

ENFERMEDAD CELÍACA: DIAGNÓSTICO Y NUEVAS FORMAS DE PRESENTACIÓN

LUCRECIA SUÁREZ CORTINA, M.D¹.

RESUMEN

Es posible que la Enfermedad Celíaca (EC) en algunos países esté aún subdiagnosticada, y Colombia no es la excepción. Hay diversas formas de presentación. En cualquiera de los casos, es necesario las pruebas de anticuerpos y la toma de biopsia intestinal para su diagnóstico. El diagnóstico de EC, según lo recomendado desde el año 1989 por ESPGHAN, con la toma de una biopsia intestinal ante la presencia de síntomas, para luego del retiro del gluten esperar reversión de la sintomatología junto con seronegatividad de los anticuerpos.

Palabras clave: Enfermedad celíaca, Diagnóstico, Niños

INTRODUCCIÓN

Es posible que la Enfermedad Celíaca (EC) en algunos países esté aun subdiagnosticada, y Colombia no es la excepción^{1,2}. En España es frecuente (1:80-100 niños), y para nosotros, se ha venido incrementando: de la década de los setenta a ochenta (42 niños) a la década de los noventa y dos mil (107 niños); y es un usual motivo de consulta en pediatría. La EC es una intolerancia permanente al gluten, que ocasiona una alteración en la mucosa intestinal, básicamente una atrofia, por lo general siempre en individuos con predisposición genética, caracterizada por herencia poligénica, por lo que no hay estudios al 100% fiables para conocer cuáles sujetos son los más susceptibles³. Los celíacos tienen una predisposición genética: antígenos de la clase HLA tipo 2 DQ2 y Dq8⁴. En la presentación sintomática de la EC, es conocido que cuando se retira el gluten, hay resolución de los síntomas, y al ser reintroducido hay recaída, estando siempre presente una alteración en la vellosidad intestinal, lo que obliga la toma de

SUMMARY

Celiac Disease (CD) in some countries is still underdiagnosed, and Colombia is no exception. There are different forms. In either case, it is necessary antibody testing and intestinal biopsy for diagnosis. The diagnosis of CD, is checked as recommended since 1989 by ESPGHAN, with the capture of an intestinal biopsy in the presence of symptoms, then removal of gluten expected reversal of symptoms with seronegative for antibodies.

Key words: Celiac disease, Diagnosis, Children

biopsias intestinales en su diagnóstico y manejo^{5,6}.

DIAGNÓSTICO

Cuadro clínico. Hay diversas formas de presentación; la clásica, caracterizada por diarrea, irritabilidad, anorexia y pérdida de peso. Otras formas, son las monosintomáticas, en donde no hay diarrea, pero si por retardo en el crecimiento, anemia ferropénica refractaria al tratamiento, aftas repetitivas, estreñimiento, dolor abdominal recurrente, amenorrea, trastornos del carácter, y alteración hepática (Figura 1). En cualquiera de los casos, es necesario las pruebas con anticuerpos y la toma de biopsia intestinal para su diagnóstico⁷. Hay una serie de niños celíacos asintomáticos o silentes, que pueden ser identificados en pruebas de tamizaje poblacionales o en familias a riesgo, en donde se logran diagnosticar hasta un 10% de familiares en primera línea de consanguinidad. Otra forma de EC, es la latente o potencial. Finalmente, hay entidades en las cuales se debe sospechar la EC como el síndrome de Down⁸, el síndrome de Turner, los diabéticos⁸⁻¹², en los niños con déficit de IgA o enfermedades autoinmunes¹³⁻¹⁵, o con lesiones de tipo herpetiforme. En síntesis, en nuestro medio hay disminución de la forma clásica de los niños pequeños e incremento de las

¹MD. Pediatra. Gastroenteróloga. Hospital Ramón y Cajal. Madrid, España

Recibido para publicación: enero 15, 2010
Aceptado para publicación: abril 1, 2010

CARACTERISTICAS	1977-1984	1998-2002
Total de Pacientes EC	42	107
Distribución por sexo	F (57.1%) M (42.9%)	F (68.3%) M (31.7%)
Edad inicio de síntomas	0.9	1.33
Edad 1ª biopsia intestinal	4.0	2.51
% Z-score de peso <-1.6	30.95%	38.83%
% Z-score de talla <-1.6	14.28%	18.36%
Distensión abdominal	85.71%	44.85%
Diarrea	76.19%	44.85%
Anorexia	71.42%	39.25%
Cambios de carácter	71.42%	21.5%
Retraso o pérdida de peso	57.14%	28.03%
Vómitos	28.57%	13.08%
Retraso del crecimiento	9.03%	28.03%
Anemia ferropénica	0%	10.28%
Estreñimiento	2.38%	9.34%
Alteración función hepática	0%	3.73%
Asintomáticos (cribado)	0%	9.34%

Formas clásicas
niños pequeños y en
descenso

Formas atípicas y
monosintomáticas: niños
mayores y en ascenso.

