

Esofagite eosinofílica — Consenso Brasileiro SBP/ASBAI

Consenso SBP/ASBAI (Arq Asma Alerg Imunol 2026; acervo SBP jun/2026)
comparado com ACG 2025/AGA/AAAAI, BSG-BSPGHAN e NICE,
SEGHNP/AEP, SIGENP 2025, ESPGHAN 2024, Harvard e Johns Hopkins.

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076
Professor do Centro Universitário Max Planck · Departamento SBP: Alergia e Gastroenterologia
Atualização SBP: Consenso SBP/ASBAI de 15/06/2026 · Análise: setembro de 2026

Resumo com convergências e divergências entre a atualização da Sociedade Brasileira de Pediatria e AAP, NICE, AEP, Sociedade Italiana de Pediatria, Harvard (Boston Children's) e Johns Hopkins Children's Center. [Documento original da SBP](#) (acervo, associados) · [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1. O que a SBP recomenda | 3. Concordâncias e discordâncias |
| 2. Posição das referências internacionais | 4. Síntese |
| | 5. Fontes |

EM RESUMO

O primeiro Consenso Brasileiro de Esofagite Eosinofílica (EoE), produzido por Delphi em três rodadas com 40 especialistas (20 gastroenterologistas e 20 alergologistas pediátricos) e publicado nos Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia 2026, reúne **54 recomendações** em diagnóstico, tratamento e seguimento. Define a EoE por sintomas de disfunção esofágica mais ≥ 15 eosinófilos/campo em ≥ 1 biópsia, exige ≥ 6 biópsias em ≥ 2 níveis mesmo com esôfago macroscopicamente normal, incorpora o questionário PEESS e o escore EoE-HSS, e estabelece **três opções equivalentes de primeira linha — IBP 1 mg/kg/dose 2×/dia, corticoide tópico deglutido (só em formulações manipuladas no Brasil) ou dieta empírica iniciada pela exclusão isolada do leite de vaca —, nunca guiada por testes alérgicos**, com endoscopia de controle 8–12 semanas após cada mudança e manutenção sem prazo para suspensão. O **dupilumabe** (ANVISA ≥ 1 ano e ≥ 15 kg) é a escolha após falha ou, em atópicos graves, possível primeira opção. A posição coincide com ACG 2025, ESPGHAN 2024, SEGHNP e SIGENP; as discordâncias são de acesso e de formulação: o NHS ainda não tem dupilumabe recomendado pelo NICE, a União Europeia aprovou em abril de 2026 a **suspensão oral de budesonida (Jorveza) para 2–17 anos** — sem registro no Brasil —, e o consenso brasileiro, como a ESPGHAN, admite corticoide sistêmico curto na doença estenosante onde a dilatação é de difícil acesso.

1. O que a SBP recomenda

Documento: Consenso Brasileiro de Esofagite Eosinofílica — documento conjunto SBP (DC de Gastroenterologia e DC de Alergia) e ASBAI (Dep. de Alergia Alimentar e de Pediatria). Arq Asma Alerg Imunol 2026;10(1):e17041027; publicado no acervo da SBP em junho de 2026; 29 p. Coordenação: Cristina Targa Ferreira, Elisa de Carvalho, Luciana Rodrigues Silva, Maria do Carmo Barros de Melo, Maria Helena C. Tófoli, Dirceu Solé e Herberto Chong-Neto. Delphi em 3 rodadas, 40 especialistas, consenso $\geq 85\%$; literatura até junho de 2025.

Diagnóstico (R1–R25)

