

Esofagite eosinofílica e disfagia na criança

Da suspeita clínica por idade à endoscopia com biópsias, com IBP, corticoide deglutido, dietas de eliminação e dupilumabe, e a impactação alimentar como urgência endoscópica, segundo o Consenso Brasileiro SBP/ASBAI 2026

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências). [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A esofagite eosinofílica (EoE) é uma doença **crônica, imunomediada**, definida por **sintomas de disfunção esofágica e ≥ 15 eosinófilos por campo de grande aumento** em pelo menos uma biópsia, excluindo outras causas (Consenso SBP/ASBAI 2026). **No lactente e no pré-escolar** o quadro é inespecífico e lembra o refluxo: vômitos, recusa alimentar, dificuldade de progredir para sólidos e baixo ganho de peso. **No escolar e no adolescente** predominam **disfagia, engasgos e impactação alimentar**, muitas vezes disfarçados por comportamentos adaptativos (come devagar, corta em pedaços pequenos, bebe água a cada garfada). A maioria é **atópica**. O diagnóstico exige **endoscopia com ≥ 6 biópsias em ≥ 2 níveis**, feita **sem IBP por 3–4 semanas**. O pediatra suspeita, avalia o crescimento e **encaminha ao gastroenterologista pediátrico** — com prioridade (🟡) se há disfagia, impactação prévia ou baixo ganho —, sem iniciar dieta de exclusão nem pedir testes alérgicos para escolher alimentos. O tratamento tem três opções equivalentes — **IBP, corticoide deglutido ou dieta de eliminação** —, com endoscopia de controle e manutenção prolongada. **Alimento parado no esôfago é urgência endoscópica (🔴)**: pronto-socorro com endoscopia pediátrica, sem oferecer comida ou líquido se a criança não engole a saliva.

1. O que é e como se apresenta

Definição (SBP/ASBAI 2026, recomendação 1): doença esofágica crônica, imunomediada, com sintomas de disfunção esofágica e **≥ 15 eosinófilos/campo de grande aumento (ou $60/\text{mm}^2$)** em pelo menos uma biópsia, na ausência de outras causas de eosinofilia esofágica. A antiga "eosinofilia esofágica responsiva a IBP" é hoje considerada EoE, e **não é preciso excluir a DRGE** para o diagnóstico: as duas podem coexistir e uma agrava a outra (SBP/ASBAI 2026).

Mecanismo e epidemiologia: inflamação do tipo 2, desencadeada sobretudo por **alimentos** (o leite de vaca é o gatilho mais frequente). Predomina no **sexo masculino**; **60–80% são atópicos**; há forte agregação familiar (SBP/ASBAI 2026). Sem tratamento, a doença evolui do padrão inflamatório para o **fibroestenótico**, com anéis e estenose. Não é pré-maligna.

Apresentação por idade (SBP/ASBAI 2026; ESPGHAN 2024):

IDADE	MANIFESTAÇÕES MAIS COMUNS
Lactente e pré-escolar	Vômitos e regurgitação refratários às medidas do refluxo, recusa alimentar , dificuldade de progredir para sólidos, baixo ganho de peso
Escolar	Dor epigástrica, vômitos, pirose, engasgos, alimentação lenta, disfagia
Adolescente	Disfagia para sólidos (carne, pão, arroz), impactação alimentar , dor torácica ao engolir, pirose

Comportamentos adaptativos a perguntar (SBP/ASBAI 2026): comer muito devagar, cortar em pedaços pequenos, mastigar demais, **beber líquido a cada garfada**, evitar carnes e pães. A doença aumenta ansiedade e depressão, e a dificuldade alimentar pode persistir após o controle da inflamação.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	EoE já diagnosticada, em remissão e em manutenção, crescendo bem; ou sintomas leves e intermitentes em criança atópica, com crescimento e alimentação preservados	Pediatra acompanha com o gastroenterologista (adesão, crescimento, nutrição, corticoide total); caso novo → encaminhamento eletivo ao gastroenterologista pediátrico
● Moderada	Disfagia recorrente ; impactação prévia resolvida espontaneamente; vômitos ou recusa alimentar com baixo ganho ou perda de peso ; comportamentos adaptativos marcados; sintomas que voltam apesar do tratamento	Encaminhar com prioridade ao gastroenterologista pediátrico (endoscopia com biópsias)
● Grave	Impactação alimentar atual (alimento "parado", sialorreia, não consegue engolir a saliva, dor cervical ou torácica, regurgitação de tudo o que ingere); suspeita de perfuração (dor torácica intensa, febre, enfisema subcutâneo após impactação); hematemese; desidratação; desconforto respiratório	Pronto-socorro com endoscopia pediátrica — urgência endoscópica; emergência quando não engole a saliva (NASPGHAN 2015)

