a primeira endoscopia em todas as crianças e em adultos que apresentam alterações endoscópicas ou sintomas gastrointestinais, para afastar doença eosinofílica gastroduodenal (DALL'AGNOL *et al.*, 2021).

A avaliação endoscópica desempenha um papel fundamental no diagnóstico da EoE. Os achados típicos incluem edema com redução da vascularização, anéis esofágicos fixos, exsudatos esbranquiçados, sulcos longitudinais, estenoses, estreitamento do lúmen, fragilidade da mucosa ("mucosa em papel crepom") e rigidez tecidual observada durante a biópsia ("sinal de puxão") em pacientes com fibrose. Embora esses achados não sejam patognomônicos, a presença de um ou

mais deles é extremamente comum e levanta fortemente a suspeita de EoE (DELLON *et al*, 2025).

Um ponto central na endoscopia é a avaliação sistemática dos achados por meio do EREFS (*Endoscopic Reference Score*), conforme recomendado pelas diretrizes recentes da Sociedade Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE). O EREFS classifica especificamente 5 características principais da esofagite eosinofílica, incluindo edema, anéis, exsudatos, sulcos e estenoses. Essas características são atribuídas a escores de gravidade que variam de 0 a 9, de acordo com a região mais acometida do esôfago. Dessa forma o uso do EREFS é fortemente indicado para padronizar e descrever de forma objetiva as alterações endoscópicas observadas na EoE (DELLON *et al.*, 2025).

A EoE é uma patologia histologicamente irregular e com variabilidade acentuada na distribuição da infiltração eosinofílica da mucosa. Estudos anteriores demonstraram que, com 6 ou mais biópsias, a sensibilidade diagnóstica se aproxima de 100%. Além disso, coletar amostras em regiões com alterações endoscópicas evidentes, como sulcos ou exsudatos, em vez de áreas com aparência normal, aumenta substancialmente a precisão diagnóstica (DELLON *et al.*, 2025).

A análise da literatura evidencia que o reconhecimento precoce da EoE ainda constitui um desafio clínico relevante, uma vez que muitos pacientes enfrentam longos intervalos entre o início dos sintomas e a confirmação do diagnóstico, o que pode variar de meses a anos (ARIAS *et al.*, 2020). Esse atraso está relacionado principalmente à sobreposição de manifestações clínicas com outras condições esofágicas, como doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), acalasia e esofagite infecciosa (LUCENDO; MOLINA-INFANTE, 2017).

Em pacientes que apresentam disfagia, é indicada a realização de biópsia esofágica para confirmar ou excluir o diagnóstico de esofagite eosinofílica, mesmo que a endoscopia demonstre aspecto esofágico normal. A ausência de achados endoscópicos clássicos, como anéis, sulcos longitudinais ou exsudatos não descarta a presença da doença, podendo resultar em falsos negativos caso a biópsia não seja feita de forma sistemática. Essa necessidade reforça que a EoE pode estar presente mesmo em exames endoscópicos aparentemente normais, o que evidencia a importância de uma investigação histológica criteriosa em pacientes com sintomas sugestivos (LUCENDO; MOLINA-INFANTE, 2017).

A correta avaliação dos diagnósticos diferenciais, associada a métodos complementares, é indispensável para assegurar um diagnóstico preciso e evitar tratamentos inadequados. Dessa forma, o diagnóstico diferencial da EoE constitui uma etapa essencial na prática clínica, uma vez que várias condições podem manifestar sintomas semelhantes, tornando sua distinção desafiadora. Entre elas, destaca-se a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), visto que os pacientes podem relatar pirose, disfagia e dor retroesternal, sintomas também comuns na EoE. Contudo, na DRGE, a inflamação esofágica está associada à exposição patológica ao ácido gástrico, o que pode ser confirmado por pHmetria esofágica e resposta favorável ao tratamento com inibidores de bomba de prótons (MOLINA-INFANTE; LUCENDO, 2015).

A acalasia também deve ser considerada no diagnóstico diferencial, sendo um distúrbio motor definido pela falha do relaxamento do esfíncter esofágico inferior e pela ausência de peristaltismo efetivo. Embora a disfagia seja manifestação clínica comum às duas enfermidades, a manometria esofágica de alta resolução representa o exame de escolha para a confirmação diagnóstica da acalasia e a exclusão da possibilidade de esofagite eosinofílica (PATEL; YADLAPATI; VELA, 2021).

