



Granulomatose Eosinofílica com Poliangeite: Um Relato de Caso

*Gabriela Macêdo Egidio Cavalcante¹; Giovana Macêdo Egidio Cavalcante²
Liz Marjorie Batista de Freitas Leite³; Ingrid Gabriela Herrera Quezada⁴*

Resumo: A Síndrome de Churg Straus é uma doença rara e um tipo menos comum de vasculite, sua incidência e prevalência anual foram de 0,9-2,4 por milhão e 10,7-17,8 por milhão, respectivamente. As vasculites são responsáveis por importante impacto sobre a qualidade de vida dos acometidos, estando responsável por valores altos de incapacidade para o trabalho. O objetivo do presente estudo é relatar um caso de granulomatose eosinofílica com poliangeite em uma paciente de 25 anos de idade. Conclusões: No caso em questão, foi iniciado pulsoterapia com corticoide por 3 dias consecutivos e posteriormente iniciado prednisona 1mg/kg/dia. Embora seja uma patologia grave e de prognóstico reservado, observamos uma evolução favorável com o tratamento instituído. Seu diagnóstico e a intervenção precoce, proporciona melhora na qualidade de vida dos pacientes e no prognóstico da doença. A GEPA deve estar presente como diagnóstico diferencial das eosinofílicas periféricas associadas a neuropatia periférica e asma.

Palavras-chave: Vasculite; Qualidade de vida; Granulomatose Eosinofílica

Eosinophilic Granulomatosis with Polyangiitis: A Case Report

Abstract: Churg Straus Syndrome is a rare disease and a less common type of vasculitis, its annual incidence and prevalence were 0.9-2.4 per million and 10.7-17.8 per million, respectively. Vasculitides are responsible for an important impact on the quality of life of those affected, being responsible for high values of incapacity for work. The aim of the present study is to report a case of eosinophilic granulomatosis with polyangiitis in a 25-year-old female patient. Conclusions: In the case in question, pulse therapy with corticosteroids was started for 3 consecutive days and then prednisone 1mg/kg/day was started. Although it is a serious pathology with a reserved prognosis, we observed a favorable evolution with the treatment instituted. Its diagnosis and early intervention improves the quality of life of patients and the prognosis of the disease. EGPA should be present as a differential diagnosis of peripheral eosinophilia associated with peripheral neuropathy and asthma.

Keywords: Vasculitis; Quality of life; Eosinophilic Granulomatosis

¹ Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte. Residência Médica no Hospital Regional do Cariri – HRC. gabimec.gm@gmail.com;

² Acadêmica do curso de medicina da Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte - FMJ / Idomed-Estácio. giovanamec@hotmail.com;

³ Médica pela FMJ (Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte). Residência em Clínica Médica pelo Hospital Municipal Mario Gatti - Campinas SP . Residência de Gastroenterologia clínica no Hospital do Servidor Público Estadual – IAMSPE. Mestranda em Hepatologia na Escola Paulista de Medicina – Unifesp.

lizmarjorie@hotmail.com

⁴ Médica pela Escola Latino Americana de Medicina/ Cuba revalidada no 2015 pela Universidade Federal do Ceará. Residente de Clínica médica pela escola de saúde pública do Ceará/ Hospital Regional do Cariri. E-mail gaby10487indel@hotmail.com.

Introdução

A Síndrome de Churg Straus descrita pela primeira vez em 1951. Renomeada em 2012 como granulomatose eosinofílica com poliangeite (GEPa), é uma variante específica do grupo de doenças caracterizadas por vasculite necrosante de pequenos e médios vasos sanguíneos sistêmicos (CHAKRABORTY; AEDDUL, 2020).

É uma doença rara e um tipo menos comum de vasculite, sua incidência e prevalência anual foram de 0,9-2,4 por milhão e 10,7-17,8 por milhão, respectivamente dependendo das regiões geográficas e critérios aplicados (FURUTA; IWAMOTO; NAKAJIMA, 2019).

As vasculites são responsáveis por importante impacto sobre a qualidade de vida dos acometidos, estando responsável por valores altos de incapacidade para o trabalho tanto quanto uma queda de até 45% na aptidão laboral (VERAS JUNIOR, 2019).