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Disfagia de longa evolução sem diagnóstico e interrupção do tratamento: o risco de **estenose** aumenta a cada ano sem controle (SBP/ASBAI 2026).
- Impactação prévia, estenose ou anéis já documentados; fenótipo fibroestenótico.
- Atresia de esôfago operada**, história familiar de EoE, doença do tecido conjuntivo (ESPGHAN 2024).

- Lactente com baixo ganho; dieta restritiva sem nutricionista; múltiplas alergias alimentares.
- Asma grave ou dermatite atópica de difícil controle.

3. Diagnóstico no consultório

O diagnóstico não é clínico: depende da **endoscopia com biópsias**. O pediatra suspeita e encaminha bem preparado.

Na consulta:

- Anamnese alimentar dirigida (texturas, tempo de refeição, alimentos evitados, episódios de alimento "entalado"); **curva de peso e estatura**; atopia pessoal e familiar; atresia de esôfago.
- Questionário **PEESS** (validado em português) para medir sintomas (SBP/ASBAI 2026).

Exames e o que evitar (SBP/ASBAI 2026):

SITUAÇÃO	CONDUTA
Endoscopia diagnóstica	≥ 6 biópsias em ≥ 2 níveis do esôfago, mesmo com mucosa de aspecto normal (até cerca de 30% dos casos); na primeira endoscopia, também biópsias gástricas e duodenais
IBP em uso	Suspender por 3–4 semanas antes da endoscopia diagnóstica (recomendação 16): o IBP pode normalizar a histologia e esconder a doença
Disfagia	Esofagograma baritado para estenoses leves que a endoscopia não detecta (recomendação 21)
Sintomas de refluxo persistentes após remissão	pH-impedanciometria quando disponível (especialista)
Testes alérgicos (IgE específica, prick, patch)	Não usar para escolher a dieta (recomendação 29); indicados apenas para investigar alergia IgE mediada associada
Hemograma	Eosinofilia periférica não faz nem exclui o diagnóstico

Diagnóstico diferencial que não pode passar:

- **DRGE** — quadro igual no lactente; pense em EoE se não melhora com as medidas do refluxo, tem baixo ganho ou atopia importante (ver "Vômitos no lactente, refluxo fisiológico e DRGE").
- **Alergia à proteína do leite de vaca** e FPIES crônica (ver os documentos de APLV).
- Outras eosinofilias esofágicas: gastroenterite eosinofílica, Crohn, esofagite infecciosa, acalasia, doenças do tecido conjuntivo, vasculites, síndrome hipereosinofílica (SBP/ASBAI 2026).

- **Corpo estranho e bateria de botão** (ver "Acidentes domésticos"), estenose cáustica, estenose da anastomose na atresia de esôfago, anel vascular.
- Disfagia neurológica (ver "Pneumonia aspirativa e disfagia").
- TARE e "criança que não come", que podem coexistir com a EoE.

4. Tratamento e seguimento

Metas (SBP/ASBAI 2026): remissão clínica, endoscópica e **histológica**, crescimento e desenvolvimento normais e prevenção da estenose. Os sintomas **não se correlacionam** com a histologia: a resposta é confirmada por biópsia.

Primeira linha — três opções equivalentes, escolhidas em decisão compartilhada pelo custo, disponibilidade, conveniência e segurança; **começar com uma só** e reavaliar por endoscopia (SBP/ASBAI 2026, recomendações 27–28 e 43):

1. **IBP em dose alta**, duas vezes ao dia.
2. **Corticoide tópico deglutido** (budesonida viscosa ou fluticasona deglutida) — no Brasil, só em **formulação manipulada**.
3. **Dieta de eliminação empírica**, sempre com nutricionista.