### **3.5 Tratamento e manejo**

As três principais opções terapêuticas para EoE, que visam a eliminação do estímulo alergênico, obtenção de controle sintomático e remissão da atividade da doença, são dieta alimentar, fármacos e dilatação endoscópica (DALL'AGNOL *et al.*, 2021).

Dentre as opções farmacológicas estão os corticoides tópicos, que devem ser administrados por meio de inaladores pressurizados e deglutidos após a aplicação, visando a deposição do fármaco na mucosa esofágica. De acordo com diretrizes clínicas atualizadas, a fluticasona permanece como uma das principais opções farmacológicas para o tratamento da esofagite eosinofílica (EoE), sendo recomendada tanto em adultos quanto em crianças. A dose indicada para adultos é de aproximadamente 1760 mg por dia, dividida em duas aplicações, enquanto para crianças a dosagem varia entre 110 e 880 mg diários, ajustada conforme idade, altura e peso corporal. Estudos apontam que a fluticasona apresenta excelente eficácia na redução dos eosinófilos esofágicos e melhora clínica dos sintomas de

disfagia, sendo geralmente bem tolerada (DALL'AGNOL *et al.*, 2021; DELLON *et al.*, 2025).

Além disso, a budesonida também se destaca como um dos corticosteroides tópicos utilizados no tratamento da esofagite eosinofílica, apresentando eficácia comprovada tanto em adultos quanto em crianças. As formulações atualmente recomendadas incluem a suspensão oral de budesonida (BOS) e o comprimido orodispersível de budesonida (BOT). A dose aprovada para a BOS é 2mg duas vezes ao dia, enquanto o BOT é administrado em 1mg duas vezes ao dia, ambos por um período inicial de 12 semanas para indução de remissão (DELLON *et al.*, 2025).

O uso dos IBPs na esofagite eosinofílica vai além de seu efeito antissecretor, uma vez que esses medicamentos demonstram propriedades anti-inflamatórias adicionais, incluindo a redução da expressão de eotaxina-3, melhora da integridade da barreira epitelial e restauração da homeostase transcricional do epitélio esofágico. Sendo considerada como terapia de primeira linha, tanto pela eficácia quanto pelo perfil de segurança favorável. Ensaios clínicos mostraram que o tratamento com IBPs pode promover remissão histológica em cerca de 50% dos pacientes, com melhores taxas observadas quando administrados em dose dupla em relação à usada para doença do refluxo gastroesofágico, geralmente 20 a 40 mg de omeprazol (ou equivalente) duas vezes ao dia. Em pediatria, a dose recomendada é de 1mg/kg duas vezes ao dia (DELLON *et al.*, 2025)

O dupilumabe é um anticorpo monoclonal que bloqueia os receptores da IL-4 e IL-13, citocinas centrais na cascata inflamatória do tipo 2. O medicamento, que é administrado por injeção subcutânea, é indicado para o tratamento da esofagite eosinofílica em pacientes com idade igual ou superior a 1 ano e com peso mínimo de 15 kg, incluindo adultos, adolescentes e crianças (DELLON *et al.*, 2025).

Segundo o Guideline do Colégio Americano de Gastroenterologia, o dupilumabe demonstrou eficácia significativa em ensaios clínicos randomizados, promovendo remissão histológica em cerca de 60% dos pacientes após 24 semanas de tratamento, além de melhora sintomática (redução da disfagia) e endoscópica, tanto em adultos quanto em crianças. Em adultos e adolescentes, a dose recomendada é de 300 mg por via subcutânea semanalmente e em crianças de 1 a 11 anos, a dose é ajustada conforme o peso e administrada a cada duas semanas. O dupilumabe é recomendado especialmente para pacientes com EEO moderada a

grave que são refratários a inibidores de bomba de prótons e/ou corticosteroides tópicos, incluindo aqueles com intolerância ou contraindicação a esses tratamentos. O perfil de segurança é considerado favorável, com os eventos adversos mais comuns sendo reações no local da injeção e dor (DELLON *et al.*, 2025).

