



INFORMACIÓN PARA PACIENTES CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA

¿Qué es la esofagitis eosinofílica?

La esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad inflamatoria del esófago —el tubo muscular que se encarga de transportar la comida desde la boca hasta el estómago— de naturaleza alérgica y curso crónico [1]. Puede aparecer a cualquier edad, aunque afecta principalmente a niños, adolescentes y adultos por debajo de los 50 años, siendo mucho más frecuente en hombres que en mujeres.

La EoE fue descrita por primera vez en 1993 y ha sido considerada históricamente una enfermedad rara [1], pero el número de casos ha crecido de manera acelerada desde 2007. Es más frecuente en los países occidentales industrializados, principalmente en Europa y Estados Unidos, pero se han descrito casos en todos los continentes. Un estudio reciente español ha demostrado que el número de pacientes diagnosticados de EoE, tanto pediátricos como adultos, se ha duplicado en menos de una década, desde 2017 a 2024 [2]. La gran mayoría de los pacientes con EoE suelen tener enfermedades alérgicas asociadas (asma, rinoconjuntivitis estacional, alergias alimentarias, dermatitis atópica) en el momento del diagnóstico de la enfermedad.

¿Por qué se produce la EoE?

La EoE es una enfermedad alérgica que resulta de la mezcla de muchos factores (genéticos, ambientales e inmunes). La EoE se puede considerar mayoritariamente una forma de alergia alimentaria, debido a que más de un 90% de quienes la padecen alcanzan la curación si evitan de manera absoluta la comida y la sustituyen por batidos de fórmulas elementales (preparados artificiales que carecen de proteínas, pues las sustituyen por sus componentes aminoácidos, desprovistos de capacidad para provocar alergia) [3]. Una vez que estos pacientes vuelven a una dieta normal, la enfermedad reaparece en todos los casos.

Sin embargo, la EoE no es una alergia típica que se desencadene tras un contacto inmediato con un alimento, sino que existe una respuesta inmune inmune diferida a largo plazo tras la ingesta del alimento o alimentos responsables de la EoE. Por este motivo, las pruebas de alergias alimentarias habituales en sangre y piel, que detectan respuestas inmunes inmediatas o precoces (que son mediadas por la inmunoglobulina E), no son útiles para conocer qué alimentos provocan la enfermedad. Consumir los alimentos desencadenantes de la EoE provoca el atrapamiento en las paredes del esófago de eosinófilos, que son un tipo de células presentes en la sangre que participan



en las reacciones alérgicas. La inflamación del esófago por eosinófilos altera su función y, en última instancia, es la responsable de los síntomas de la EoE.

Hay riesgo genético de acumulación de casos de EoE en las familias, dado que el 5-10% de los pacientes tienen al menos otro miembro de su familia diagnosticado de EoE. En caso de tener EoE, el riesgo de que tus hijos o hermanos la presenten también es de 50 a 80 veces mayor que el de la población general [4]. Sin embargo, la EoE no es sólo una cuestión de genética. En este sentido, estudios en hermanos gemelos con ADN idéntico han mostrado que los factores ambientales —como exposiciones en las primeras etapas de la vida a antibióticos, dietas modernas, el lugar donde se vive, o tener animales o mascotas en casa— desempeñan un papel más relevante en el desarrollo de la enfermedad [4]. Igualmente, la EoE es también más frecuente entre las esposas de pacientes con EoE, lo que demuestra cómo compartir ambientes, y no los genes, puede tener una importancia superior en la aparición de la enfermedad [4].

¿Cuáles son los síntomas para sospechar una EoE?