Dietas de eliminação (SBP/ASBAI 2026, recomendações 29–33):

- **Estratégia escalonada, começando pela exclusão isolada do leite de vaca (1 alimento):** eficácia histológica semelhante à de 4 alimentos.
- Sem resposta: ampliar para **2 alimentos** (leite e trigo) e **4 alimentos** (leite, trigo, ovo e soja/leguminosas); a dieta de **6 alimentos** (leite, trigo, ovo, soja, oleaginosas/amendoim, peixes e frutos do mar) é pouco usada.
- **Dieta elementar** (fórmula de aminoácidos): remissão em cerca de 90%, mas cara e pouco palatável — refratários e crianças com gastrostomia.
- Reintrodução guiada por endoscopia; alimento excluído por longo tempo pode causar **reação IgE mediada** na volta — avaliar com o alergista. Riscos: deficiências nutricionais, impacto social e TARE.

Medicamentos (doses):

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Omeprazol ou esomeprazol (indução)	1 mg/kg/dose , máx. 40 mg/dose (1–2 mg/kg/dose em sintomas graves ou estenose: máx. 60 mg/dia de 4 a 10 anos e 80 mg/dia de 11 a 18 anos)	12/12 h, 30 min antes das refeições	8–12 semanas, depois endoscopia	SBP/ASBAI 2026 (recomendação 34 e tabela 3); ESPGHAN 2024
IBP (manutenção, se respondeu)	1 mg/kg/dia ; máx. 30 mg/dia de 4 a 10 anos (ESPGHAN: 0,5–1 mg/kg/dia) e 40 mg/dia de 11 a 18 anos	1x/dia	Prolongada	SBP/ASBAI 2026 (recomendações 35–36 e tabela 3); ESPGHAN 2024 (tabela 5); remissão mantida em ~70% em 1 ano
Budesonida viscosa deglutida (manipulada)	1–3 anos 0,5 mg ; 4–18 anos 1 mg	12/12 h	8–12 semanas; manutenção com metade da dose	SBP/ASBAI 2026 (tabela 3; ESPGHAN 2024: 1 mg 1x/dia de 4 a 10 anos); veículo mucoadesivo (goma xantana)
Fluticasona (propionato) deglutida, spray sem espaçador	1–3 anos 88–250 mcg 1x/dia ; 4–10 anos 250 mcg 12/12 h ; 11–18 anos 500 mcg 12/12 h	Conforme idade	8–12 semanas; manutenção 44–125, 250–500 e 500 mcg/dia, respectivamente	SBP/ASBAI 2026 (tabela 3)
Dupilumabe (SC)	15 a < 30 kg: 200 mg ; 30 a < 40 kg: 300 mg a cada 2 semanas; ≥ 40 kg: 300 mg semanal	Conforme peso	Contínuo	SBP/ASBAI 2026 (recomendação 48); Anvisa: ≥ 1 ano e ≥ 15 kg (11/2024); especialista
Nistatina oral	Conforme bula	Conforme bula	Conforme bula	Candidíase oral ou esofágica pelo corticoide tópico (2–15%)

Corticoide deglutido (SBP/ASBAI 2026): jejum de 30–60 minutos depois; budesonida engolida devagar; fluticasona borrifada **na boca e engolida, sem espaçador**. Somar a **carga total de corticoide** (inalatório, nasal, cutâneo).

Segunda linha e situações especiais (especialista):

- **Associação de opções** só após falha documentada da monoterapia (recomendação 43).

- **Dupilumabe** — único biológico com evidência pediátrica; **Anvisa: EoE a partir de 1 ano e 15 kg** (ampliação de 11/11/2024). Escolha **após falha** (recomendação 46); antes, em asma grave ou dermatite atópica de difícil controle associadas. **Não incorporado ao SUS para EoE.**
- **Corticoide sistêmico por curto período** (2–4 semanas) na **doença estenosante** quando a dilatação não é acessível (recomendação 42; ESPGHAN 2024) — esquema do especialista.
- **Dilatação endoscópica** na estenose, sempre com tratamento anti-inflamatório.

O que não fazer:

- Dieta de exclusão "por conta" do pediatra ou da família, ou guiada por IgE, prick ou patch test.
- IBP empírico prolongado antes da endoscopia (mascara a histologia).
- Suspender o tratamento quando os sintomas melhoram; domperidona, metoclopramida ou bromoprida.