Estudos evidenciam que os alimentos constituem os principais desencadeadores da esofagite eosinofílica. As dietas de eliminação elementar (FEDs) têm se mostrado eficazes na obtenção de remissão completa da doença, com taxas superiores a 90% em pacientes submetidos à dieta elementar, em comparação às dietas empíricas ou guiadas por testes alérgicos. Apesar de sua eficácia, essas dietas apresentam desafios significativos e não estão isentas de riscos. Indivíduos em tratamento dietético podem desenvolver deficiências nutricionais, transtornos alimentares, redução da qualidade de vida e altos impactos psicológicos. Assim, antes de prescrever uma FED, gastroenterologistas devem avaliar o perfil clínico do paciente, esclarecendo benefícios e limitações da abordagem e definindo o plano alimentar de forma individualizada. Ademais, é imprescindível o acompanhamento rigoroso com endoscopia digestiva alta para avaliar a remissão de 6 a 12 semanas após o início da dieta e a cada reintrodução alimentar (VOTTO *et al.*, 2022).

Entre as terapias dietéticas empíricas utilizadas no manejo da EoE, a dieta de eliminação de 6 alimentos (6FED) foi a mais bem estudada. Essa abordagem propõe a remoção empírica dos principais alérgenos alimentares, incluindo leite de origem animal, trigo, soja, ovo, nozes/amendoim e peixe/marisco. Inicialmente estudada em uma população de pacientes pediátricos, a 6FED demonstrou melhora clínica e histológica significativa, com maior adesão, menor custo e melhor aceitação em comparação à dieta elementar. A 6FED também demonstrou ser eficaz em adultos. Em um estudo prospectivo com 50 pacientes, cerca de 70% alcançaram remissão histológica, enquanto 94% apresentaram melhora sintomática (DELLON *et al.*, 2025).

Apesar de ser menos restritiva que a dieta elementar, a 6FED ainda impõe desafios consideráveis, pois exige a eliminação simultânea de múltiplos grupos alimentares e requer endoscopias repetidas para identificar o(s) alimento(s) desencadeador(es). Essas limitações estimularam o desenvolvimento de protocolos menos restritivos, baseados em uma abordagem progressiva ou incremental. Um estudo multicêntrico avaliou esse modelo gradual, iniciando com a dieta de

eliminação de dois alimentos (2FED) — excluindo laticínios e trigo —, que resultou em remissão histológica em 43% dos participantes. Pacientes sem resposta seguiram para a 4FED (excluindo laticínios, trigo, ovo e soja) e, se não responderam à 4FED, passaram para uma 6FED com respostas histológicas semelhantes aos resultados anteriores. Embora alguns pacientes tenham optado por não avançar para o próximo passo na restrição alimentar, essa estratégia foi mais eficiente, reduzindo o número de endoscopias e o tempo de identificação dos gatilhos em 20% (VOTTO *et al.*, 2022; DELLON *et al.*, 2025).

A abordagem dietética gradual tem como objetivo identificar de forma mais rápida os alimentos desencadeadores da esofagite eosinofílica, evitando restrições alimentares desnecessárias. Essa estratégia é geralmente preferida em crianças e adolescentes que apresentam sintomas gastrointestinais leves a moderados, dieta rica em leite e trigo, e alterações no crescimento ou no índice de massa corporal (VOTTO *et al.*, 2022).

Por outro lado, a FED também pode ser conduzida por meio de uma abordagem inversa ou de cima para baixo, que consiste na retirada simultânea dos seis principais grupos alimentares associados à EoE. Se a remissão da doença for alcançada (<15 eos/HPF), os alimentos excluídos são reintroduzidos de forma sequencial, com avaliações clínicas e endoscópicas após cada reintrodução, permitindo a identificação dos verdadeiros gatilhos alimentares. No entanto, essa abordagem é limitada por vários procedimentos endoscópicos (pelo menos seis), restrições alimentares rigorosas e potenciais deficiências nutricionais que podem prejudicar a adesão do paciente (VOTTO *et al.*, 2022).

A dieta elementar consiste na remoção de todos os alimentos. Assim, os pacientes são alimentados exclusivamente com uma fórmula à base de aminoácidos por pelo menos 6 semanas. A dieta elementar é o tratamento mais eficaz para a EoE, promovendo remissão completa em crianças e adultos. Apesar de sua alta eficácia e potencial para induzir rápida remissão em até duas semanas, seu uso é limitado devido à baixa palatabilidade, natureza restritiva, alto custo e impacto psicossocial. Por essas razões, a dieta elementar é geralmente indicada como terapia de resgate ou solução temporária em casos graves ou refratários (VOTTO *et al.*, 2022).

