

# Diarrea crónica en colitis eosinofílica: Reporte de caso

## Chronic diarrhea in eosinophilic colitis: Case report

Ricardo Cartes-Velásquez<sup>1,2</sup>, Benito Gutiérrez Saca<sup>1</sup>, Paulina Monsálvez Correa<sup>1</sup>, Hernán Carrillo-Bestagno<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital Las Higueras. Talcahuano, Chile.

<sup>2</sup>Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

### Abstract

Eosinophilic colitis is an uncommon form of non-esophageal eosinophilic gastrointestinal disease, characterized by colonic eosinophilic infiltration in the absence of secondary causes such as infections, inflammatory bowel disease, medications, or neoplasms. We present the case of a 67-year-old woman with multiple comorbidities who was admitted for acute diarrhea but was retrospectively diagnosed with chronic diarrhea of 36 months' duration. Infectious, inflammatory, and autoimmune causes were ruled out. Colonoscopy revealed no macroscopic abnormalities; however, histological analysis showed moderate chronic inflammation with mucosal eosinophilic infiltration up to 50 eosinophils per high-power field, without involvement of the muscularis mucosae or deeper layers. The diagnosis was established based on clinical context and interdisciplinary evaluation. Treatment was initiated with oral budesonide (9 mg/day for 8 weeks) and an elimination diet excluding egg, soy, oats, seafood, and nuts, achieving favorable clinical response. Nevertheless, symptoms relapsed after corticosteroid withdrawal, prompting a second course of budesonide. This case highlights the importance of considering eosinophilic colitis in the differential diagnosis of chronic diarrhea, particularly in patients with normal colonoscopy findings, and underscores the need for multiple colonic biopsies and an integrated clinico-pathological approach. The case also supports the use of oral budesonide as an effective induction therapy, its potential role in relapse management, and the value of collaborative care strategies in patients with multimorbidity and polypharmacy.

**Keywords:** eosinophilic colitis, chronic diarrhea, colonic eosinophilia, budesonide, case report.

### Resumen

La colitis eosinofílica es una forma infrecuente de enfermedad gastrointestinal eosinofílica no esofágica, caracterizada por infiltración colónica por eosinófilos en ausencia de causas secundarias como infecciones, enfermedades inflamatorias intestinales, fármacos o neoplasias. Presentamos el caso de una mujer de 67 años, con múltiples comorbilidades, que consultó por diarrea aguda y fue diagnosticada retrospectivamente con diarrea crónica de 36 meses de evolución. Se descartaron causas infecciosas, inflamatorias y autoinmunes. La colonoscopia fue macroscópicamente normal, pero las biopsias mostraron inflamación crónica moderada con infiltrado eosinofílico mucoso de hasta 50 eosinófilos por campo mayor, sin compromiso de la muscular de la mucosa ni de otras capas. El diagnóstico se estableció en un contexto clínico compatible y mediante evaluación interdisciplinaria. Se indicó tratamiento con budesonida oral (9 mg/día por 8 semanas) y dieta de exclusión (huevo, soya, avena, mariscos y frutos secos), con respuesta clínica favorable. Sin embargo, los síntomas recidivaron tras la suspensión de corticoides, por lo que se reinició el tratamiento. Este caso ilustra la importancia de considerar la colitis eosinofílica en el diagnóstico diferencial de diarrea crónica, especialmente en pacientes con colonoscopías normales, y resalta la necesidad de biopsias múltiples y un enfoque clínico-patológico integrado. Se enfatiza la utilidad de la budesonida oral como estrategia terapéutica de inducción, su rol potencial en el manejo de recaídas y la pertinencia de estrategias colaborativas en pacientes con multimorbilidad y polifarmacia.

**Palabras clave:** colitis eosinofílica, diarrea crónica, eosinofilia colónica, budesonida, caso clínico.

Conflictos de intereses: Los autores de este estudio no tienen conflictos de intereses.