Seguimento (SBP/ASBAI 2026, recomendações 49–54):

- **Endoscopia com biópsias 8–12 semanas após o início e após cada mudança** de tratamento.
- Remissão histológica → **manutenção sem prazo definido para suspender**; reavaliação clínica 12–18 meses após a última endoscopia; nova endoscopia caso a caso e **sempre que os sintomas voltarem**.
- Pediatra: crescimento, adesão, candidíase, qualidade da dieta (cálcio, vitamina D e ferro), apoio psicológico, vacinação em dia; transição para o serviço de adultos.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Impactação alimentar:** alimento parado no esôfago, com sialorreia, incapacidade de engolir a saliva, ânsia, regurgitação de tudo que ingere, dor cervical ou torácica.
- Dor torácica intensa, febre, enfisema subcutâneo ou piora do estado geral após impactação ou dilatação (perfuração).
- Hematêmese; desidratação por vômitos ou recusa total de líquidos.
- Engasgo com desconforto respiratório ou estridor.
- Suspeita de **bateria de botão** ou de dois ou mais ímãs — conduta de "Acidentes domésticos".

Como encaminhar

1. **Pronto-socorro com endoscopia pediátrica** — impactação é urgência endoscópica; emergência quando a criança não consegue engolir a saliva (NASPGHAN 2015).

Contato prévio com o serviço.

2. **Jejum:** nada de comida ou líquido "para empurrar"; **não provocar vômito.**
3. Criança **sentada, inclinada para a frente**, cuspidando a saliva; aspirar a orofaringe se necessário.
4. Desconforto respiratório: oxigênio para manter **SpO2 94–98%** e **SAMU (192).**
5. Não atrasar a endoscopia com medicamentos: glucagon não é recomendado de rotina (NASPGHAN 2015).
6. **Relatório** (alimento, horário, episódios prévios, atopia, tratamentos) e pedido de **biópsias do esôfago** na retirada (NASPGHAN 2015), com retorno ao gastroenterologista pediátrico.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "O controle é confirmado pela endoscopia com biópsia, não só pelos sintomas: mesmo melhor, a criança faz os exames combinados."
- "Não retire alimentos por conta própria. A dieta é feita com o médico e a nutricionista, um passo de cada vez."
- "Não pare o remédio quando os sintomas melhorarem: a doença volta e pode estreitar o esôfago."
- **Procurar o pronto-socorro se houver:** comida que "entalou" e não desce, baba, não consegue engolir a saliva, dor forte no peito ou no pescoço, vômito com sangue, falta de ar.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Definição e diagnóstico	Sintomas + $\geq$ 15 eos/CGA; $\geq$ 6 biópsias; sem IBP 3–4 semanas	Sem PCDT de EoE	Endoscopia com biópsias (HealthyChildren 2025)	Sem diretriz clínica de EoE	Sintomas + $\geq$ 15 eos/CGA (SEGHNP 2020)	Sem posição específica localizada	Programa multidisciplinar; sem diretriz própria	Segue o NICE
IBP	1 mg/kg/dose 12/12 h (máx. 40 mg/dose); manutenção 1x/dia	Sem posição	Opção de tratamento	—	1 mg/kg/dose 12/12 h (máx. 40 mg); manutenção 1 mg/kg/dia	Sem posição específica localizada	Opção, isolado ou com corticoide	Segue o NICE
Corticoide deglutido	Budesonida 0,5–1 mg 12/12 h ou fluticasona; manipulados	Sem posição	Budesonida ou fluticasona	Budesonida orodispersível só para adultos (TA708)	Budesonida 0,5 mg 12/12 h até 10 anos, 1 mg acima	Sem posição específica localizada	Corticoide tópico	Segue o NICE
Dieta	Escalonada a partir do leite; nunca guiada por testes	Sem posição	Eliminação de leite, soja, trigo, ovo, frutos do mar, oleaginosas	—	2 alimentos (leite, trigo) $\rightarrow$ 4 $\rightarrow$ 6	Sem posição específica localizada	Guiada por testes, empírica ou elementar	Segue o NICE
Dupilumabe	Após falha; antes em atopia grave; Anvisa $\geq$ 1 ano e $\geq$ 15 kg	Não incorporado ao SUS; sem avaliação da Conitec	Biológicos em casos difíceis	TA938 encerrada sem recomendação (2023)	Anterior ao registro	Sem posição específica localizada	Não citado	Segue o NICE
Seguimento	Endoscopia 8–12 semanas após cada mudança; manutenção sem prazo	Sem posição	Doença crônica	—	Endoscopia 8–12 semanas	Sem posição específica localizada	—	Segue o NICE