TEMA	RECOMENDAÇÃO
Definição	Doença crônica imunomediada; sintomas de disfunção esofágica + ≥ 15 eos/CGA (ou 60/mm ²) em ≥ 1 biópsia, excluídas outras causas; a "EoE responsiva a IBP" é EoE; não é necessário excluir DRGE (coexistem)
Epidemiologia	60–80% com comorbidade atópica; loci TSLP, LRR32, CAPN14; irmãos com risco 44×; predomínio masculino; incidência ~20/100 mil (= DII)
Sintomas	Lactentes inespecíficos (falha de crescimento, vômitos, recusa); escolares/adolescentes disfagia, engasgo, impactação; comportamentos adaptativos (IMPACT); ansiedade e hipervigilância → equipe multidisciplinar
História natural	Progressão inflamatório → fibroestenótico; +19% de risco de estenose por ano sem diagnóstico; não pré-maligna
Endoscopia	Sem IBP por 3–4 semanas antes da EDA diagnóstica; EREFS (até 30% de macroscopia normal); ≥ 6 biópsias em ≥ 2 níveis , mais biópsias gástricas/duodenais na EDA inicial
Exames complementares	Esofagograma baritado se disfagia (EDA perde 55% das estenoses leves); pH-impedanciometria/manometria em sintomas persistentes pós-remissão; EndoFLIP indisponível; sem biomarcador não invasivo validado
Instrumentos	PEESS traduzido e validado — uso rotineiro; EoE-HSS ; corte 15 eos/CGA mantido

Tratamento (R26–R48)

TEMA	RECOMENDAÇÃO
Metas	Remissão clínica, endoscópica e histológica + crescimento/nutrição + prevenção de complicações; decisão compartilhada
Primeira linha	IBP, corticoide tópico deglutido ou dieta de exclusão — equivalentes , escolha individualizada por custo, disponibilidade, conveniência e segurança; iniciar com UMA opção e reavaliar (EDA 8–12 sem)
Dieta	Nunca guiada por testes alérgicos (100%); step-up empírico começando pela exclusão isolada de leite de vaca (1FED $\approx$ 4FED em histologia); risco nutricional/social e de anafilaxia na reintrodução; elemental (90% remissão) só para refratários/sondas
IBP	1 mg/kg/dose 2×/dia (máx. 40 mg/dose) ; resposta histológica 23–70% (Brasil 70%); manutenção reduzindo para 1×/dia após 8–12 semanas de resposta (70% de remissão sustentada em 1 ano); fenótipo fibroestenotante responde menos
Corticoide tópico	Remissão histológica 60% (vs 34% IBP, 29% dieta — CONNECT-EUREOS); só formulações manipuladas no Brasil (budesonida viscosa com goma xantana; fluticasona spray deglutido); doses ESPGHAN: budesonida 1–3 a 0,5 mg 2×/d, 4–18 a 1 mg 2×/d, manutenção metade; fluticasona 88–250 mcg/d (1–3 a), 250 mcg 2×/d (4–10 a), 500 mcg 2×/d (11–18 a); jejum 30–60 min; candidíase 2–15%; considerar a carga total de esteroides
Corticoide sistêmico	Curso curto (2–4 semanas) na doença estenosante — 95% de resolução endoscópica em série pediátrica; útil pela dificuldade de dilatação no Brasil
Combinação e dilatação	Associar só após falha de monoterapia; dilatação segura (perfuração 0,02–0,06%), sempre com anti-inflamatório; dilatação empírica se disfagia residual
Dupilumabe	Único biológico com evidência pediátrica; ANVISA ≥ 12 anos (abr/2023) e ≥ 1 ano e ≥ 15 kg (nov/2024) ; EoE KIDS remissão 68%/58% vs 3%; escolha após falha (91%) ou em EoE + asma grave/polipose/DA de difícil controle (pode ser 1ª escolha) ou não adesão; doses 200 mg q2s (15–< 30 kg), 300 mg q2s (30–< 40 kg), 300 mg semanal (≥ 40 kg); alto custo, sem incorporação no SUS; outros biológicos só em ensaios

Seguimento (R49–R54)

Seguimento clínico + endoscópico + histológico; **EDA 8–12 semanas após início e após cada mudança**; sintomas não se correlacionam com histologia; recidiva alta após retirada e lacuna > 2 anos aumenta estenose (+26%/ano); avaliação clínica 12–18 meses após a última EDA; **sem evidência para suspender** — manutenção após remissão, com nova EDA em caso de recidiva.

Não aborda: budesonida orodispersível/suspensão oral (Jorveza — aprovada na UE em abr/2026 para 2–17 anos; sem registro no Brasil); cendakimabe e tezepelumabe; transição adolescente-adulto; endoscopia transnasal e esponja esofágica; frequência fixa de EDA na manutenção; acesso ao dupilumabe no SUS.