La EoE es actualmente la primera causa de disfagia (sensación subjetiva de dificultad para la progresión del alimento a cualquier altura del tubo esofágico) e impactación alimentaria (la parada brusca de la comida en alguna localización del esófago, que condiciona obstrucción completa de su luz con incapacidad para el paso posterior de líquidos e, incluso, de saliva) en menores de 50 años a nivel mundial [1]. La enfermedad es fácil de sospechar en adultos, adolescentes y niños por encima de los 10 años, dado que los síntomas más frecuentes en estas franjas de edad son la disfagia y la impactación alimentaria. La presencia de estos síntomas obliga a realizar una endoscopia de entrada para descartar enfermedades más graves. Los síntomas de la enfermedad en niños menores de 10 años son mucho más variables e inespecíficos, con vómitos, falta de crecimiento y alteraciones de los patrones de conducta alimentaria en menores de 5 años, o ardores, dolor torácico o dolor de estómago en niños entre 5 y 10 años [5]. Como estos síntomas pueden ser debidos a múltiples causas distintas de la EoE, la realización de una endoscopia en la infancia quedará reservada a aquéllos niños que no mejoran tras un tratamiento farmacológico o dietético inicial.

Por otro lado, los síntomas de mala función esofágica pueden estar enmascarados por conductas adaptativas de los pacientes, que tratan de minimizar las molestias causadas por la enfermedad evitando determinados alimentos duros o secos, acompañando la toma de alimentos sólidos con mucha agua, masticando muy despacio y/o en exceso la comida y, por consiguiente, terminando siempre los últimos en la mesa a la hora de comer [6].



¿Cómo se diagnostica la EoE?

Una vez sospechada la enfermedad debido a los síntomas anteriormente descritos, se debe realizar una endoscopia digestiva alta, con el objetivo de examinar las alteraciones inflamatorias del esófago y posibles estrecheces. El diagnóstico de la EoE se confirmará mediante la toma de biopsias o muestras de tejido esofágico durante el procedimiento endoscópico, que mostrarán un recuento superior a 15 eosinófilos por campo de gran aumento (eos/cga) en su análisis al microscopio. Actualmente, el diagnóstico de la enfermedad necesita de la conjunción de síntomas de mala función esofágica y la detección de 15 o más eos/cga en las biopsias. Los hallazgos endoscópicos (edema, fisuras, anillos, exudados) no son diagnósticos ni sirven para predecir la curación de la enfermedad durante el seguimiento [1], por lo que las biopsias son imprescindibles para el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad.

¿Cuál es la evolución de la enfermedad una vez diagnosticada?

La historia natural clásica descrita para la enfermedad (evolución inevitable desde la inflamación hacia el estrechamiento esofágico en ausencia de tratamiento) se encuentra actualmente en debate. Existen varios estudios antiguos [7-10] que indicaron que, en ausencia de tratamiento, la enfermedad progresaba inevitablemente hacia la aparición de estrechamientos en el calibre del esófago. Todos estos estudios analizaron mayoritariamente a pacientes diagnosticados en hospitales grandes de referencia antes del 2010. Dado que por aquel entonces muchos pacientes no eran diagnosticados por desconocimiento de la enfermedad y no había tratamientos eficaces para la enfermedad, parece lógico pensar que este grupo de pacientes antiguos no representaría a los pacientes con EoE actuales, que se diagnostican de manera precoz y que tienen a su disposición múltiples herramientas terapéuticas eficaces.

Diversos estudios más recientes han demostrado que la EoE es una enfermedad heterogénea, en la cual los pacientes se diferenciarían entre sí, presentando diversos subtipos (llamados endotipos) de la enfermedad, que podríamos denominar como leve, moderado y grave [11,12]. Estos pacientes tienen un perfil genético, síntomas, hallazgos en la endoscopia y respuesta a los tratamientos farmacológicos muy diferentes entre sí [12,13]. Por tanto, no podemos asumir que todos los pacientes sean iguales, ni que la enfermedad presente los mismos riesgos de progresión en todos los casos. En consecuencia, tampoco deberíamos tratar a todos los pacientes por igual, pero falta aún conocimiento para poder hablar de tratamiento personalizado para cada paciente. Dentro de todos los tipos de pacientes con EoE, aquellos que se diagnostican con estrecheces del esófago muy sintomáticas (estenosis, esófago de calibre estrecho) son los únicos que sabemos con certeza que necesitan tratamiento



crónico de mantenimiento a largo plazo tras ser dilatados, ya que las estrecheces reaparecen de manera universal cuando el tratamiento se interrumpe.