Na prática médica, as vasculites, são consideradas de difícil diagnóstico, pela raridade na incidência e por sua variável sintomatologia, são situações crônicas com apresentações iniciais inespecíficas, além disso, várias doenças sistêmicas podem, não somente mimetizá-las, como também desenvolver vasculites secundárias, como exemplo, a vasculite da artrite reumatoide. Nesse sentido fica inegável a necessidade de atenção e o cuidado para a percepção dos diagnósticos diferenciais (GONÇALVES, 2019).

A Conferência Internacional de Consenso de Chapel Hill (CHCC) sobre Nomenclatura de Vasculites, publicada em 2012, definiu GEPa como uma vasculite associada a autoanticorpos citoplásmicos antineutrófilos (ANCA) e acompanhada por uma inflamação granulomatosa necrosante rica em eosinófilos (SULAIMAN; SEUNG; NOOR, 2014).

De acordo com o American College of Rheumatology, o diagnóstico é feito quando quatro ou mais dos seguintes critérios estão presentes: asma, eosinofilia superior a 10%, neuropatia, infiltrados pulmonares migratórios ou transitórios, uma anomalia dos seios paranasais e biópsia com áreas de acúmulo de eosinófilos extravasculares (VENADE *et al.*, 2020).

Para avaliar a atividade e prognóstico da vasculite em pacientes com GEPa pode se utilizar o FIVE SCORE que engloba os seguintes tópicos; idade >65 anos; elevação do nível sérico da creatinina >1,7; envolvimento do trato gastrointestinal; insuficiência cardíaca e ausência de manifestações em ouvido, nariz e garganta. Cada item equivale a um ponto (TALMADGE *et al.*, 2022).

A terapia primária para GEPa são os glicocorticoides sistêmicos. Um agente imunossupressor adicional é normalmente adicionado em pacientes com doença mais avançada ou refratária e naqueles cuja doença se intensifica com redução dos glicocorticoides sistêmicos (TALMADGE *et al.*, 2022).

Diante do que foi exposto, fica evidente a importância de conhecer tal vasculite a fim de que a mesma faça parte do diagnóstico diferencial com outras patologias. Este artigo tem como finalidade apresentar um relato de caso sobre GEPA vivenciado por um residente de clínica médica em um hospital terciário no interior do Ceará.

O objetivo geral do presente estudo foi relatar um caso de granulomatose eosinofílica com poliangeite em uma paciente de 25 anos de idade, ocorrido em um hospital terciário no interior do Ceará. Os objetivos específicos foram: abordar a importância do conhecimento acerca da granulomatose eosinofílica com poliangeite; descrever as características clínicas e laboratoriais da granulomatose eosinofílica com poliangeite e fornecer subsídios de diferenciação destes com as demais vasculites.

Metodologia

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, de abordagem qualitativa e de natureza descritiva na forma de relato de caso, que objetiva a descrição de um dado caso que possa contribuir de forma relevante para área de atuação.

A coleta de dados foi realizada no Hospital Regional do Cariri, localizado na Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triangulo, CEP 63041-162, Juazeiro do Norte – CE. O HRC assiste uma população de 1,5 milhão de habitantes, dos 44 municípios da macrorregião do Cariri, formado pelas regiões de saúde de Juazeiro do Norte, Crato, Brejo Santo, Iguatu e Icó.

Os dados foram obtidos através de informações colhidas apenas no prontuário do paciente cadastrado no Hospital Regional do Cariri, assim como através de anamnese, exame físico e análise de exames complementares realizados durante o internamento do paciente. O caso foi relatado e discutido a luz de literatura atualizada, a qual inclui revistas médicas e artigos publicados em periódicos especializados.

Aspectos éticos

A privacidade e o sigilo dos dados contidos na pesquisa serão respeitados por todos os pesquisadores engajados. As informações serão unicamente para obtenção dos resultados da pesquisa, seguindo as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O presente trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar – ISGH (número do parecer 5.191.261) e após autorização, por

escrito, do voluntário da pesquisa em questão e do Termo de Anuência pelo responsável pela instituição foi iniciado a coleta dos dados para análise.