Recibido: 17 de diciembre de 2024; Aceptado: 21 de abril de 2025

Copyright © 2025 Sociedad Chilena de Gastroenterología  
<https://doi.org/10.46613/gastrolat2025001-05>

Correspondencia a:  
Hernán Carrillo-Bestagno  
[her.carrillo.be@gmail.com](mailto:her.carrillo.be@gmail.com)

ISSN 0716-8594 versión en línea

Esta obra está bajo  
licencia internacional  
Creative Commons



## Introducción

La diarrea crónica (DC) se define como una alteración persistente de la consistencia y frecuencia de las deposiciones por más de 4 semanas y se estima que tiene una prevalencia de hasta un 5%, siendo un motivo frecuente de derivación a gastroenterología (Moreno, 2020). El abordaje inicial debe ser meticuloso y personalizado, siendo común que, con la historia clínica y el examen físico, sea suficiente para orientar el diagnóstico o iniciar una prueba terapéutica empírica, siendo especialmente importante identificar signos de alarma, categorizar el tipo de diarrea y considerar causas comunes antes de avanzar con pruebas costosas o invasivas (Schiller, 2017)

Las enfermedades gastrointestinales eosinofílicas (EGIEo) se definen como un grupo de trastornos caracterizados por la infiltración predominante de eosinófilos en diferentes segmentos del tracto gastrointestinal, en ausencia de causas secundarias de eosinofilia. Estas enfermedades son impulsadas generalmente por una inflamación de tipo 2, a menudo en respuesta a la exposición a alérgenos alimentarios (Schoda, 2024). Las EGIEo se dividen tradicionalmente en esofagitis eosinofílica (EEo) y EGIEo no-EEo. Dentro de estas últimas se encuentra la colitis eosinofílica (CEo).

La CEo es una entidad poco frecuente en la población general, con una prevalencia que, en Estados Unidos, ha sido estimada entre 2,1-3,3/100.000 personas (Quera, 2024; Giudici, 2020; Macaigne, 2020). Este cuadro inmunomediado se sospecha cuando hay infiltración eosinofílica de la mucosa colónica en pacientes que estén sintomáticos, tras excluir causas secundarias como infecciones parasitarias, fármacos, enfermedades inflamatorias intestinales, neoplasias o síndromes hipereosinofílicos (Okpara, 2009; Bhugri, 2016). El diagnóstico requiere biopsias colónicas múltiples y no existe un punto de corte universalmente establecido de eosinofilia histológica para diagnosticar EGIEo no-EEo, proponiéndose que se consideren otros hallazgos adicionales como criptitis eosinofílica, degranulación, agregados linfoides, además del necesario contexto clínico (Papadopoulou A, Amil-Dias J, 2024). Los síntomas de la CEo varían según la capa comprometida (mucosa, muscular o serosa) y van desde dolor abdominal y diarrea, hematoquecia y, en casos de afectación transmural, síntomas obstructivos o ascitis eosinofílica cuando se afecta la serosa (Papadopoulou A, Zevit N, 2024). La asociación con atopia es frecuente pero no indispensable (Giudici, 2020), y el diagnóstico suele retrasarse por la inespecificidad clínica, la falta de criterios estandarizados y el escaso reconocimiento por parte de los equipos médicos.

En Chile, la mayor parte de la investigación de esta enfermedad se ha concentrado en población pediátrica (Romero, 2014; Ortiz, 2021), existiendo escasos reportes en población adulta. (Sánchez, 2018)

El objetivo de este artículo es reportar el caso de una paciente con colitis eosinofílica que se presentó con diarrea crónica. El caso ha sido reportado siguiendo las recomenda-

ciones de la pauta CARE y la normativa del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano (Acta 31/2024). Se han resguardado todos los datos sensibles del paciente de acuerdo a las orientaciones de buenas prácticas clínicas y la normativa respectiva del Hospital Las Higueras.

## Reporte de caso

Mujer de 67 años, jubilada, autovalente, con antecedentes de obesidad grado 1, asma, hipertensión arterial esencial, diabetes mellitus insulino requiriente, depresión, enfermedad coronaria con cirugía de revascularización e insuficiencia cardíaca, infarto cerebral pontino y cáncer de cuello uterino en remisión. Es usuaria de bromuro de ipatropio inhalado, salmeterol/fluticasona inhalada, sertralina, trazadona clorhidrato, metformina, furosemida, losartan, carvedilol, aspirina, atorvastatina, insulina NPH y cristalina. Niega consumo de alcohol, tabaco u otras drogas.