¿Cómo se trata la EoE?

Los objetivos ideales del tratamiento, comunes para cualquier paciente, deberían ser la resolución de los síntomas, la mejoría del aspecto endoscópico del esófago y la desaparición de la inflamación en las biopsias (< 15 eos/cga), la restauración de la calidad de vida y la prevención de complicaciones futuras [14]. En la práctica clínica, el propósito más frecuente es mejorar los síntomas y reducir el recuento de eosinófilos, preferiblemente por debajo de los 15 eos/cga (umbral de diagnóstico de la EoE). Existen varios tratamientos anti-inflamatorios dirigidos a reducir el número de eosinófilos en las biopsias (inhibidores de la bomba de protones (IBP), dietas de eliminación, corticoides tópicos y medicamentos biológicos, como dupilumab), mientras que existe otro tratamiento cuya única función es ensanchar el calibre del esófago mediante la rotura mecánica de la pared esofágica a través de la dilatación con balón o dilatadores rígidos, sin reducir el número de eosinófilos (dilatación endoscópica).

Actualmente, los pacientes con un perfil fibroestenósante (con estrecheces en esófago que producen grave dificultad para la deglución) son los únicos que necesitan un abordaje terapéutico diferente desde el inicio. Estos casos representan menos del 15% del total de pacientes [5] y deben ser tratados directamente con corticoides (como tratamiento antiinflamatorio) y posterior dilatación endoscópica en caso de ser necesaria (como tratamiento para incrementar el calibre del esófago) hasta alcanzar un calibre esofágico deseado de al menos 16 mm [14]. Un calibre de la luz esofágica de 16 mm o superior ha demostrado predecir con gran fiabilidad la resolución de la disfagia o dificultad para deglutir [15].

En los demás pacientes sin perfil fibroestenósante, que son el grupo mayoritario, se debería consensuar entre paciente y médico qué tipo de tratamiento de primera línea utilizar (IBP, dietas o corticoides tópicos), teniendo en cuenta que el objetivo es encontrar un tratamiento eficaz de entrada y mantenerlo en el tiempo (si es un fármaco prescribiendo la dosis mínima eficaz, si es una dieta eliminando únicamente los alimentos que se ha demostrado que causan la enfermedad mediante reintroducción, endoscopia y biopsia). En caso de no responder a algún tratamiento seleccionado en un inicio, se puede probar con cualquiera de las otras opciones restantes. Si ninguna de las tres opciones terapéuticas resulta eficaz (IBP, dietas, corticoides tópicos), se puede realizar tratamiento de rescate con dupilumab.

A continuación, detallaremos de manera sucinta la eficacia y seguridad de los distintos fármacos y dietas.