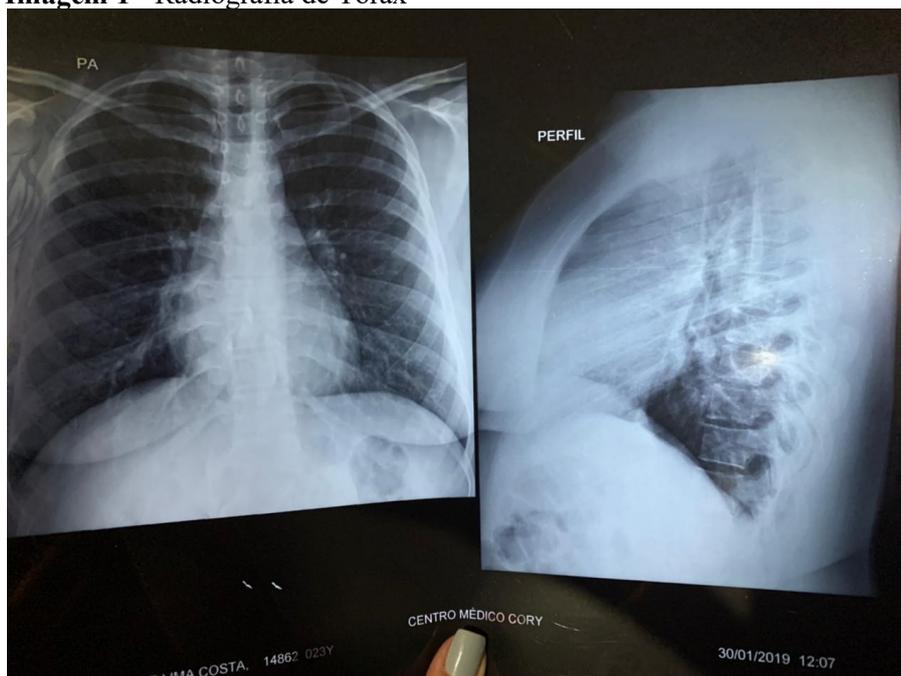
Relato de caso

N.R.L.C 25 anos, sexo feminino, parda, solteira, católica, natural e procedente de Juazeiro do Norte - CE. De comorbidades conhecidas apresentava obesidade grau I. Por volta de janeiro de 2019 a paciente iniciou um quadro clínico de tosse, inicialmente seca e que posteriormente evoluiu com expectoração hialina, atribuiu tal achado a uma “baixa de imunidade” devido a dieta restritiva que estava fazendo na época.

No entanto, o quadro evoluiu com dispneia leve a moderada e, posteriormente, artralgia assimétrica que dificultavam suas atividades diárias. Além disso, iniciou quadro de parestesia em quarto e quinto quirodáctilo direito. No mesmo período procurou um pneumologista que iniciou investigação para o quadro de dispneia a esclarecer. Para início da investigação solicitou exames laboratoriais no dia 30/01/2019, todos dentro da normalidade (vide tabela exames).

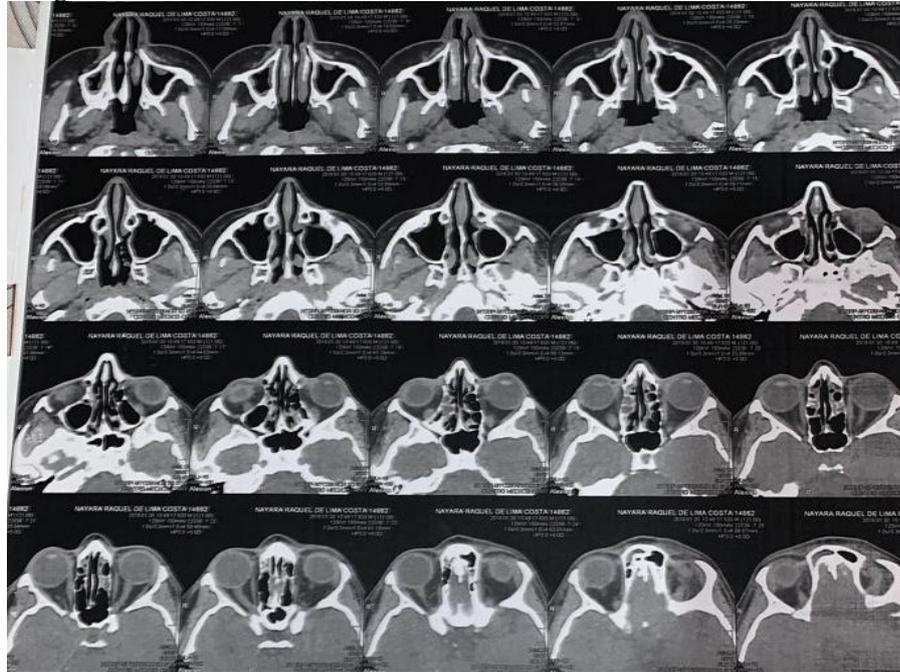
Além disso, o mesmo solicitou radiografia de tórax que evidenciava parênquima pulmonar com transparência habitual, área cardíaca normal, mediastino sem alterações, recessos costodiafragmáticos livres, estruturas ósseas íntegras e tomografia de seio de face que evidenciava desvio de septo nasal a esquerda, com formação de esporão ósseo associado e sinais de pansinusopatia mais importante ao nível das células etmoidais.