Consultó en el servicio de urgencia de su hospital de referencia por una semana de decaimiento, calofríos, diarrea Bristol 7, sin disentería, con frecuencia de hasta 6 episodios por día, acompañada de vómitos ocasionales y dolor no bien caracterizado en hipocondrio derecho. No reportó asociación prandial ni con medicamentos de uso reciente. No reportó uso de antibióticos. Al examen físico se observó de aspecto decaído, con signos de deshidratación, y con dolor a la palpación profunda en epigastrio, sin signos de alarma. Los estudios complementarios mostraron parámetros inflamatorios aumentados (Leucocitos 13.000 cel/mm<sup>3</sup>; proteína C reactiva 21 mg/dL), lesión renal aguda (Creatinemia 2,9 mg/dL) y una tomografía abdominal contrastada que informó coledocistitis sin signos de inflamación aguda, nódulo suprarrenal derecho, nefrolitiasis derecha no obstructiva y enfermedad diverticular no complicada. Se inició manejo de sepsis secundaria a diarrea aguda y se indicó hospitalizar para continuar manejo.

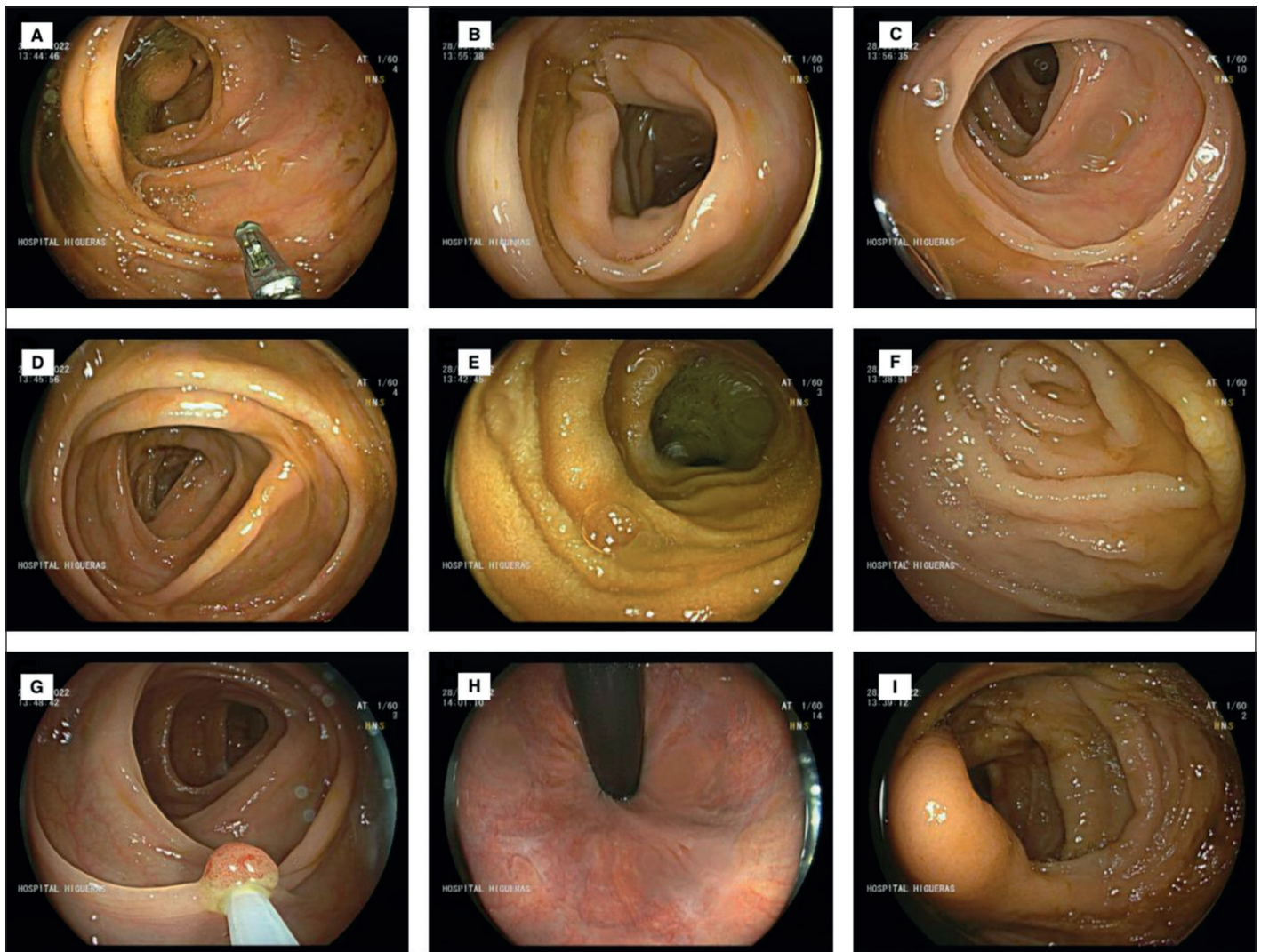
Posterior a la estabilización inicial, se rescató historia de diarrea crónica de 36 meses de evolución. Se solicitó estudio con hemocultivo, urocultivo, coprocultivo, parasitológico seriado y test de sangre oculta en deposiciones que resultaron negativos. Se continuó con la realización de un panel gastrointestinal mediante filmarray que también resultó negativo. La colonoscopia sólo mostró pólipos de colon transversal diminutos que fueron extirpados y no se observaron alteraciones de la mucosa, sin embargo, se tomaron biopsias escalonadas considerando el antecedente de diarrea crónica. El estudio histopatológico informó fragmentos de mucosa ileal y colorrectal con inflamación crónica moderada, presencia de eosinófilos intraepiteliales e incremento de su número en lámina propia (hasta 50 eosinófilos por campo mayor), distribuidos en grupos y de forma difusa. No se observaron eosinófilos en la muscular de la mucosa. Los pólipos correspondieron a adenomas túbulo-vellosos con displasia epitelial de bajo grado.

