

# ENFERMEDAD CELÍACA

La enfermedad celíaca (EC) es una intolerancia permanente al gluten del trigo, cebada y centeno, en individuos predispuestos genéticamente, caracterizada por una reacción inflamatoria, de base inmune, que altera la mucosa del intestino delgado dificultando la absorción de macro y micronutrientes.

La prevalencia estimada en los europeos y sus descendientes es del 1%, siendo dos veces más frecuente en las mujeres.

Existe un elevado infradiagnóstico condicionado por su tradicional vinculación clínica, casi exclusiva, con la forma clásica de presentación. Sin embargo, la mayor y mejor utilización de las pruebas complementarias, ha permitido evidenciar la existencia de diferentes formas de EC:

Sintomática	Clásica:	Esteatorrea y síndrome de malabsorción.
	Atípica:	Oligo y monosintomáticas con síntomas digestivos inespecíficos y/o extraintestinales.
Subclínica	Ausencia de síntomas en pacientes sin otras enfermedades o pertenecientes a grupos de riesgos.	
Latente	Tipo A:	Adultos diagnosticados de EC en la infancia, actualmente asintomáticos a pesar de seguir una dieta normal.
	Tipo B:	Personas con biopsia intestinal normal en estudios previos, que desarrollarán la EC con posterioridad.
Potencial	Familiares de primer grado con linfocitosis intraepitelial intestinal.	

## 1. Síntomas:

- Los niños entre 9 y 24 meses presentan náuseas, vómitos, diarreas, distensión abdominal, pérdida de masa muscular y peso, fallo de crecimiento, laxitud e irritabilidad. Después de los tres años son frecuentes las deposiciones blandas, talla baja, anemias ferropénicas resistentes a tratamiento y alteraciones del carácter. En los adolescentes, en cambio, suele ser asintomática.

- En adultos, la máxima incidencia se registra en mujeres entre 30 y 40 años de edad, aunque el 20% de los pacientes superan los 60 años en el momento del diagnóstico. Los síntomas más frecuentes son fatiga (82%), dolores abdominales (77%), meteorismo (73%) y anemias ferropénicas (63%). El estreñimiento está presente en el 10% de los casos, y frecuentemente son diagnosticados de síndrome de intestino irritable (30%). La osteomalacia, osteopenia y osteoporosis son habituales (36%), incluso en ausencia de malabsorción, con el consiguiente incremento del riesgo de fracturas ([Tabla 2](#)):

<b>Tabla 2. Manifestaciones clínicas según la edad de presentación</b>		
<b>Niños</b>	<b>Adolescentes</b>	<b>Adultos</b>
<b>Síntomas</b>		
Deposiciones blandas Anorexia Vómitos Dolores abdominales Irritabilidad Apatía Introversión Tristeza	Frecuentemente asintomáticos Dolor abdominal Cefaleas Artralgias Retraso menstrual Irregularidades menstruales Estreñimiento Deposiciones blandas	Dispepsia Deposiciones blandas crónicas Dolor abdominal Síndrome intestino irritable Dolores óseos Infertilidad, abortos recurrentes Parestesias, tetania Ansiedad, depresión, epilepsia, ataxia
<b>Signos</b>		
Distensión abdominal Malnutrición Hipotrofia muscular Retraso pondo-estatural Dislexia, autismo, hiperactividad Raquitismo Hematomas Anemias mixtas	Aftas orales Hipoplasia del esmalte Distensión abdominal Debilidad muscular Baja talla Artritis, osteopenia Queratosis folicular Anemia por déficit de hierro	Malnutrición con o sin pérdida de peso Edemas periféricos Baja talla Neuropatía periférica Miopatía proximal Anemia ferropénica Hipertransaminemia Hipoesplenismo

## PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Conviene mantener un alto grado de sospecha en aquellos pacientes con clínica atípica o pertenecientes a grupos de riesgo.

- Aunque la estrategia de investigación serológica va a estar condicionada por la oferta del centro de referencia donde se realizan las determinaciones, actualmente los anticuerpos recomendados son los antigliadinas IgA, antiendomiso IgA y antitransglutaminasa tisular IgA (Tabla 4), junto a la IgA sérica total. Cuando ésta última sea deficitaria, se solicitarán las fracciones IgG de los mismos anticuerpos.