As dietas de eliminação direcionadas por testes de alergia têm tido uma alternativa teoricamente atraente à eliminação empírica e à fórmula elementar;

contudo, sua eficácia é limitada, pois a esofagite eosinofílica não é mediada por IgE, logo, testes como punção cutânea, adesivo ou imunoglobulina sérica não são confiáveis para identificar gatilhos alimentares. Estudos demonstram baixa sensibilidade desses métodos, e falha em promover remissão clínica ou histológica em cerca de 67% dos pacientes adultos com EoE. Portanto, dada a imprecisão desses testes e suas menores taxas de resposta em relação às dietas empíricas, dietas baseadas em testes de alergia não são atualmente recomendadas, e painéis alimentares de IgE ou IgG séricos não devem ser solicitados (DELLON *et al.*, 2025).

A dilatação endoscópica com velas ou balões é uma técnica amplamente utilizada no manejo das estenoses esofágicas e considerada segura também para pacientes com esofagite eosinofílica. No entanto, o procedimento exige cautela devido à inflamação e à fragilidade da mucosa esofágica — frequentemente descrita como “mucosa em papel crepom”. Inicialmente o risco de lacerações extensas ou de perfuração parecia ser maior que em outras condições, mas publicações recentes evidenciaram risco menor do que 1%. O fenótipo fibroestenótico da EoE, responsável pelas estenoses, é mais prevalente em adultos do que em crianças (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018).

O uso da dilatação endoscópica é indicado como tratamento adjuvante à terapia medicamentosa para pacientes que apresentam disfagia decorrente de estenoses esofágicas. Essas alterações estruturais geralmente representam um processo fibrótico e transmural, podendo ser observadas constrições focais do esôfago, bem como estreitamento mais difuso e longitudinal. Estudos utilizando ultrassonografia endoscópica evidenciaram espessamento da mucosa esofágica, submucosa e muscular própria, sugerindo que o aumento da parede esofágica está relacionado tanto à inflamação quanto à fibrose (DELLON *et al.*, 2025).

Embora a dilatação esofágica tenha sido relatada como monoterapia em casos refratários, esta não é a abordagem preferencial. Isso ocorre porque a dilatação alivia os sintomas de disfagia e melhora o calibre esofágico, mas não interfere na atividade ou na fisiopatologia da doença. Portanto, recomenda-se associar o procedimento à terapia anti-inflamatória, visto que a resposta histológica reduz a necessidade de dilatação esofágica (DELLON *et al.*, 2025).

É importante ressaltar que a identificação das estenoses pode ser desafiadora durante a endoscopia, sendo mais evidente quando o estreitamento impede ou dificulta a passagem do endoscópio (DELLON *et al.*, 2025).

Para uma avaliação mais precisa do diâmetro esofágico, podem ser utilizadas técnicas complementares, como a planimetria de impedância com o dispositivo EndoFLIP. Esse instrumento permite medir a complacência da parede do esôfago e identificar áreas de rigidez associadas a estenoses discretas, que muitas vezes passam despercebidas na endoscopia. Em casos de esofagite eosinofílica com estenose (EEoE), o EndoFLIP tem se mostrado mais sensível que o exame endoscópico na detecção dessas alterações. Contudo, essa técnica ainda não é amplamente utilizada na prática clínica e não está disponível no Brasil. Assim, quando há suspeita de estreitamento esofágico, faz-se necessário a realização de esofagograma baritado (DELLON *et al.*, 2025).

A complexidade e a heterogeneidade clínica da esofagite eosinofílica implicam em uma abordagem multidisciplinar para o manejo eficaz. O acompanhamento ideal envolve a atuação integrada de gastroenterologistas, alergistas, nutricionistas, pediatras e psicólogos, garantindo atenção contínua desde a infância até a fase adulta. Essa integração possibilita diagnóstico preciso, controle adequado da inflamação e prevenção de complicações, além de favorecer a adesão ao tratamento e a melhora da qualidade de vida. Os alergistas desempenham papel essencial na identificação de comorbidades atópicas e na prevenção de reações mediadas por IgE durante a reintrodução alimentar. O monitoramento clínico e endoscópico periódico é indispensável para avaliar a resposta terapêutica e os efeitos a longo prazo. Estudos reforçam que a ausência de uma equipe coordenada pode resultar em falhas no controle da doença e recorrência dos sintomas, ressaltando a importância de um cuidado contínuo e individualizado (LIACOURAS *et al.*, 2011; DELLON *et al.*, 2018; HIRANO *et al.*, 2020).