El estudio continuó con análisis de micronutrientes (hierro, vitamina B12, folato) que resultaron en rangos normales. Se realizó estudio inmunológico (anticuerpos anti-núcleo citoplasmático [ANA], perfil de antígenos nucleares [ENA], anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilos, anticuerpos [ANCA], anti-mieloperoxidasa proteinasa 3 [MPO y PR3], factor reumatoideo, complemento C3 y C4) que resultaron negativos. Se midió inmunoglobulina E que resultó ligeramente sobre el límite superior (83 UI/mL, valor normal hasta 63 UI/mL).

Luego de 16 días de estadía hospitalaria, y habiendo remitido las alteraciones agudas que motivaron su ingreso, se decidió coordinar una reunión interdisciplinaria para completar el análisis diagnóstico y el plan de cuidados ambulatorios (Gastroenterología, Geriátrica, Medicina Interna, Inmunología). Se concluyó que el diagnóstico era una CEo,

cuyo abordaje terapéutico se beneficiaría de un curso de budesónida oral en dosis de 9 mg al día por 8 semanas. Además, se definió una dieta libre de huevo, soya, avena, nueces y alimentos del mar. Dado el alto riesgo cardiovascular y la multimorbilidad se definió que la suspensión de los fármacos de uso crónico, en favor de establecer un posible factor medicamentoso, implicaba un alto riesgo de descompensación, por lo que no fue una estrategia considerada.

Durante el curso de budesonida oral, la paciente refirió reducción de la frecuencia de deposiciones a solo 2 diarias tipo Bristol 4. Luego de 2 meses de terapia, y tras la suspensión del fármaco, los síntomas recidivaron hasta tener 5 deposiciones diarias tipo Bristol 7. Ante esto, se inició un nuevo curso del budesonida y la paciente se mantuvo en controles periódicos por las distintas especialidades.



**Figura 1.** Imágenes endoscópicas de colonoscopia mostrando mucosa colónica sin alteraciones macroscópicas relevantes, en paciente con diarrea crónica por colitis eosinofílica. Distribución segmentaria de imágenes representativas obtenidas durante el procedimiento. Se observan segmentos macroscópicamente normales, sin hallazgos inflamatorios, ulcerativos ni exudativos. Las imágenes corresponden a: **A**, colon ascendente; **B**, colon descendente; **C**, colon sigmoides; **D**, colon transversero; **E**, íleon; **F**, orificio apendicular; **G**, polipectomía con asa fría; **H**, recto en retrovisión; y **I**, válvula ileocecal.