Imagem 1 - Radiografia de Torax



Fonte: Arquivo do paciente (2019).

Imagem 2 - TC de Seios da Face



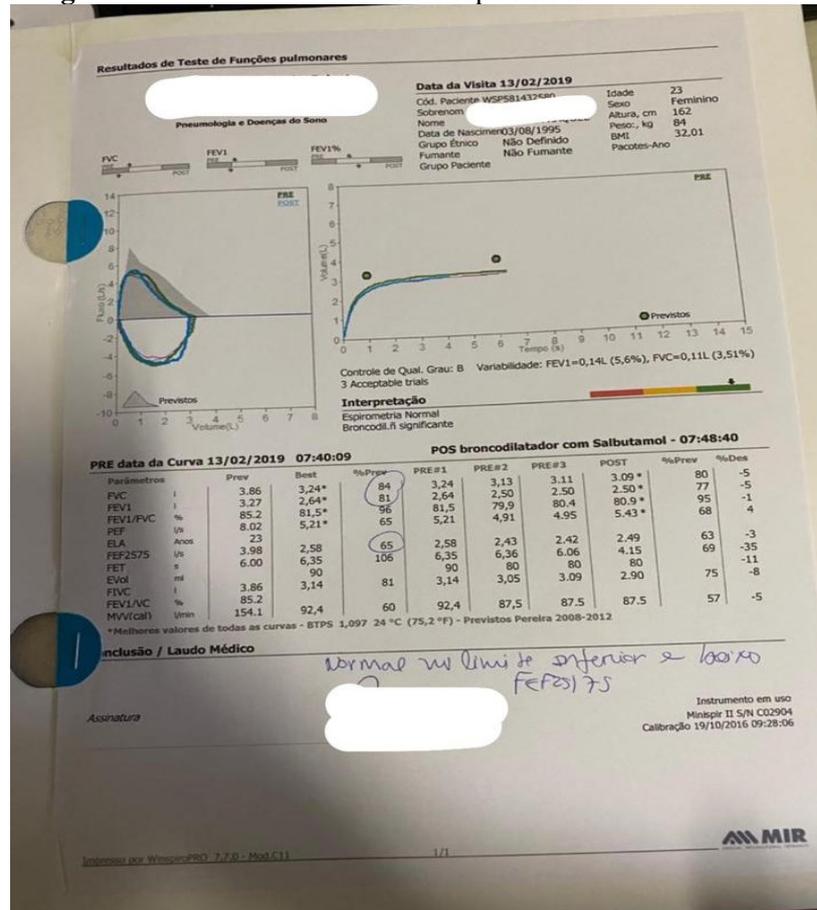
Fonte: Arquivo do paciente (2019).

Após tais exames, a mesma foi referenciada ao médico otorrinolaringologista. Realizou nasolaringoscopia (26/02/19) que evidenciou hipertrofia de cornetos inferiores e palidez da mucosa nasal (sugestivo de rinite alérgica) e laringite posterior (sugestivo de refluxo esôfago-faringolaringeo).

Tais achados levaram a hipótese de rinite alérgica/ asma, sendo iniciado tratamento para tais patologias com Plurair 50mcg (fluticasona intranasal), Fostair 06/100 mcg (beclometasona + formoterol) e Salsep. Como tratamento de manutenção em casos de crises Berotec (fenoterol) e Atrovent (ipratropio).

Em dezembro de 2019, devido a persistência do quadro de dispneia mesmo com terapia otimizada para asma/rinite, a paciente procurou novamente o médico pneumologista para continuar a investigação, neste momento realizou espirometria, com resultado normal, e sendo conduzida como asma de difícil controle.