O manejo multidisciplinar, uma abordagem personalizada e educação proativa sobre a importância dos tratamentos e acompanhamento endoscópico regular podem ser as chaves para uma estratégia terapêutica mais bem-sucedida (VOTTO *et al.*, 2022).

### **3.6 Seguimento e Monitoramento**

O monitoramento e a avaliação da resposta em pacientes com EoE tem como objetivo determinar se houve melhora clínica do quadro apresentado. Por se tratar de uma condição crônica, que tende a recidivar após a interrupção do tratamento e pode apresentar perda de eficácia terapêutica ao longo do tempo, é indispensável o

acompanhamento contínuo. Na prática clínica, recomenda-se uma análise integrada dos aspectos clínicos, endoscópicos e histológicos, a fim de obter uma visão abrangente da atividade da doença e da resposta ao tratamento (DELLON *et al.*, 2025).

Um conjunto recente de declarações de consenso de um grupo de clínicos e pesquisadores nos Estados Unidos e na Europa apresentou diretrizes para o monitoramento da EoE. Embora os PROs (*Patient-Reported Outcomes*) não sejam amplamente aplicados na prática clínica, recomenda-se uma avaliação detalhada dos sintomas durante a consulta, com ênfase em disfagia, disfunção alimentar e comportamentos de adaptação (IMPACT). No exame endoscópico, sugere-se o uso do EREFS para classificar a gravidade da doença, permitindo comparar os achados antes e após o tratamento. A normalização completa do esôfago corresponde a EREFS 0, mas um limiar de resposta endoscópica de EREFS  $\leq 2$  foi proposto e avaliado. Do ponto de vista histológico, uma contagem de eosinófilos de  $< 15$  eos/hpf é uma meta razoável para a maioria dos pacientes, portanto, biópsias esofágicas devem ser realizadas em cada endoscopia em que a EoE estiver sendo avaliada. Em todas as avaliações, deve-se considerar a condição inicial do paciente e sua evolução após o tratamento. Baseado na doença inflamatória intestinal, o conceito de “remissão profunda” foi introduzido na esofagite eosinofílica e é definido como uma resposta completa em todos os domínios — resolução dos sintomas, remissão endoscópica e remissão histológica (DELLON *et al.*, 2025).

A recomendação é realizar uma endoscopia para avaliar a resposta ao tratamento em 8 a 12 semanas após o início de uma nova terapia. Durante o exame, é possível avaliar os sintomas do paciente, registrar achados endoscópicos por meio do EREFS e coletar biópsias para análise histológica. As etapas seguintes do manejo dependem da ocorrência de complicações clínicas, como impactação alimentar, perfuração, estenoses com necessidade de dilatação ou quadro de desnutrição (DELLON *et al.*, 2025).

Em pacientes com EoE em remissão, deve ser realizado monitoramento contínuo dos sintomas. Estudos demonstram que os sinais clínicos e a inflamação tendem a recorrer após a suspensão de terapias médicas ou dietéticas bem-sucedidas. Sendo assim, a EoE exige uma abordagem de tratamento a longo prazo, incluindo manutenção do tratamento após a remissão, bem como consultas

regulares para monitorar efeitos adversos da doença, possíveis complicações ou efeitos colaterais do tratamento instituído (ACEVES *et al.*, 2022).

A esofagite eosinofílica apresenta um caráter crônico e recidivante, com padrão de atividade variável e individualizado para cada paciente. Embora não afete a expectativa de vida, a condição apresenta impacto sintomático significativo. Estudos indicam que 97% dos pacientes apresentam persistência dos sintomas da doença, como a disfagia (DALL'AGNOL *et al.*, 2021).