**Tabla 1: Línea de tiempo del caso clínico**

Período	Evento clínico	Comentario
~36 meses antes del ingreso hospitalario	Inicio de diarrea crónica	Diarrea tipo Bristol 7, sin sangre, curso variable
Semana antes del ingreso hospitalario	Empeoramiento agudo de diarrea crónica, decaimiento, vómitos, dolor abdominal	Consulta en urgencias; hallazgos compatibles con sepsis de foco digestivo.
Día 0 (ingreso hospitalario)	Hospitalización por diarrea aguda y sepsis	Se inicia manejo y soporte.
Días 1–5	Se rescata antecedente de diarrea crónica. Se solicitan estudios infecciosos y tomografía abdominal	Resultados negativos para infección; hallazgos imagenológicos sin foco infeccioso evidente.
Días 6–10	Evaluación ampliada y colonoscopia	Colonoscopia sin hallazgos macroscópicos; se toman biopsias escalonadas.
Día 11–13	Resultados de histopatología	Infiltrado eosinofílico mucoso de hasta 50 eosinófilos por campo mayor; sin compromiso de capas profundas.
Día 14–16	Evaluación inmunológica y estabilización clínica definitiva	Pruebas autoinmunes e IgE total sin hallazgos relevantes. Alta hospitalaria.
Semana 1 posterior al alta hospitalaria	Reunión interdisciplinaria	Diagnóstico de colitis eosinofílica confirmado. Indicación de budesonida 9 mg/día y dieta de exclusión.
Semanas 2-9 posteriores al alta hospitalaria	Tratamiento con budesonida	Buena respuesta clínica: deposiciones 1–2/día tipo Bristol 4.
Semana 12 posterior al alta hospitalaria	Suspensión de budesonida	Recaída clínica con 5 deposiciones Bristol 7/día.
Semana 13 en adelante	Reinducción con budesonida + seguimiento	Restablecimiento de control clínico. Paciente sigue en seguimiento por equipo interdisciplinario.

Resumen cronológico de los eventos diagnósticos y terapéuticos en una paciente con colitis eosinofílica

## Discusión

La DC tiene una prevalencia estimada de 5% en la población general (Moreno, 2020) y, dentro de esta, la CEo representa hasta un 4% de las causas, siendo considerada poco frecuente (Carmona-Sánchez R, 2022). El rango de edad al debut es amplio, con un predominio de edad mediana (Alfadda AA, 2014; Mansoor E, 2017). El caso reportado debutó a los 67 años, lo cual está dentro del rango, pero no representa el grupo etario más frecuente. El retraso diagnóstico es reconocido, pudiendo llegar hasta los 48 meses, consistente con los 36 meses de síntomas reportados por la paciente, lo que la literatura ha atribuido a la heterogeneidad clínica del cuadro, la baja sospecha diagnóstica, la escasa toma de biopsias durante la colonoscopia y las limitaciones en la identificación histológica de eosinófilos (Quera R, 2024). El síntoma cardinal de la paciente fue la diarrea crónica, lo que es consistente en más de la mitad de los casos (Alfadda AA, 2014), siendo además compatible con el hallazgo histológico de compromiso exclusivo de la mucosa. La creciente evidencia sobre sus bases inmunológicas ha reforzado la noción de que la colitis eosinofílica constituye una entidad clínica distinta más que un diagnóstico de exclusión (Ray, 2022). En el análisis de causas secundarias de eosinofilia intestinal, los fármacos son un factor reconocido (Okpara, 2009; Bhrugri, 2016; Macaigne G, 2020; Giudici, 2020). Algunos de los frecuentemente asociados han sido clozapina,

carbamazepina, rifampicina, tacrolimus, gabapentina, pregabalina, sulfasalazina, sales de oro y AINES (Quera R, 2024). Si bien el caso presentado cumplía criterios de polifarmacia, ninguno de los medicamentos utilizados de forma crónica correspondía a los antes mencionados. La sertralina ha sido reportada como causa de diarrea crónica, sin embargo, el mecanismo no implica la eosinofilia de la mucosa intestinal (Oliva V, 2021). El estudio realizado a la paciente descartó causas infecciosas y de autoinmunidad sistémica, no habiendo tampoco signos de enfermedad inflamatoria intestinal en el análisis histopatológico.