1. **Inhibidores de la bomba de protones** (como Omeprazol). Son el tratamiento de primera línea preferido en la mayoría de los países, probablemente por su sencillez, bajo coste y ausencia de efectos adversos importantes [16]. Empleados a dosis dobles (esto es, 20 mg de omeprazol dos veces al día, o dosis equivalentes de otros fármacos) consiguen la mejoría sintomática junto con la reducción de eosinófilos por debajo de 15 eos/cga en un 45% de los pacientes [17]. Una vez conseguida la remisión de la enfermedad, 2 de cada 3 pacientes se mantendrán en remisión con dosis reducidas de mantenimiento (como 20 mg de omeprazol cada día) [17,18]. No se han comunicado efectos secundarios graves o relevantes tras el uso prolongado de IBP en pacientes con EoE [18].
2. **Dietas de eliminación empírica**. Dado que las pruebas de alergias alimentarias no son útiles para identificar los alimentos causantes de la EoE, se estableció hace más de 2 décadas que la evitación empírica de los 6 grupos de alimentos más frecuentemente relacionados con la alergia alimentaria —o dieta de 6 alimentos (leche, trigo, huevo, legumbres, frutos secos, pescado y mariscos)— conseguía la curación de la EoE en 3 de cada 4 pacientes [19]. La reintroducción de cada uno de los alimentos individuales en los pacientes respondedores, seguidas de endoscopias con biopsias para documentar la tolerancia o la recurrencia de la enfermedad, permitió identificar qué alimentos concretos eran los causantes de la enfermedad en cada paciente [20,21]. Estos estudios demostraron que los frutos secos y los pescados/mariscos casi nunca provocaban la EoE, dando un base racional para el desarrollo de esquemas dietéticos más sencillos (dieta de 4 alimentos). A su vez, los estudios sobre la dieta de 4 alimentos revelaron que la mayoría de pacientes solo tenían 1 o 2 alimentos causantes de la enfermedad demostrado tras reintroducciones individuales y endoscopia posterior, siendo la leche el alimento más implicado en la EoE especialmente en niños [22,23]. Toda esta evidencia condujo al desarrollo de un abordaje escalonado (2-4-6), de menos a más, o *step-up*, en el abordaje dietético de la enfermedad [24], que es que se mantiene vigente en la actualidad, dado que ahorra endoscopias, acorta tiempos y evita restricciones alimentarias innecesarias. En pacientes pediátricos, se ha demostrado repetidamente que la eliminación de la leche puede resultar en la remisión de la enfermedad en aproximadamente la mitad de los casos [25,26]. Los datos de eficacia actualizados de las diversas dietas [3] se encuentran actualizados en la Tabla 1.



Tabla 1. Eficacia de las diversas dietas de eliminación empírica en la EoE

	Eficacia de la dieta
Dieta elemental	94,5%
Dieta de 6 alimentos	63,9%
Dieta de 4 alimentos	54,7%
Dieta de 2 alimentos	44,3%*
Dieta de 1 alimento (leche)	46,4%

** Contraintuitivamente, la dieta de eliminación de leche es más eficaz que la dieta de eliminación de leche y un segundo alimento. Esto se debe a que todos los estudios de dieta sin leche se han realizado exclusivamente en niños, donde la leche puede llegar a ser el único causante de la enfermedad hasta en el 60% de los casos.*

En aquéllos pacientes que prefieran la dieta sobre el tratamiento con fármacos, se recomienda el tratamiento escalonado, comenzando con la dieta sin leche en niños, y la eliminación de leche y trigo en adultos. En caso de ausencia de respuesta, se puede aumentar el número de alimentos restringidos simultáneamente hasta una dieta de 4 alimentos. Se recomienda escalar a dieta de 6 alimentos sólo en pacientes altamente motivados, a sabiendas de que si son respondedores (2 de cada 3 aproximadamente), las reintroducciones y múltiples endoscopias subsiguientes revelarán la presencia de múltiples alimentos causantes de la enfermedad, lo que comprometerá la viabilidad de la dieta a largo plazo [14].

En los pacientes cuyo único alimento responsable de la EoE es la leche, hasta 2 de cada 3 pacientes adultos pueden tolerar leche esterilizada (hervida, en vez de pasteurizada) o alimentos cocinados que contengan leche, manteniéndose libres de enfermedad [27]. La aparición de malnutrición debida a las restricciones dietéticas en la EoE es infrecuente, pero cabe destacar que se han descrito alteraciones de la conducta alimentaria, pérdida de calidad de vida y desajustes de la vida social en pacientes que siguen tratamientos dietéticos muy restrictivos [28].