2. Posição das referências internacionais

REFERÊNCIA	DOCUMENTO E ANO	POSIÇÃO RESUMIDA
EUA — ACG 2025 / AGA-JTF 2020 / AAAAI / FDA	ACG Clinical Guideline: Diagnosis and management of EoE (Dellon, Am J Gastroenterol 2025;120:31–59); AGA/JTF 2020 (Hirano, Gastroenterology 158:1776); AAAAI/ACAAI — dupilumab guidance 2023; ESPGHAN/NASPGHAN 2024 — EGIDs não-EoE	ACG 2025: sintomas + ≥ 15 eos/CGA; ≥ 6 biópsias de ≥ 2 níveis; EREFS; PPI-REE abolida; primeira linha equivalente : IBP em dose alta, corticoide tópico ou dieta menos restritiva (1FED/2FED) com resposta por biópsia; dupilumabe após falha/intolerância a IBP, e precoce em asma/eczema moderado-grave ; dilatação com anti-inflamatório; manutenção; EDA de controle anual; esofagograma se disfagia. FDA: dupilumabe ≥ 1 ano e ≥ 15 kg (jan/2024). Cendakimabe: fase 3 positiva ≥ 12 anos (NEJM Evid 2025), decisão FDA pendente; tezepelumabe em fase 3. NASPGHAN não tem diretriz própria de EoE.
Reino Unido — BSG/BSPGHAN / NICE	BSG/BSPGHAN guidelines on EoE (Dhar, Gut 2022;71:1459); NICE TA708 — budesonida orodispersível (adultos, 2021); NICE ID5107 / ID6492 (dupilumabe, em avaliação)	≥ 15 eos; ≥ 6 biópsias; IBP 8–12 semanas; budesonida orodispersível para adultos; fluticasona/budesonida viscosa off-label em crianças ; dieta 2FED (leite ± trigo) ou 6FED; dilatação; EDA 8–12 semanas após cada mudança ; manutenção; transição estruturada. Dupilumabe: a avaliação TA938 (≥ 12 anos) foi encerrada sem submissão da Sanofi; ID5107 e ID6492 (1–11 anos) em andamento → em setembro de 2026 o NHS não tem dupilumabe recomendado pelo NICE para EoE.
Espanha — SEGHP / AEP / GPC 2022	SEGHP — Gutiérrez-Junquera et al., An Pediatr 2020; GPC SEPD/AEG/AEEC/SEGHP 2022 (Lucendo, Molina-Infante); Protocolos SEGHP-AEP 2023	≥ 15 eos; IBP, corticoide e dieta como primeira linha; dieta escalonada leite → 2FED → 4FED ; IBP ~50% de remissão; corticoides deglutidos; dilatação (< 0,4% perfuração); EDA 8–12 semanas. EMA: dupilumabe ≥ 1 ano e ≥ 15 kg (2024); Jorveza suspensão oral 0,2 mg/mL aprovada em 17/04/2026 para 2–17 anos (PEDEOS-1) — primeira formulação pediátrica industrializada.
Itália — SIGENP 2025 / AIFA	SIGENP — primeira diretriz pediátrica de EoE (Oliva, Ital J Pediatr 2025;51); AIFA (GU 13/02/2026)	EREFs + EoE-HSS; biópsias mesmo com mucosa normal; IBP para casos leves; corticoide tópico (galênico) se inflamação marcada ; dieta step-up 1FED; dupilumabe possível 1ª linha em doença grave ou múltiplas atopias ; dilatação; remissão definida por biópsia; transição. AIFA reembolsa dupilumabe para 1–11 anos ≥ 15 kg refratários.
Europa — ESPGHAN 2024 / UEG-EAACI 2017	ESPGHAN position paper — Amil-Dias et al., JPGN 2024;79:394; UEG/EAACI/ESPGHAN/EUREOS 2017 (Lucendo, UEG J 5:335)	Corte ≥ 15 eos; contra testes alérgicos para guiar dieta ; IBP, corticoide ou dieta (1FED preferida) como primeira linha; EDA 8–12 semanas; dupilumabe ≥ 1 ano > 15 kg para refratários/atópicos; manutenção para todos ; EDA a cada 1–3 anos na manutenção; corticoide sistêmico curto como alternativa à dilatação ; nutrição, qualidade de vida, transição.
Harvard — Boston Children's	Eosinophilic Gastrointestinal Disease Program	Programa multidisciplinar (GI, alergia, nutrição, terapia alimentar); IBP, corticoide tópico, dietas e dupilumabe; sem diretriz própria; integra o consórcio CEGIR (EoE-HSS, EREFS pediátrico, esponja, EndoFLIP).
Johns Hopkins	Johns Hopkins Medicine — Eosinophilic esophagitis	Página institucional: IBP, corticoide tópico, dieta de 6 alimentos e dilatação; não cita dupilumabe.