La colonoscopia suele presentar una mucosa macroscópicamente normal hasta en un 70% de los pacientes (Fuentes-Valenzuela E, 2024), compatible con lo observado en la paciente. Cuando hay anomalías, estas aparecen en un patrón segmentario donde la mucosa puede verse eritematosa o edematosa, con pérdida del patrón vascular, erosiones y úlceras en más del 50% de los casos con hallazgos positivos. Solo un 10% muestra pancolitis (Barchi A, 2024).

En relación con el recuento de eosinófilos por campo mayor no existen puntos de corte histológicos universalmente aceptados, lo que refleja la heterogeneidad metodológica entre los estudios y la variabilidad fisiológica de la eosinofilia colónica. Mientras que Díaz del Arco et al. emplearon un umbral uniforme de > 20 eosinófilos por campo mayor sin segmentación anatómica, Shoda et al. propusieron valores específicos por región colónica ( $\geq 100$  en colon ascendente,

≥ 85 en descendente, ≥65 en sigmoide), basados en el doble del límite superior normal. Esta disparidad subraya la necesidad de integrar variables complementarias como los signos de activación eosinofílica (permeación epitelial, degranulación) y la exclusión sistemática de causas secundarias. En el caso presentado, se valoró el recuento de eosinófilos en un contexto clínico que descartó razonablemente otras etiologías.

Una revisión sistemática de ensayos clínicos registrados en ClinicalTrials.gov hasta el 5 de diciembre de 2021, enfocada en tratamientos para enfermedades gastrointestinales eosinofílicas, no identificó estudios sobre CEo, a diferencia de otras EGIEo, lo que representa una brecha significativa en la investigación terapéutica de esta entidad (Visaggi, 2023). Actualmente las terapias se basan en reportes o series de caso y opiniones de experto, siendo los corticoides los que inducen remisión clínica en la mayoría de los casos, aunque su uso prolongado se ve limitado por efectos adversos y recaídas tras la suspensión. La budesonida oral, dada su acción tópica, representa una alternativa eficaz con mejor perfil de seguridad, particularmente útil en estrategias de mantenimiento. Las dietas de exclusión, los inmunomoduladores como mesalazina o tiopurínicos, así como también, los antagonistas de leucotrienos como montelukast, han sido explorados con evidencia limitada, y su uso se reserva para casos refractarios o corticodependientes. Las terapias biológicas como omalizumab, mepolizumab y vedolizumab muestran resultados promisorios, pero requieren validación mediante ensayos clínicos controlados (Quera R, 2024).

La COe sigue siendo un desafío para los especialistas, tanto en su diagnóstico como en su tratamiento. El enfoque colaborativo utilizado en este caso, permitió abordar una patología poco frecuente de manera sistemática y razonada, permitiendo decisiones terapéuticas que implicaron controlar los síntomas del cuadro en una paciente con multimorbilidad y polifarmacia.