Figura 1. Cuadro clínico de la EC en el Hospital Ramón y Cajal, España 1997-2002

formas atípicas mono o poco sintomáticas de los niños mayores (Figura 2)^{16,17}.

Paraclínicos. El diagnóstico de EC, se comprueba según lo recomendado desde el año 1989 por ESPGHAN¹⁸, con la toma de una biopsia intestinal ante la presencia de síntomas, para luego del retiro del gluten esperar reversión de la sintomatología junto con seronegatividad de los anticuerpos (Acs). Actualmente se cuentan con pruebas serológicas con buena sensibilidad y especificidad, incluso en kits comerciales: Acs anti gliadina¹⁹, anti endomicio, y anti transglutaminasa; siendo éstos últimos más económicos que los anti endomicio con una sensibilidad y especificidad similar²⁰. En los niños menores de 2 años, en quienes los Acs anti endomicio pueden dar falsos negativos, están indicados unos Acs anti gliadina más anti transglutaminasa. Como los kits comerciales de los Acs anti endomicio y anti transglutaminasa son del tipo IgA, es posible que en niños con déficit de IgA (10% de la población infantil) estas pruebas den falsos negativos; por lo que se sugiere previo a la realización de unos Acs anti transglutaminasa, tomar niveles séricos de IgA, cuyos valores normales dependerán del grupo de edad (> 5 en niños entre 4 y 5 años). Valores de Acs anti transglutaminasa 10 veces por encima

del límite normal, tienen un valor predictivo del 100%. En los casos positivos se requiere de una biopsia intestinal. La prueba de retirar el gluten y tomar una segunda o hasta una tercera biopsia intestinal post reto al gluten, deberá estar reservada y excepcionalmente, a los niños menores de 2 años, desnutridos y con parasitosis.

REFERENCIAS

1. Calderón OG, Matallana AM, Naranjo MM. Anticuerpos para enfermedad celíaca en niños expuestos a riesgo en la ciudad de Cali, Colombia. *Rev Colomb Med* 2005; 36 (Supl 1): 61
2. Wilches A, Gómez C. Enfermedad celíaca en niños. *Rev Colomb Gastroenterol* 2010; 25: 204-213
3. Ortigosa L. Manifestaciones digestivas y extradigestivas de la Enfermedad Celíaca. *Rev Colomb Médica* 2005; 36 (Supl 1): 52-57
4. Alarida K, Harown J, Di Pierro MR, Drago S, Catassi C. HLA-DQ2 and DQ8 genotypes in celiac and healthy Libyan children. *Dig Liver Dis* 2010; 42: 425-427
5. Williams SAL, Heather N, Beattie RM. Coeliac disease. *Paediatr Child Health* 2010; 20: 457-461
6. Mangiavillano B, Masci E, Parma B, Barera G, Viaggi P, Albarello L, et al. Bulb biopsies for the diagnosis of celiac disease in pediatric patients. *Gastrointest Endosc* 2010; 72: 564-568
7. Ali IM, Mariash NC, Maurel SL, Deschutter S. Enfermedad celíaca: formas de presentación clínica en la población pediátrica. *Rev Post Vía Cátedra Med* 2006; 3
8. Wouters J, Weijerman ME, Van Furth AM, Schreurs MWJ, Crusius JBA, Von Blomberg ME, et al. Prospective human leukocyte antigen,