3. Concordâncias e discordâncias

TEMA	SBP/ASBAI	ACG 2025	BSG/NICE	SEGHNP	SIGENP	ESPGHAN	HARVARD	J. HOPKINS	LEITURA
Corte histológico ≥ 15 eos/CGA; ≥ 6 biópsias	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Concordância plena
Excluir DRGE / PPI-REE	Não é necessário; PPI-REE = EoE	Igual	Igual	Igual	Igual	Igual	—	—	Concordância
Testes alérgicos para guiar dieta	Não (100%)	Não	Não	Não	Não	Não	—	—	Concordância
Dieta inicial	1FED (leite) step-up	1FED/2FED	2FED ou 6FED	Leite → 2FED → 4FED	1FED	1FED	—	6FED	Concordância moderna; UK/Hopkins ainda citam 6FED
IBP dose	1 mg/kg/dose 2×/d; reduzir na manutenção	Dose alta	8–12 sem	Igual	Casos leves	Igual	—	—	Concordância; Itália restringe a leves
Corticoide tópico: formulação	Só manipulada	Budesonida/fluticasona	ODT adultos; off-label crianças	Manipulada / Jorveza 2–17 a (UE 2026)	Galênico	Manipulada	—	—	Divergência de acesso: UE tem suspensão pediátrica aprovada
Corticoide sistêmico curto em estenose	Sim (2–4 sem)	Não cita	Não	Não	Não	Sim, alternativa à dilatação	—	—	SBP e ESPGHAN concordam; demais preferem dilatação
Dupilumabe: posição	Após falha; 1ª escolha em atópico grave	Após falha; precoce em atopia	Sem recomendação NICE	Após falha	1ª linha em grave	Refratários/atópicos	Sim	Não cita	Divergência: NHS sem acesso; SBP/SIGENP mais liberais
Dupilumabe: idade	≥ 1 a ≥ 15 kg (ANVISA)	≥ 1 a ≥ 15 kg (FDA)	—	≥ 1 a (EMA)	1–11 a reembolsado	≥ 1 a	—	—	Concordância regulatória, exceto NICE
EDA após indução/mudança	8–12 sem	~8–12 sem	8–12 sem	8–12 sem	Sim	8–12 sem	—	—	Concordância
EDA na manutenção	Caso a caso; reavaliação 12–18 m	Anual	—	—	—	1–3 anos	—	—	Divergência de intervalo
Suspensão do tratamento	Sem evidência → manter	Manter	Manter	Manter	Manter	Manter (≥ 1 ano)	—	—	Concordância
Transição	Não aborda	—	Sim	—	Sim	Sim	—	—	Lacuna
Novos biológicos	Só em ensaios	Cendakimabe fase 3 positiva	—	—	—	—	—	—	Concordância prudente

4. Síntese

O consenso brasileiro chega ao mesmo lugar que a ACG 2025, a ESPGHAN 2024 e a SIGENP 2025: diagnóstico histológico com ≥ 15 eosinófilos e biópsias múltiplas mesmo com mucosa normal, três opções equivalentes de primeira linha escolhidas caso a caso, dieta step-up