## Referencias

- Alfadda AA, Shaffer EA, Urbanski SJ, Storr MA. Eosinophilic colitis is a sporadic self-limited disease of middle-aged people: a population-based study. *Colorectal Dis.* 2014 Feb;16(2):123-9. doi:10.1111/codi.12464
- Barchi A, Vespa E, Passaretti S, et al. The Dual Lens of Endoscopy and Histology in the Diagnosis and Management of Eosinophilic Gastrointestinal Disorders-A Comprehensive Review. *Diagnostics.* 2024;14(8):858. <https://doi.org/10.3390/diagnostics14080858>
- Bhurgri H, Sohail U. Eosinophilic disorders of the gastrointestinal tract. *Prim Care Clin Office Pract.* 2016;43(3):495-504.
- Carmona-Sánchez R, Carrera-Álvarez MA, Peña-Zepeda C. Prevalencia de colitis eosinofílica primaria en pacientes con diarrea crónica y síndrome de intestino irritable con predominio de diarrea. *Rev Gastroenterol Mex.* 2022;87(2):135-141. <https://doi.org/10.1016/j.rgm.2020.11.002>
- Díaz del Arco C, Taxonera C, Olivares D, Fernández Aceñero MJ. Eosinophilic colitis: Case series and literature review. *Pathol Res Pract.* 2018;214(1):100-104. doi:10.1016/j.prp.2017.09.029
- Fuentes-Valenzuela E, Delgado-Guillena P, Velamazán-Sandalinas R, et al. Diagnosis of eosinophilic gastrointestinal disorders beyond eosinophilic esophagitis in adults. A brief review. *Gastroenterol Hepatol.* 2024;47(9):901-905. doi:10.1016/j.gastrohep.2024.04.003
- Giudici G, Ribaldone DG, Astegiano M, Saracco GM, Pellicano R. Eosinophilic colitis: clinical review and 2020 update. *Minerva Gastroenterol Dietol.* 2020;66(2):157-163.
- Macaigne G. Eosinophilic colitis in adults. *Clin Res Hepatol Gastroenterol.* 2020;44(5):630-637.
- Mansoor E, Abou Saleh M, Cooper GS. Prevalence of Eosinophilic Gastroenteritis and Colitis in a Population-Based Study, From 2012 to 2017. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2017;15(11):1733-1741. doi:10.1016/j.cgh.2017.05.050
- Moreno ML. Abordaje diagnóstico de la diarrea crónica. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2020;50(4):388-430.
- Okpara N, Aswad B, Baffy G. Eosinophilic colitis. *World J Gastroenterol.* 2009;15(24):2975.
- Oliva V, Lippi M, Paci R, Del Fabro L, Delvecchio G, Brambilla P, De Ronchi D, Fanelli G, Serretti A. Gastrointestinal side effects associated with antidepressant treatments in patients with major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2021;109:110266.
- Ortiz M, Jaime F, Ortiz L, Carrasco R, Orellana MJ, Torres J, Villagrán A, Harris PR. Valores de normalidad de eosinófilos en mucosa gástrica y duodenal de niños referidos a endoscopia digestiva alta. *Andes Pediatr.* 2021;92(5):683-689.
- Papadopoulou A, Amil-Dias J, Auth MKH, Chehade M, Collins MH, Gupta SK, Gutiérrez-Junquera C, Orel R, Vieira MC, Zevit N, et al. Joint ESPGHAN/NASPGHAN Guidelines on Childhood Eosinophilic Gastrointestinal Disorders Beyond Eosinophilic Esophagitis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2024;78(1):122-152. doi:10.1097/MPG.0000000000003877.
- Papadopoulou A, Zevit N. Clinical presentation of patients with eosinophilic gastrointestinal diseases beyond eosinophilic esophagitis. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2024;44(2):349-355. doi:10.1016/j.ia.2024.01.006.
- Quera R, Núñez P, von Muhlenbrock C, Pérez JJ, Contreras L. Colitis eosinofílica: una entidad aparte. *Gastroenterol latinoam.* 2024;35(1):18-26. doi:10.46613/gastrolat2024001-05
- Ray K. Eosinophilic colitis - a distinct clinical entity? *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2022 Mar;19(3):148. doi:10.1038/s41575-022-00583-0.
- Romero B, Talesnik E, Harris PR, Cerda J. Características clínicas asociadas a colitis eosinofílica en lactantes con rectorragia persistente. *Rev Chil Pediatr.* 2014;85(6):666-673.
- Sánchez R, Zavala G, Lee B, Molina N. Colitis eosinofílica: reporte de un caso clínico. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2018;48(3):159-162.
- Schiller LR, Pardi DS, Sellin JH. Chronic Diarrhea: Diagnosis and Management. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2017;15(2):182-193. doi:10.1016/j.cgh.2016.07.028
- Shoda T, Taylor RJ, Sakai N, Rothenberg ME. Common and disparate clinical presentations and mechanisms in different eosinophilic gastrointestinal diseases. *J Allergy Clin Immunol.* 2024;153(6):1472-1484. doi:10.1016/j.jaci.2024.03.013.
- Visaggi P, Ghisa M, Barberio B, Maniero D, Greco E, Savarino V, Black C, Ford A, Bortoli N, Savarino E. Treatment trends for eosinophilic esophagitis and other eosinophilic gastrointestinal diseases: systematic review of clinical trials. *Dig Liver Dis.* 2023;55(2):208-222.