- 3. Corticoides tópicos deglutidos.** Debido hasta que hasta hace pocos años no disponíamos de corticoides diseñados específicamente para el tratamiento tópico del esófago en la EoE, históricamente hemos estado tomando prestadas presentaciones de corticoides tópicos de otras enfermedades alérgicas para tragarlos (incluyendo pulverizaciones de budesonida para el asma, solución acuosa de fluticasona para la rinitis) o utilizando fórmulas magistrales de budesonida espesada para facilitar tras su deglución un mayor tiempo de contacto entre el medicamento y la mucosa esofágica inflamada. Estas diferentes formulaciones conseguían



unas tasas de curación subóptimas (en torno al 65%) [29]. Desde el año 2023 tenemos disponible Jorveza, que es una preparación de budesonida bucodispersable diseñada para el tratamiento de la EoE en pacientes adultos, que consigue una curación inicial igual o superior al 90% [29], notablemente superior a cualquier otro corticoide en estudios comparativos [29,30]. Como tratamiento de mantenimiento, el uso de dosis decrecientes de Jorveza ha demostrado mantener su eficacia hasta en el 80% de los casos después de tres años de tratamiento [31]. Este tratamiento no está disponible para menores de 18 años y se espera en breve la aprobación de una solución viscosa de budesonida para niños. Todos los corticoides tópicos mencionados tienen un perfil de seguridad muy bueno, con paso mínimo a sangre, siendo su efecto secundario principal el desarrollo de hongos (candidiasis) en la región orofaríngea o esófago. Esta infección por hongos suele ocurrir en el 5-15% de los pacientes y se trata de manera sencilla con medicamentos, sin necesidad de suspender el tratamiento con corticoides tópicos.

4. **Dupilumab.** Se trata de un anticuerpo monoclonal sintético, de autoadministración subcutánea, utilizado con alta eficacia en casos graves de otras enfermedades alérgicas (asma, dermatitis atópica y rinitis alérgica con pólipos nasales) que suelen coexistir con la EoE. En los grandes ensayos clínicos que han permitido la aprobación de la medicación para la EoE en pacientes a partir de un año de edad y 15 kg de peso [32-34], se ha podido demostrar una eficacia cercana o superior al 80% en pacientes pediátricos y adultos con EoE que no mejoraba tras tratamiento con IBP, dieta y/o corticoides, siendo esta cercana al 90% en un meta-análisis reciente que incluía también estudios de práctica clínica habitual [35]. La administración semanal es la aprobada actualmente para la EoE, debido a que es la que demostró en los ensayos clínicos mejorar de manera significativa los síntomas de la enfermedad [32,33]. Sin embargo, estudios más recientes han demostrado un control similar mantenido, tanto de la inflamación como de los síntomas, cuando se espaciaba la administración de semanal a cada dos semanas [36,37]. Esta eficacia demostrada de dupilumab durante los primeros seis meses parece continuar tras 13 y 18 meses de mantenimiento, respectivamente [33,38]. En todos los estudios anteriormente mencionados, el perfil de seguridad observado para el fármaco es excelente, siendo el efecto adverso más común el dolor en la zona de la inyección. Además, dupilumab no deprime las defensas ni predispone a infecciones, como ocurren con otros fármacos biológicos empleados en otras enfermedades digestivas.



¿Cómo se tratan y siguen a largo plazo los pacientes con EoE?

Cómo realizar el seguimiento a largo plazo y cómo plantear las estrategias de tratamiento de mantenimiento son, sin lugar a dudas, los campos que más incógnitas e incertidumbre genera en la práctica clínica de la EoE.

La EoE es una enfermedad crónica y, en principio, necesitaría un tratamiento crónico. La desaparición espontánea de la enfermedad es muy infrecuente y se ha documentado sólo de manera anecdótica en niños tratados con dietas de eliminación [39]. No hay estudios publicados aún respecto a qué puede ocurrir a largo plazo en el caso de mal cumplimiento o abandono del tratamiento prescrito, lo que puede llegar a ocurrir hasta en el 40% de los pacientes [40]. Algunos estudios, donde solo se han evaluado síntomas sin realización de endoscopia, han evidenciado que, tras la realización de un tratamiento inicial eficaz, muchos pacientes podrían permanecer asintomáticos sin tratamiento por un tiempo largo [41,42]. Por otro lado, la ausencia absoluta de tratamiento parece empeorar la evolución de la enfermedad, mientras que el tratamiento a largo plazo puede ser beneficioso, pero todo ello con un nivel de evidencia científica aún muy bajo [1]. De igual manera, no disponemos de estudios publicados acerca de estrategias de tratamiento a largo plazo con administración intermitente de fármacos (a días, semanas o meses alternos) o con cumplimiento intermitente de restricciones dietéticas.