iniciada pelo leite e nunca ditada por testes alérgicos, endoscopia de controle em 8–12 semanas e manutenção sem data para terminar — não há discordância de princípio entre as referências. As diferenças são de **realidade local e de regulação**. A mais visível é a formulação do corticoide tópico: enquanto o consenso brasileiro depende de budesonida viscosa manipulada, a União Europeia aprovou em abril de 2026 a suspensão oral de Jorveza para crianças de 2 a 17 anos, e o Reino Unido já tinha a orodispersível para adultos — o documento, fechado com literatura de junho de 2025, não a menciona. A segunda é o **dupilumabe**: SBP e Itália o admitem como primeira escolha em atópicos graves, a ACG o antecipa em asma/eczema moderado-grave, mas o NHS segue sem recomendação do NICE após o encerramento da avaliação em adolescentes, e no Brasil o acesso pelo SUS não existe — a recomendação de "escolha após falha" (91% de consenso) precisa ser lida à luz do custo. A terceira é peculiar ao Brasil e à ESPGHAN: o **corticoide sistêmico curto na doença estenosante**, justificado pela dificuldade de dilatação endoscópica em muitos serviços, não aparece nas diretrizes americana e britânica, que preferem dilatação com anti-inflamatório. Por fim, o consenso deixa em aberto o intervalo da endoscopia de manutenção (a ACG sugere anual; a ESPGHAN, 1–3 anos) e a transição ao adulto, que BSG, SIGENP e ESPGHAN estruturam.

OBSERVAÇÕES CRÍTICAS

1. **Suspender o IBP 3–4 semanas antes da EDA diagnóstica** e colher ≥ 6 biópsias em ≥ 2 níveis — a etapa mais frequentemente negligenciada na prática.
2. **Uma opção de cada vez** na primeira linha, com EDA de controle em 8–12 semanas; só combinar após falha documentada por biópsia.
3. **Dieta**: começar pela exclusão isolada do leite de vaca com apoio de nutricionista; não solicitar IgE/prick/patch para escolher os alimentos; cuidado com anafilaxia na reintrodução após exclusão prolongada.
4. **Corticoide manipulado**: budesonida viscosa (goma xantana) ou fluticasona deglutida; jejum de 30–60 minutos; somar a carga de esteroides nasal, inalatório e cutâneo; monitorar candidíase.
5. **Dupilumabe**: ANVISA ≥ 1 ano e ≥ 15 kg; sem incorporação no SUS — a via é judicial ou privada; indicar após falha ou em asma grave/DA de difícil controle associada.
6. **Estenose**: esofagograma baritado na disfagia; curso curto de corticoide sistêmico (SBP/ESPGHAN) quando a dilatação não for acessível, sempre seguido de manutenção anti-inflamatória.
7. **Não interromper** o tratamento em remissão; a lacuna > 2 anos aumenta o risco de estenose em 26% ao ano.

5. Fontes

- SBP/ASBAI. Consenso Brasileiro de Esofagite Eosinofílica: documento conjunto da SBP e da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. Arq Asma Alerg Imunol 2026;10(1):e17041027. sbp.com.br
- Dellon ES et al. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and management of eosinophilic esophagitis. Am J Gastroenterol 2025;120:31–59.
- Hirano I et al. AGA Institute and JTF clinical guidelines for the management of EoE. Gastroenterology 2020;158:1776–86. AAAAI/ACAAI. Dupilumab in EoE: practice guidance. Ann Allergy Asthma Immunol 2023.
- Dhar A et al. BSG and BSPGHAN joint consensus guidelines on the diagnosis and management of EoE. Gut 2022;71:1459–87. NICE. TA708 (2021); ID5107, ID6492 (em avaliação).
- Gutiérrez-Junquera C et al. Esofagitis eosinofílica en pediatría (SEGHPN). An Pediatr 2020. Lucendo AJ, Molina-Infante J et al. GPC EoE 2022. EMA. Jorveza EPAR (extensão pediátrica, 17/04/2026).
- Oliva S et al. SIGENP guidelines on pediatric eosinophilic esophagitis. Ital J Pediatr 2025;51. AIFA. Determina de rimborsabilità dupilumab 1–11 anni (GU 13/02/2026).
- Amil-Dias J et al. ESPGHAN position paper on eosinophilic esophagitis in children. JPGN 2024;79:394–437. Lucendo AJ et al. UEG/EAACI/ESPGHAN/EUREOS guidelines. UEG J 2017;5:335–58.
- Boston Children's Hospital. Eosinophilic Gastrointestinal Disease Program. Johns Hopkins Medicine. Eosinophilic esophagitis.
- FDA. Dupixent approval for EoE in children ≥ 1 year (25/01/2024). Dellon ES et al. Cendakimab in EoE (fase 3). NEJM Evid 2025.

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · 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 · pediatria.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.