Imagem 3 – Resultado dos exames - espirometria



Fonte: Arquivo do paciente (2019).

Em agosto de 2020 começou a apresentar erupção cutânea em placas eritemato-pruriginosas. Em outubro de 2020 apresentou quadro de hemoptise. Neste momento, procurou novamente diversos especialistas (dermatologista, otorrinolaringologista, clínico geral, médico da saúde e comunidade) sem fechar nenhum diagnóstico até então. Realizou um novo exame laboratorial que evidenciava leucócitos de 11.610/mm² (EOSINOFILOS 28%) (vide tabela exames).

Imagem 4 - Lesões Cutâneas



Fonte: Arquivo do paciente (2019).

Por volta do início de dezembro de 2020 as lesões cutâneas pioraram de aspecto, desta vez, purpúricas. A paciente procurou novamente um médico dermatologista que levantou a hipótese de vasculite primária. Iniciada a investigação com novos exames laboratoriais e, além disso, foi solicitado biopsia das lesões cutâneas. Desta vez, a paciente apresentava leucócitos de 15.940/mm² (NEUTROFILOS 22%; EOSINOFILOS 51%); IgE total de 4.871; FAN, Fator Reumatoide e C-ANCA negativos.

Imagem 5 - Lesões Cutâneas - purpúricas



Fonte: Arquivo do paciente (2020).

No dia 16/12/2020 apresentou febre não aferida associado a dispneia moderada. No dia 17/12/2020 comparece ao HRC, encaminhada pela médica assistente – dermatologista para investigação do quadro clínico. A mesma deu entrada neste serviço com artralgia bilateral, lesões

cutâneas violáceas purpúricas difusas, predominando em superfícies extensoras, algumas lesões ulceradas, associado a isso mantinha queixa de dispneia leve a moderada.

Imagem 5 - Lesões cutâneas violáceas purpúricas difusas



Fonte: Arquivo do paciente (2020).

Durante o internamento foi realizado exames laboratoriais que evidenciaram eosinofilia em sangue periférico. Além disso, realizou Tomografia computadorizada de Tórax que revelou pneumopatia inflamatória / infecciosa bilateral de aspecto indeterminado, podendo ser encontrado em vasculites. Ecocardiograma transtorácico sem anormalidades.

Diante da paciente com asma de difícil controle, eosinofilia periférica e acometimento de pele foi levantada a hipótese de GEPA. Neste momento foi aplicado os critérios da *American College of Rheumatology*, necessitando de quatro critérios para fechar o diagnóstico (asma grave a moderada, eosinofilia periférica ($> 10\%$ ou $1,5 \times 10^9/L$), mono ou polineuropatia, infiltrados pulmonares transitórios, comprometimento dos seios paranasais e exame anatomopatológico obtido de biópsia compatível).

A paciente em questão apresentava apenas 3 critérios (Asma moderada, eosinofilia periférica, comprometimento dos seis paranasais), visto que a polineuropatia não havia sido confirmada pela eletroneuromiografia e o resultado da biópsia de pele ainda não estava disponível.

Para avaliar a atividade e prognóstico da paciente foi utilizado o FIVE SCORE. A mesma não pontuava neste escore, evidenciando uma vasculite de melhor prognóstico.

Devido à alta suspeita clínica, foi decidido junto com a preceptoria iniciar pulsoterapia com metilprednisona 1mg/kg/dia por 3 dias consecutivos. No segundo dia de pulsoterapia, a equipe teve acesso ao resultado da biópsia de pele realizado ambulatoriamente que evidenciou vasculite envolvendo pequenos vasos da derme profunda e superficial, com intensa eosinofilia. Dessa forma, associado ao quadro clínico e demais exames foi fechando o diagnóstico de GEPA.

Após término do terceiro dia de pulsoterapia a paciente já apresentava melhora clínica significativa, com melhora da secreção de via área superior, da dispneia e da artralgia. Iniciado posteriormente prednisolona 1mg/kg/dia.

Paciente recebe alta do HRC no dia 24/12/20 hemodinamicamente estável e respirando em ar ambiente, sem desconforto, sem queixa de dispneia, negava artralgia. Com encaminhamento para manutenção do cuidado via ambulatorial com médica especialista em reumatologia no ambulatório do HRC. A programação/plano terapêutico para esta paciente era realizar desmame lento de corticoide e caso a mesma se mostrasse corticodependente seria iniciado azatioprina.