En el primer documento publicado de consenso internacional de expertos para debatir cómo seguir a los pacientes con EoE a largo plazo [43], se alcanzó un acuerdo acerca de seguir periódicamente cada 1-2 años en consulta, sin poder precisar cuándo es necesario realizar endoscopia de control para monitorizar la eficacia del tratamiento de mantenimiento. Las circunstancias clínicas, los cambios de tratamiento y el acuerdo entre paciente y médico son la base para proporcionar un seguimiento individualizado. Como regla general, tras la endoscopia inicial diagnóstica, se debe realizar endoscopia para valorar la eficacia de cualquier tratamiento nuevo, para valorar la eficacia de un tratamiento previo en el que se han realizado cambios durante el mantenimiento (bajada o subida de dosis, eliminación o reintroducción de alimentos) y siempre que haya cambios llamativos en los síntomas del paciente.



Fecha de realización: Junio del 2026

Javier Molina Infante. Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Cáceres. Centro de Investigación Biomédica en Red Enfermedades Hepáticas y Digestivas CIBERehd, ISCII, Madrid

Alfredo J. Lucendo. Servicio de Aparato Digestivo, Hospital General de Tomelloso. Centro de Investigación Biomédica en Red Enfermedades Hepáticas y Digestivas CIBERehd, ISCII, Madrid



BIBLIOGRAFÍA

1. Lucendo AJ, Molina-Infante J, Arias A, et al. European Guidelines on Eosinophilic Esophagitis: Evidence-based Statements and Recommendations for Diagnosis and Management in children and adults. Part 1: Diagnosis, epidemiology and natural history. *United European Gastroenterol J* 2026; in press.
2. Arias Á, Cabrera-Martinez AM, Úbeda-Vargas V, et al. Prevalence of Eosinophilic Esophagitis Doubles in Less Than a Decade: A Population-Based Study in 2 Regions of Spain. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2026 Mar 30:0. doi: 10.18176/jiaci.1161.
3. Arias Á, Tejera-Muñoz A, Gutiérrez-Ramírez L, et al. Efficacy of Dietary Therapy for Eosinophilic Esophagitis in Children and Adults: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 2024 Jul 11;16(14):2231. doi: 10.3390/nu16142231.
4. Alexander ES, Martin LJ, Collins MH, et al. Twin and family studies reveal strong environmental and weaker genetic cues explaining heritability of eosinophilic esophagitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2014 Nov;134(5):1084-1092.e1.
5. Laserna-Mendieta EJ, Navarro P, Casabona-Francés S, et al. Differences between childhood- and adulthood-onset eosinophilic esophagitis: An analysis from the EoE connect registry. *Dig Liver Dis*. 2023 Mar;55(3):350-359.
6. Hirano I, Furuta GT. Approaches and Challenges to Management of Pediatric and Adult Patients With Eosinophilic Esophagitis. *Gastroenterology*. 2020 Mar;158(4):840-851.
7. Schoepfer AM, Safroneeva E, Bussmann C, et al. Delay in diagnosis of eosinophilic esophagitis increases risk for stricture formation in a time-dependent manner. *Gastroenterology* 2013;145:1230–1232.
8. Dellon ES, Kim HP, Sperry SL, et al. A phenotypic analysis shows that eosinophilic esophagitis is a progressive fibrostenotic disease. *Gastrointest Endosc* 2014;79:577–585.
9. Lipka S, Kumar A, Richter JE. Impact of Diagnostic Delay and Other Risk Factors on Eosinophilic Esophagitis Phenotype and Esophageal Diameter. *J Clin Gastroenterol* 2016;50:134–140.
10. Warners MJ, Oude Nijhuis RAB, de Wijkerslooth LRH, et al. The natural course of eosinophilic esophagitis and long-term consequences of undiagnosed disease in a large cohort. *Am J Gastroenterol* 2018;113:836-844.
11. Shoda T, Wen T, Aceves SS, et al. Eosinophilic oesophagitis endotype classification by molecular, clinical, and histopathological analyses: a cross-sectional study. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2018;3:477-488.
12. Dunn JLM, Shoda T, Caldwell JM, et al. Esophageal type 2 cytokine expression heterogeneity in eosinophilic esophagitis in a multisite cohort. *J Allergy Clin Immunol* 2020;145:1629-1640.e4.
13. Shoda T, Ruffner MA. Clinical heterogeneity and endotype stratification in eosinophilic esophagitis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2026 Apr 25:S1081-1206(26)00177-8.
14. Lucendo AJ, Molina-Infante J, Arias A, et al. European Guidelines on Eosinophilic Esophagitis: Evidence-based Statements and Recommendations for Diagnosis and Management in children and adults. Part 2: Treatment and follow-up strategies. *United European Gastroenterol J* 2026; in press.