A suspensão da exposição a alérgenos alimentares específicos, com ou sem o uso concomitante de terapia anti-inflamatória ou IBP, tende a reverter os sintomas clínicos, as alterações anatomopatológicas e a expressão gênica associada à EoE. No entanto, o tratamento a longo prazo é essencial para prevenção da recorrência. Portanto, os pacientes devem permanecer em acompanhamento contínuo, e, em caso de recorrência dos sintomas ou da eosinofilia esofágica, a terapia deve ser iniciada ou mantida por período prolongado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018).

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esta revisão permitiu sintetizar os princípios centrais do diagnóstico e manejo da esofagite eosinofílica, evidenciando-a como uma condição inflamatória crônica e imunomediada do esôfago, caracterizada por sintomas de disfunção esofágica associados a um infiltrado eosinofílico significativo. Os achados da literatura destacam a importância da avaliação endoscópica padronizada, com múltiplas biópsias e utilização do escore EREFS, bem como a eficácia de terapias como os inibidores da bomba de prótons, os corticoides tópicos e as dietas de eliminação. Apesar de tais recursos mostrarem resultados promissores, a manutenção da remissão clínica e histológica ainda representa um desafio, especialmente diante da heterogeneidade da doença e das dificuldades de adesão ao tratamento em longo prazo.

No contexto da prática clínica, torna-se evidente a necessidade de manter alta suspeição diagnóstica, sobretudo em pacientes com disfagia recorrente, impactação alimentar ou sintomas atípicos. O reconhecimento precoce da doença é fundamental para prevenir complicações estruturais, como a progressão para formas fibro-estenóticas. Além disso, a escolha terapêutica deve ser individualizada, levando em consideração características clínicas, comorbidades atópicas,

preferências do paciente e possíveis repercussões nutricionais e psicossociais. A atuação multidisciplinar, envolvendo gastroenterologistas, alergistas, nutricionistas e psicólogos, configura-se como essencial para assegurar um cuidado integral e eficaz, favorecendo a qualidade de vida do paciente.

Embora os avanços recentes tenham sido significativos, ainda existem lacunas importantes nas pesquisas sobre a esofagite eosinofílica (EoE). Há necessidade de estudos comparativos que avaliem a eficácia dos tratamentos de primeira linha, bem como de investigações que identifiquem preditores de resposta terapêutica, permitindo uma abordagem mais personalizada. Também são necessários estudos voltados para a caracterização de fenótipos e endótipos associados à fibrose estenose, o aprimoramento de métodos não invasivos de monitoramento da doença e o desenvolvimento de estratégias para identificar gatilhos alimentares. Com a introdução do índice I-SEE, torna-se essencial alinhar a gravidade da doença com os paradigmas de tratamento e monitoramento.

Além disso, educação é fundamental para reduzir o atraso no diagnóstico e auxiliar os profissionais de saúde na otimização de protocolos clínicos e terapêuticos. A criação de indicadores de qualidade que favoreçam diagnósticos mais precoces e um manejo mais eficaz também se mostra imprescindível. Por fim, é indispensável aprofundar as pesquisas sobre os impactos nutricionais e psicológicos das dietas restritivas, uma vez que, embora eficazes, essas intervenções podem afetar negativamente a adesão ao tratamento e o bem-estar dos pacientes.

Em síntese, os resultados desta revisão reforçam que o diagnóstico precoce, a padronização de condutas e a abordagem multidisciplinar são pilares fundamentais para o manejo adequado da esofagite eosinofílica. Concomitante a isso, o incentivo à pesquisa científica é essencial para superar os atuais desafios e possibilitar a construção de estratégias mais eficazes, seguras e sustentáveis para o cuidado dos pacientes afetados por esta condição.

## 5. REFERÊNCIAS

ACEVES, S. S.; *et al.* Endoscopic approach to eosinophilic esophagitis: American Society for Gastrointestinal Endoscopy Consensus Conference. **Gastrointestinal Endoscopy**, v. 96, n. 4, p. 576-592, 2022. doi:10.1016/j.gie.2022.05.013.

ACEVES, S. S. Remodeling and fibrosis in chronic eosinophil inflammation. **Digestive Diseases**, v. 32, n. 1-2, p. 15-21, 2014.

ARIAS, Ángel *et al.* Systematic review with meta-analysis: the incidence and prevalence of eosinophilic oesophagitis in children and adults in population-based studies. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, v. 52, n. 6, p. 957-969, 2020.