Quadro 1 - Tabela Exames

	30/01/19	28/10/20	08/12/20	17/12/20	21/12/20
HEMOGLOBINA	11,4 g/dL	11,4 g/dl	12,2g/dL	13,3g/dL	12,1g/dL
HEMATOCRITO	36%	36%	38,5%	41,7%	35,8%
VCM	72 Fi	71	77,2	76,4	79
LEUCOCITOS	8500 /mm ² (Eosinofilos 8,8%)	11610/mm ² (Eosinofilos 28%)	15.940 (Eosinofilos 51%)	16.410/mm ² (Eosinofilos 50%)	13600/mm ² (eosinófilos 6%)
PLAQUETAS	237.000 /mm ²	248.000/mm ²	197.000/mm ²	294000/mm ²	264000/mm ²
IGE TOTAL	49,3 UI/ml		4.871U/ml		
INR		1		1,1	
GLICOSE		83,3			
UREIA		28,4		34,4	30,4
CREATININA		0,71		0,81	0,8
POTÁSSIO					4
SÓDIO					140
BT				0,59	
PCR					0,14
TGO/AST				16,6	
TGP/ALT				22,5	
ALBUMINA				4,2	
PROTEINA T				8,69	
GLOBULINA				4,49	
RELAÇÃO A/G				0,94	
LDH				235	
FOSFATASE ALCALINA				121	
GGT				18	
FAN			NEGATIVO		
FR			NEGATIVO		
C-ANCA			NEGATIVO		
P-ANCA			NEGATIVO		
HIV					NÃO REAGENTE
VDRL			NÃO REAGENTE		
EAS TIPO 1		INOCENTE			

Discussão

Este relato expõe um caso de síndrome de GEPA, que é a vasculite pulmonar menos comum, com uma incidência de 1 a 7 casos por milhão de indivíduos por ano (ALFARO *et al.*, 2012). Caracterizada por uma tríade clínica de asma, hipereosinofilia e vasculite necrosante. Os pacientes, assim como no caso relatado, encontram-se usualmente na faixa etária de 20 a 40 anos. Homens e mulheres são igualmente afetados (FERNANDES *et al.*, 2014).

A etiologia da doença ainda não está totalmente esclarecida, mas parece haver um importante componente alérgico e imunomediado, já que há forte relação de pacientes com eosinofilia persistente (> 6 meses) e asma, além de títulos elevados de IgE sérica em alguns casos (BARROS; ANTUNES; BARBAS, 2005).

Alfaro e colaboradores (2012) vão de encontro ao quadro clínico da paciente supracitada. Os mesmos evidenciam que o quadro clínico geralmente é dividido em três fases: A primeira fase (prodromica) pode durar vários anos. As características predominantes são a asma atópica e a rinite, geralmente de difícil controle. Na segunda fase (eosinofílica) observa-se uma infiltração tecidual intensa por eosinófilos em vários órgãos, principalmente pelo sistema nervoso central e respiratório. A terceira fase (vasculítica) é caracterizada por uma vasculite sistêmica acentuada, em que os sintomas gerais geralmente precedem o envolvimento dos vários órgãos por este processo.

As manifestações extrapulmonares incluem perda de peso, mialgia e artralgia (37,5%). O coração também pode ser acometido, contribuindo com 48% dos óbitos, principalmente por infarto agudo do miocárdio, pericardite aguda ou constrictiva. A paciente em questão não apresentava sinais/sintomas de doença cardiovascular. Manifestações cutâneas e parestesia dolorosa, como as encontradas na paciente do caso, podem ocorrer em 44% dos pacientes (BARROS; ANTUNES; BARBAS, 2005).

O diagnóstico de GEPA é difícil, não somente pela raridade, mas também pela sobreposição clínica e anatomopatológica que pode haver entre diferentes vasculites, podendo, por este motivo, ter sua prevalência subestimada (BARROS; ANTUNES; BARBAS, 2005). O diagnóstico é baseado em critérios revisados pela *American College of Rheumatology*, necessitando ter pelo menos quatro dos seis critérios seguintes para fechar o diagnóstico da síndrome: asma grave a moderada, eosinofilia periférica (> 10% ou $1,5 \times 10^9/L$), mono ou polineuropatia, infiltrados pulmonares transitórios, comprometimento dos seios paranasais e exame anatomopatológico obtido de biópsia compatível.