15. Beveridge CA, Hermanns C, Thanawala S, et al. An Esophageal Luminal Diameter of 16 mm Predicts Dysphagia Resolution in Eosinophilic Esophagitis. *Dig Dis Sci.* 2025 May;70(5):1824-1831.
16. Laserna-Mendieta EJ, Casabona S, Savarino E, et al. Efficacy of Therapy for Eosinophilic Esophagitis in Real-World Practice. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2020 Dec;18(13):2903-2911.e4
17. Lucendo AJ, Gutiérrez-Ramírez L, Tejera-Muñoz A, et al. Proton Pump Inhibitors for Inducing and Maintaining Remission in Eosinophilic Esophagitis: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2025 Nov;23(12):2115-2127.e21.
18. Molina-Infante J, Casiano-Manzano S, Fernandez-Gonzalez N, et al. Long-term loss of response to proton pump inhibitors is uncommon in adult eosinophilic esophagitis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2026; May 8:S1542-3565(26)00331-9.
19. Kagalwalla AF, Sentongo TA, Ritz S, et al. Effect of six-food elimination diet on clinical and histologic outcomes in eosinophilic esophagitis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2006 Sep;4(9):1097-102.
20. Gonsalves N, Yang GY, Doerfler B, et al. Elimination diet effectively treats eosinophilic esophagitis in adults; food reintroduction identifies causative factors. *Gastroenterology.* 2012 Jun;142(7):1451-9.
21. Lucendo AJ, Arias Á, González-Cervera J, et al. Empiric 6-food elimination diet induced and maintained prolonged remission in patients with adult eosinophilic esophagitis: a prospective study on the food cause of the disease. *J Allergy Clin Immunol.* 2013 Mar;131(3):797-804.
22. Molina-Infante J, Arias A, Barrio J, et al. Four-food group elimination diet for adult eosinophilic esophagitis: A prospective multicenter study. *J Allergy Clin Immunol.* 2014 Nov;134(5):1093-9.e1.
23. Kagalwalla AF, Wechsler JB, Amsden K, et al. Efficacy of a 4-Food Elimination Diet for Children With Eosinophilic Esophagitis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2017 Nov;15(11):1698-1707.e7.
24. Molina-Infante J, Arias Á, Alcedo J, et al. Step-up empiric elimination diet for pediatric and adult eosinophilic esophagitis: The 2-4-6 study. *J Allergy Clin Immunol.* 2018 Apr;141(4):1365-1372.
25. Wechsler JB, Schwartz S, Arva NC, et al. A Single-Food Milk Elimination Diet Is Effective for Treatment of Eosinophilic Esophagitis in Children. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2022 Aug;20(8):1748-1756.
26. Kliewer KL, Abonia JP, Aceves SS, et al. One-food versus 4-food elimination diet for pediatric eosinophilic esophagitis: A multisite randomized trial. *J Allergy Clin Immunol.* 2025 Feb;155(2):520-532.
27. González-Cervera J, Arias Á, Navarro P, et al. Tolerance to sterilised cow's milk in patients with eosinophilic oesophagitis triggered by milk. *Aliment Pharmacol Ther.* 2022 Sep;56(6):957-967.
28. Molina-Infante J. Nutritional and Psychological Considerations for Dietary Therapy in Eosinophilic Esophagitis. *Nutrients.* 2022 Apr 12;14(8):1588.
29. Laserna-Mendieta EJ, Navarro P, Casabona-Francés S, et al. Swallowed topical corticosteroids for eosinophilic esophagitis: Utilization and real-world efficacy from the EoE CONNECT registry. *United European Gastroenterol J.* 2024 Jun;12(5):585-595.
30. Lucendo AJ, Arias Á, Álvarez-Bueno C, et al. Comparative Efficacy and Safety of Swallowed Topical Corticosteroids in Eosinophilic Esophagitis: A Network Meta-Analysis. *J Clin Med.* 2025 Nov 4;14(21):7823.