Leitura: SBP/ASBAI 2026, ESPGHAN 2024 e SEGHNP/AEP 2020 concordam no diagnóstico histológico ($\geq$ 15 eosinófilos, biópsias múltiplas), nas três opções de primeira linha e na endoscopia de controle em 8–12 semanas. **Dieta inicial:** a SBP começa só pelo leite; a AEP (2020) começa por leite e trigo; a página do Boston Children's (Harvard) ainda cita dieta guiada por testes alérgicos, que a SBP rejeita. **Budesonida:** a SBP usa 1 mg 12/12 h a partir de 4 anos; a AEP, 0,5 mg até 10 anos. **Dupilumabe:** registrado na Anvisa a partir de 1 ano e 15 kg, mas sem incorporação ao SUS nem PCDT do Ministério da Saúde; o NICE encerrou sua avaliação sem recomendação e não tem diretriz clínica de EoE (Oxford e Cambridge seguem o NICE). A **impactação alimentar** como urgência endoscópica, com biópsias na retirada, segue a NASPGHAN (2015), já que SBP e MS não detalham a conduta. **O site adota a posição da SBP (Consenso SBP/ASBAI 2026).**

PONTOS PRÁTICOS

1. Lactente com "refluxo" refratário e baixo ganho, ou escolar que bebe água a cada garfada: pense em EoE, sobretudo se atópico.
2. O diagnóstico é por endoscopia com ≥ 6 biópsias em ≥ 2 níveis, sem IBP por 3–4 semanas.
3. Não peça IgE, prick ou patch para montar a dieta; a dieta começa pelo leite de vaca, com nutricionista.
4. IBP 1 mg/kg/dose 12/12 h, corticoide deglutido em jejum e sem espaçador, ou dieta: uma opção por vez, com endoscopia de controle.
5. Dupilumabe: Anvisa a partir de 1 ano e 15 kg, após falha; fora do SUS para EoE.
6. Alimento entalado é urgência endoscópica: pronto-socorro em jejum, sem "empurrar" com comida ou líquido; peça biópsias na retirada.

Veja também, nesta Biblioteca: **Esofagite eosinofílica — Consenso Brasileiro SBP/ASBAI** (Temas atualizados pela SBP); **Vômitos no lactente, refluxo fisiológico e DRGE, Alergia à proteína do leite de vaca, A criança que não come e Acidentes domésticos** (Patologias do consultório); **Alergia Alimentar e APLV** (Alergia); **Pneumonia aspirativa e disfagia** (Pneumologia).

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. Ferreira CT et al. Consenso Brasileiro de Esofagite Eosinofílica. Arq Asma Alerg Imunol, 2026. [PDF](#)
- ESPGHAN. Amil-Dias J, Oliva S, Papadopolou A et al. Eosinophilic esophagitis in children — an update. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2024. [PDF](#)
- AEP/SEGHNP. Gutiérrez-Junquera C et al. Recomendaciones para el diagnóstico y manejo práctico de la esofagitis eosinofílica pediátrica. An Pediatr, 2020. analesdepediatria.org
- Anvisa. Dupixent (dupilumabe): ampliação de uso — esofagite eosinofílica a partir de 1 ano e 15 kg, 2024. gov.br/anvisa
- NatJus-DF (TJDFT). Nota técnica — dupilumabe na esofagite eosinofílica (ausência de PCDT e de avaliação da Conitec), 2024. [PDF](#)
- NICE. TA938 — Dupilumab for treating eosinophilic oesophagitis in people 12 years and over (terminated appraisal), 2023. nice.org.uk
- NICE. TA708 — Budesonide orodispersible tablet for inducing remission of eosinophilic oesophagitis, 2021. nice.org.uk

- American Academy of Pediatrics. Eosinophilic Esophagitis (EoE) in Children, HealthyChildren.org, 2025. [healthychildren.org](https://www.healthychildren.org)
- Boston Children's Hospital (Harvard). Eosinophilic Esophagitis in Children. [childrenshospital.org](https://www.childrenshospital.org)
- NASPGHAN Endoscopy Committee. Kramer RE et al. Management of Ingested Foreign Bodies in Children (impactação alimentar), J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2015. [PubMed](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.