<b>Tabla 4. Validez diagnóstica serológica en pacientes celíacos no tratado</b>		
<b>Tipo de anticuerpo</b>	<b>S (%)</b>	<b>E (%)</b>
Ac antigliadina IgA	64	92
Ac antiendomiso IgA	86	100
Ac antitransglutaminasa tisular IgA (rh)*	91	96
Ac antigliadina IgG	84	86
Ac antiendomiso IgG	94	99
Ac antitransglutaminasa tisular IgG (rh)*	96	99

\* humana recombinante

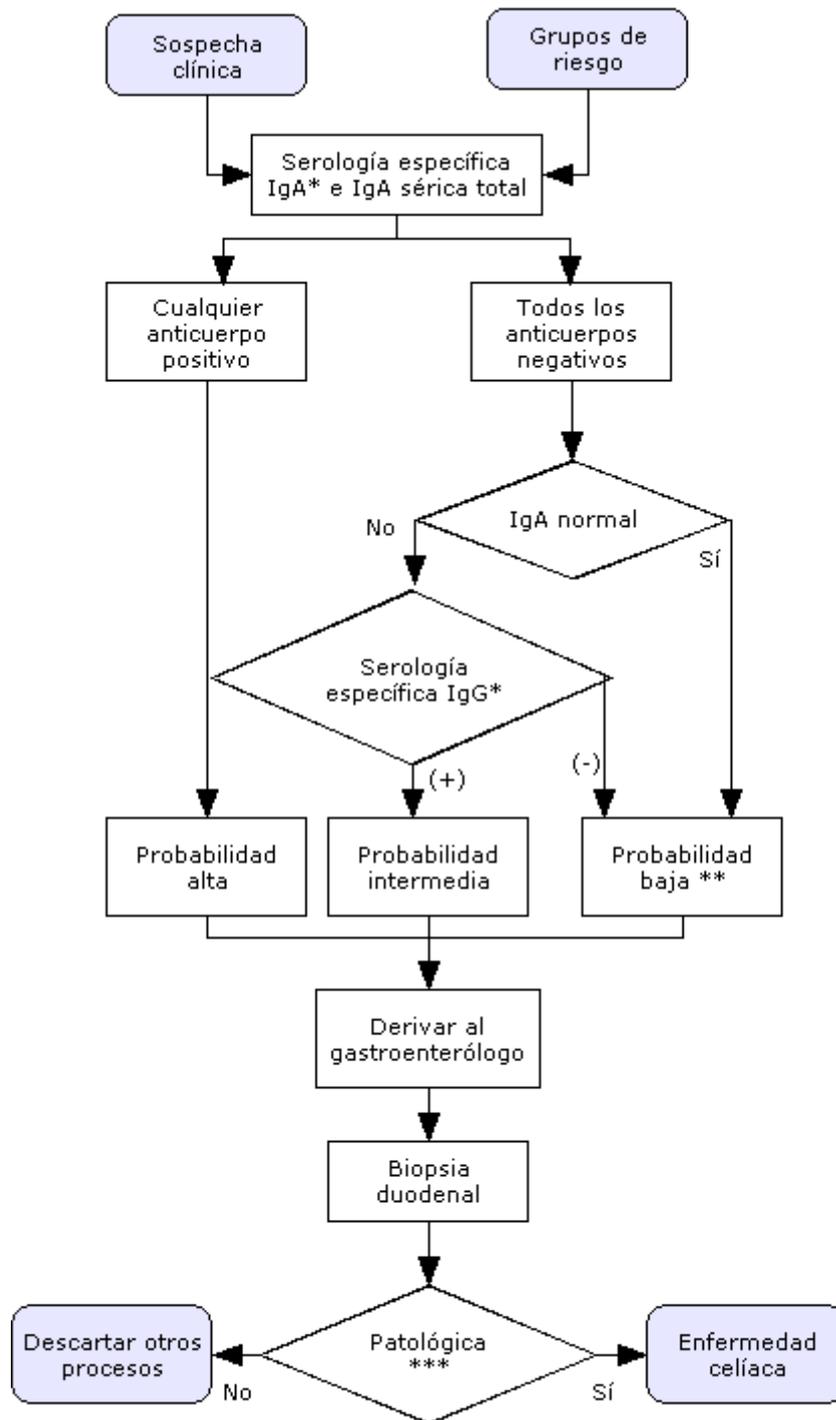
Si uno, alguno, o todos los marcadores son positivos la probabilidad de que el paciente sea celíaco es alta, por lo que será derivado al gastroenterólogo. Dicha derivación también se establecerá cuando la serología sea negativa si la sospecha clínica es elevada. Pueden dar falsos positivos serológicos personas con gastroenteritis agudas, síndromes postgastroenteríticos, giardiasis, enfermedad de Chron, sobrecrecimiento bacteriano e intolerancia a proteínas alimentarias.