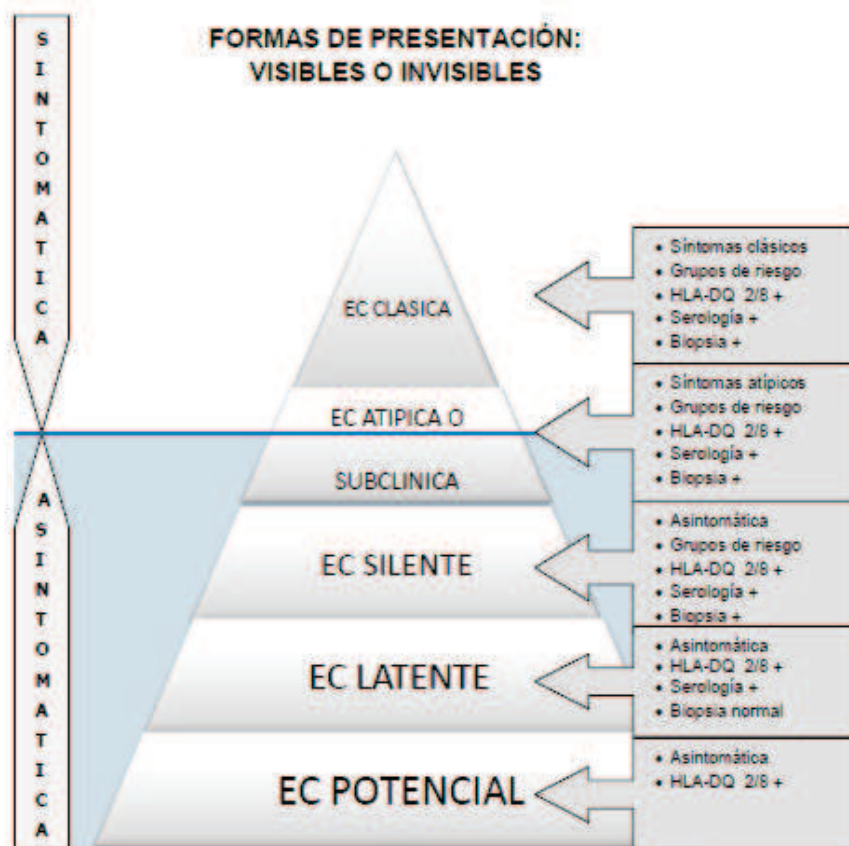


Figura 2. Formas clínicas de la EC en niños

- endomysium immunoglobulin A antibodies, and transglutaminase antibodies testing for celiac disease in children with Down Syndrome. *J Pediatr* 2009; 154: 239-242
9. Baptista ML, Ling YK, Mitsunori R, Ossamu S. Prevalence of Celiac Disease in Brazilian Children and Adolescents with Type 1 Diabetes Mellitus. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005; 31: 621-624
 10. Landaeta N, Fernández A, Rodríguez M, PimenteRoss E, et al. Enfermedad celíaca en pacientes pediátricos con diabetes mellitus tipo 1. *GEN* 2008; 62: 96-99
 11. Frohlich-Reiterer EE, Kaspers S, Hofer S, Schober E, Kordonouri O, Bechtold-Dalla S, et al. Anthropometry, metabolic control, and follow-up in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus and biopsy-proven celiac disease. *J Pediatr* 2010 (in press)
 12. Kakleas K, Karayianni C, Critselis E, Papathanasiou A, Petrou V, Fotinou A, et al. The prevalence and risk factors for coeliac disease among children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Res Clin Pract* 2010; 90: 202-208
 13. Meloni A, Mandas C, Jores RD, Congia M. Prevalence of Autoimmune Thyroiditis in Children with Celiac Disease and Effect of Gluten Withdrawal. *J Pediatr* 2009; 155: 51-55
 14. Cassio A, Ricci G, Baronio F, Miniaci A, Bal M, Bigucci B, et al. Long-term clinical significance of thyroid autoimmunity in children with celiac disease. *J Pediatr* 2010; 156: 292-295
 15. Simmons JH, Klingensmith GJ, McFann K, Rewers M, Ide LM, Taki I, et al. Celiac autoimmunity in children with type 1 diabetes: a two-year follow-up. *J Pediatr* 2010 (in press)
 16. Guandalini S, Setty M. Celiac disease. In: Velasco CA, editor. *Topics in Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*. Editorial Distribuna: Bogotá 2007: 1-13
 17. Hill ID, Bhatnagar S, Cameron DJS. Celiac disease: Working Group Report of the First World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002; 35 (Supl): 78-88
 18. Walker-Smith JA, Guandalini S, Schmitz J. Revised criteria for the diagnosis of celiac disease. Report of the working group of European Society of Paediatric Gastroenterology and Nutrition. *Arch Dis Child* 1990; 65: 909-911
 19. Vermeersch P, Richter T, Hauer AC, Stern M, Uhlig HH, Zimmer KP, et al. Use of likelihood ratios improves clinical interpretation of IgG and IgA anti-DGP antibody testing for celiac disease in adults and children. *Clin Biochemistry* 2010 (in press)
 20. Lozano W, Méndez V, Ferreira MI, Gutiérrez C. Sensibilidad y especificidad de los exámenes anti gliadina y anti endomisio. *Arch Pediatr Urug* 2004; 75: 337