O caso acima, a doença se manifestou de forma atípica, visto que o quadro de asma antecedeu a fase vasculítica em menos de 1 ano, enquanto a literatura relata que o quadro respiratório precede em 8 a 10 anos. Outro ponto importante é que a mesma recebeu o diagnóstico que asma de difícil controle, os sintomas da doença limitavam as atividades, causando péssima qualidade de

vida. Nestes casos, a recomendação da literatura frente a um caso de asma de difícil controle é abrir o leque de diagnósticos diferenciais. Neste caso, a presença de asma de difícil controle, eosinofilia periférica importante e lesões cutâneas, levaram à suspeita de GEPA.

As manifestações individuais da síndrome podem ocorrer isoladas. Algumas manifestações podem existir por muitos anos até que as características adicionais evidenciem a clínica. Como exemplo, quase 40% dos pacientes com GEPA apresentam opacidades pulmonares, asma e eosinofilia periférica, antes do desenvolvimento da vasculite sistêmica (poliangeíte) (HAGGSTRAM; ZETTLER; BRAUN, 2008).

A paciente do caso apresentado apresentava 4 critérios: asma, eosinofilia sanguínea periférica superior a 10%, rinite e infiltração eosinofílica em espécime de biópsia de pele. A presença de quatro destes critérios num doente com vasculite demonstrada por biópsia tem uma sensibilidade de 85% e uma especificidade de 99,7% para GEPA. Apesar da GEPA ser uma vasculite associada ao ANCA, este se encontra ausente em mais de 50% dos casos, tal como no relato (ALFARO *et al.*, 2012).

Para avaliar a atividade e prognóstico da vasculite em pacientes com GEPA é indicado o uso o FIVE SCORE que engloba os seguintes tópicos; idade >65 anos; elevação do nível sérico da creatinina >1,7; envolvimento do trato gastrointestinal; insuficiência cardíaca e ausência de manifestações em ouvido, nariz e garganta. Cada item equivale a um ponto prognóstico (GUILLEVIN *et al.*, 1996). Pacientes com five score = 0 apresentam uma sobrevida de 100% em 1 ano e 97% em 5 anos. Aqueles que possuem ≥ 1 possuem estimativa de sobrevivência de 98% em 8 anos (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

A paciente o caso relatado apresentava 0 ponto neste escore, evidenciando bom prognóstico (GUILLEVIN *et al.*, 1996).

Quadro 2 - Parâmetros conforme o Five Score

FIVE SCORE 1996	FIVE SCORE REVISADO EM 2011
ENVOLVIMENTO CARDÍACO	IDADE >65 ANOS
DOENÇA GASTROINTESTINAL	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
INSUFICIÊNCIA RENAL	INSUFICIÊNCIA RENAL
PROTEINÚRIA >1g/dia	ENVOLVIMENTO GASTROINTESTINAL
ENVOLVIMENTO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	AUSÊNCIA DE MANIFESTAÇÕES EM OUVIDO, GARGANTA E NARIZ

Fonte: Adaptado de: Talmadge *et al.* (2022).

Considerações Finais

No caso em questão, foi iniciado pulsoterapia com metilprednisona 1g/dia por 3 dias consecutivos devido a queixa de dispnéia moderada a grave e posteriormente iniciado prednisona

1mg/kg/dia. Segundo Talmadge *et al.* (2022) a terapia intravenosa é usada como terapia inicial para doença multiorgânica aguda seguido por terapia com glicocorticoide oral.

A maioria dos pacientes com GEPA atinge a remissão apenas com terapia com glicocorticoide. Uma vez que as manifestações da doença estejam sob controle, a dose do glicocorticoide é gradualmente reduzida ao longo de 12 meses, conforme tolerado Talmadge *et al.* (2022). No contexto ambulatorial, pacientes que requerem tratamento de longo prazo com glicocorticoides em doses maiores que 15mg por dia está indicado utilizar azatioprina ou metotrexato como agente poupador de glicocorticoide, como foi sugerido no plano terapêutico da paciente em questão. A azatioprina é preferida em relação ao metotrexato devido à dificuldade de monitorizar a pneumonite que pode ser causada por esta droga (TALMADGE *et al.*, 2022).