31. Biedermann L, Schlag C, Straumann A, et al. Efficacy and Safety of Budesonide Orodispersible Tablets for Eosinophilic Esophagitis up to 3 Years: An Open-Label Extension Study. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2025 Nov;23(12):2144-2154.e6.
32. Dellon ES, Rothenberg ME, Collins MH, et al. Dupilumab in Adults and Adolescents with Eosinophilic Esophagitis. *N Engl J Med*. 2022 Dec 22;387(25):2317-2330.
33. Rothenberg ME, Dellon ES, Collins MH, et al. Efficacy and safety of dupilumab up to 52 weeks in adults and adolescents with eosinophilic oesophagitis (LIBERTY EoE TREET study): a multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2023 Nov;8(11):990-1004.
34. Chehade M, Dellon ES, Spergel JM, et al. Dupilumab for Eosinophilic Esophagitis in Patients 1 to 11 Years of Age. *N Engl J Med*. 2024 Jun 27;390(24):2239-2251.
35. Garg A, Moond V, Velpari S, et al. Real-world Effectiveness of Dupilumab in Eosinophilic Esophagitis: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Clin Gastroenterol*. 2025 Jul 1;59(6):483-490.
36. Fu J, Sia T, O'Hearn B, et al. Step-Down Dupilumab Dosing Regimen in Patients With Eosinophilic Esophagitis: A Real-World, Retrospective Study. *Clin Exp Allergy*. 2025 Oct;55(10):970-972.
37. Lee CJ, Sperling GL, Hendrick GN, et al. Decreased Dupilumab Dosing Frequency Maintains Long-Term Response in Patients With Eosinophilic Esophagitis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2026 Apr 1:S1542-3565(26)00235-1.
38. Oliva S, Felici E, Russo G, et al. Long-term effectiveness of dupilumab in eosinophilic esophagitis: Results from the DUPEOETALY Study. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2026 Apr 24:S1542-3565(26)00273-9. doi: 10.1016/j.cgh.2026.04.004. Online ahead of print.
39. Hoofien A, Papadopoulou A, Gutiérrez-Junquera C, et al. Sustained remission of eosinophilic esophagitis following discontinuation of dietary elimination in children. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020 Jan;18(1):249-251.e1.
40. Haasnoot ML, Safi S, Bredenoord AJ. Poor Adherence to Medical and Dietary Treatments in Adult Patients With Eosinophilic Esophagitis. *Am J Gastroenterol*. 2022 Sep 1;117(9):1412-1418.
41. Podboy AJ, Lavey C, Mara K, et al. Eosinophilic Esophagitis Is Rarely Continually Symptomatic 10 Years After an Initial Treatment Course in Adults. *Dig Dis Sci*. 2019 Dec;64(12):3568-3578.
42. Levine J, Lai J, Edelman M, et al. Conservative long-term treatment of children with eosinophilic esophagitis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2012 May;108(5):363-6.
43. Arnim UV, Biedermann L, Aceves SS, et al. Monitoring Patients With Eosinophilic Esophagitis in Routine Clinical Practice - International Expert Recommendations. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2023 Sep;21(10):2526-2533.