CHEHADE, Mirna. Esofagite eosinofílica: quando suspeitar e como diagnosticá-la em crianças e adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 395-396, 2016.

DALL'AGNOL, Letícia; SOUZA, Phelipe dos Santos; BERNHARDT, Claudia; FERRARI, Fango. Esofagite eosinofílica: uma revisão narrativa. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia**, Itajaí, v. 5, n. 2, p. 135–141, 2021.

DELLON, E. S. *et al.* ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Eosinophilic Esophagitis. **American Journal of Gastroenterology**, v. 120, n. 1, p. 31-59, 2025.

DELLON, Evan S. *et al.* Updated international consensus diagnostic criteria for eosinophilic esophagitis: proceedings of the AGREE conference. **Gastroenterology**, v. 155, n. 4, p. 1022-1033. e10, 2018.

DHAR, Anjan *et al.* British Society of Gastroenterology (BSG) and British Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (BSPGHAN) joint consensus guidelines on the diagnosis and management of eosinophilic oesophagitis in children and adults. **Gut**, v. 71, n. 8, p. 1459-1487, 2022.

HIRANO, Ikuo; ACEVES, Seema S. Clinical implications and pathogenesis of esophageal remodeling in eosinophilic esophagitis. **Gastroenterology Clinics of North America**, v. 43, n. 2, p. 297-316, jun. 2014.

HIRANO, Ikuo *et al.* AGA Institute and the Joint Task Force on Allergy-Immunology Practice Parameters: clinical guidelines for the management of eosinophilic esophagitis. **Gastroenterology**, v. 158, n. 6, p. 1776–1786, 2020.

LIACOURAS, Chris A. *et al.* Eosinophilic esophagitis: updated consensus recommendations for children and adults. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 128, n. 1, p. 3–20.e6, 2011.

LUCENDO, A. J.; MOLINA-INFANTE, J.; *et al.* Current treatment options and long-term outcomes in patients with eosinophilic esophagitis. **Expert Review of Clinical Immunology**, Is. IJ, 2022

LUCENDO, Alfredo J.; MOLINA-INFANTE, Javier. Eosinophilic esophagitis: current evidence-based diagnosis and treatment in children and adults. **Expert Review of Gastroenterology & Hepatology**, v. 11, n. 2, p. 83-95, 2017.

MOLINA-INFANTE, J.; LUCENDO, A. J. Dietary therapy for eosinophilic esophagitis: evidence and controversies. **Journal of Allergy and Clinical Immunology in Practice**, v. 3, n. 6, p. 891-896, 2015.

PAPADOPOULOU, Alexandra *et al.* Joint ESPGHAN/NASPGHAN guidelines on childhood eosinophilic gastrointestinal disorders beyond eosinophilic esophagitis. **Journal of pediatric gastroenterology and nutrition**, v. 78, n. 1, p. 122-152, 2024.

PATEL, D. A.; YADLAPATI, R.; VELA, M. F. Acalasia: diagnosis and management. **BMJ**, v. 372, n. m3492, p. 1-9, 2021.

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA.** Departamento Científico de Gastroenterologia. Esofagite eosinofílica. Projeto Diretrizes. São Paulo: SBP, 2018. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/20035g-GPA - Esofagite Eosinofílica \\_final-marco.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20035g-GPA - Esofagite Eosinofílica _final-marco.pdf). Acesso em 19/09/25.

SPERGEL, Jonathan M.; ACEVES, Seema S. Componentes alérgicos da esofagite eosinofílica. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, Filadélfia, v. 142, n. 1, p. 1–8, jul. 2018.

**TAKEDA.** FDA approves EOHILIA™ (budesonide oral suspension) for eosinophilic esophagitis. Cambridge, 2024. Disponível em: <https://www.takeda.com/newsroom/newsreleases/2024/fda-approves-ehilia/>. Acesso em: 22 set. 2025.

VEIGA, Fernanda Marcelino da Silva *et al.* Esofagite eosinofílica: um conceito em evolução?. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia**, v. 1, n. 4, p. 363-372, 2017.

VOTTO, M *et al.* Dietoterapia na esofagite eosinofílica: foco em uma abordagem personalizada. **Frontiers in Pediatrics**, v. 9, art. 820192, p. 1-9, jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.3389/fped.2021.820192>