A ciclofosfamida é utilizada em combinação com os glicocorticoides para pacientes com doença multiorgânica grave, em pacientes com doença ameaçadora a vida ou com risco de dano permanente a órgãos.

As opções de tratamento de segunda linha podem ser consideradas quando os pacientes apresentam doença refratária à terapia convencional relatada anteriormente. Segundo Talmadge *et al.* (2022) entre as drogas utilizadas, temos o Rituximabe que é um anticorpo monoclonal anti-CD20 licenciado para o tratamento de GEPA refratária ou recidivante.

Embora seja uma patologia grave e de prognóstico reservado, observamos uma evolução favorável com o tratamento instituído, por isso a importância do clínico generalista conhecer tal patologia e, dessa forma, estar presente como diagnóstico diferencial das eosinofilias periféricas associadas a neuropatia periférica e asma, pois, seu diagnóstico e a intervenção precoce, proporciona melhora na qualidade de vida dos pacientes e no prognóstico da doença.

Referências

ALFARO, T. M. *et al.* Síndrome de Churg-Strauss: casuística. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, v. 18, n. 2, p. 86-92, 2012.

BARROS, Juliana Monteiro de; ANTUNES, Telma; BARBAS, Carmen Sílvia Valente. Síndrome de Churg-Strauss. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 31, p. s27-s31, 2005.

CHAKRABORTY, Rebanta K.; AEDDULA, Narothama R. Churg Strauss Syndrome. 2019. Disponível em: <https://europepmc.org/article/NBK/nbk537099> Acesso em: 16 jul. 2021.

FERNANDES, Gabriel Lacerda *et al.* Síndrome de Churg-Strauss: relato de caso. **Radiologia Brasileira**, v. 47, n. 4, p. 259-261, 2014.

FURUTA, Shunsuke; IWAMOTO, Taro; NAKAJIMA, Hiroshi. Update on eosinophilic granulomatosis with polyangiitis. **Allergology International**, v. 68, n. 4, p. 430-436, 2019.

GONÇALVES, Mellina Silva. Vasculites: desafio diagnóstico e terapêutico. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 48, n. 4, p. 174-190, 2019.

GUILLEVIN, Loïc *et al.* Prognostic factors in polyarteritis nodosa and Churg-Strauss syndrome. A prospective study in 342 patients. **Medicine**, v. 75, n. 1, p. 17-28, 1996.

HAGGSTRAM, Fabio Maraschin; ZETTLER, Eduardo Walker; BRAUN, Cristiano. Churg-Strauss Syndrome: case report [Abstract in English]. **Scientia Medica**, v. 18, n. 4, p. 172-176, 2008.

OLIVEIRA, Vitor Modesto Farias *et al.* Granulomatose eosinofílica com poliangiíte: relato de caso. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 22, n. 3, p. 27-30, 2018.

SULAIMAN, Wahinuddin; SEUNG, Ong Ping; NOOR, Sabariah Mohd. Infarto agudo do miocárdio como apresentação inicial de granulomatose eosinofílica com poliangiíte (anteriormente, síndrome de Churg Strauss). **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 54, n. 5, p. 393-396, 2014.

TALMADGE, E. King. *et al.* Treatment and prognosis of eosinophilic granulomatosis with polyangiitis (Churg-Strauss). **Upto Date**, v. 1, n. 4, 2022.

VENADE, Gabriela *et al.* Eosinophilic granulomatosis with polyangiitis (Churg-Strauss syndrome). **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 66, n. 77, p. 904-907, 2020.

VERAS JUNIOR, Edilberto Ferreira. **Levantamento epidemiológico de pacientes com vasculites sistêmicas acompanhados no Hospital Geral de Fortaleza**. 2018. 27f. Trabalho de Conclusão de Residência Médica (Residência Médica em Reumatologia) – Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, 2019.

•

Como citar este artigo (Formato ABNT):

CAVALCANTE, Gabriela Macêdo Egídio; CAVALCANTE, Giovana Macedo Egídio; LEITE, Liz Marjorie Batista de Freitas; QUEZADA, Ingrid Gabriela Herrera. Granulomatose Eosinofílica com Poliangiíte: Um Relato de Caso. **Id on Line Rev. Psic.**, Fevereiro/2022, vol.16, n.59, p. 69-81, ISSN: 1981-1179.

Recebido: 03/02/2021;

Aceito 10/02/2022;

Publicado em: 28/02/2022.