- El diagnóstico definitivo se realizará mediante una biopsia duodenal distal en la que se ponga de manifiesto la existencia de un incremento de los linfocitos intraepiteliales (grado I), hiperplasia de las criptas (grado II), o atrofia vellositaria (grado III). Actualmente con una sola biopsia positiva se puede confirmar el diagnóstico de EC (criterios 1989). No obstante, el número de las mismas variará dependiendo de la situación clínica del paciente, pudiendo ser necesaria la realización de hasta tres (criterios 1969): la primera cuando se inicia el estudio (sin dejar de tomar gluten), la segunda después de 1 año sin él y la tercera tras la prueba de sobrecarga. Pueden dar falsos positivos anatomopatológicos pacientes con

reacción injerto contra-huesped, radioterapia, esprue tropical, linfangiectasia intestinal, enfermedad de Wipple, enfermedad de Crohn, giardiasis e intolerancia a proteínas alimentarias.

- Cuando existan dudas diagnósticas o ante la imposibilidad de llevar a cabo el estudio endoscópico, se investigará la susceptibilidad genética con la determinación de los heterodímeros HLA DQ2 ó DQ8, positivos en el 95% y 3% de los pacientes, respectivamente. Dado que el 25% de la población general los poseen, su ausencia es útil para excluir el diagnóstico de EC, mientras que su positividad sólo incrementa la probabilidad de padecerla.
- El diagnóstico debe acompañarse de una valoración del estado nutricional del paciente mediante la determinación de peso, talla, hemograma completo, estudio metabólico del hierro, ácido fólico, vitamina B12, calcio, fósforo, paratohormona, 25(OH)D, fosfatasa alcalina, creatinina, proteína sérica total, albúmina y transaminasas.
- Además, se solicitarán las pruebas complementarias para el despistaje de las enfermedades asociadas o complicaciones, siempre que las circunstancias clínicas del paciente lo requieran: análisis específicos, parásitos en heces, densitometrías, tránsito intestinal, TAC, laparoscopia o laparatomía, etc.

## Algoritmo diagnóstico general



[\*] Anticuerpos antigliadinas IgA e IgG. Anticuerpos antiendomiso IgA e IgG  
Anticuerpos antitransglutaminasa IgA e IgG

[\*\*] Sospecha clínica elevada

[\*\*\*] Dudosa o no realizable: estudio genético

## TRATAMIENTO

- El único tratamiento eficaz es una dieta exenta de gluten durante toda la vida. Con ella se consigue la mejoría de los síntomas a partir de las dos semanas, la normalización serológica entre 6 y 12 meses y la recuperación de las vellosidades intestinales en torno al año. Por tanto, hay que excluir de la dieta el trigo, cebada, centeno y todos sus derivados incluidos los almidones. Estudios recientes han puesto de manifiesto que la ingesta moderada de avena (50 g/día) es tolerada, siempre que se haya descartado su contaminación con gluten procedente de otros cereales tóxicos durante el proceso de elaboración. Para conseguir una dieta sin gluten es necesario recurrir a un consumo preferente de alimentos naturales: carnes, huevos, leches, pescado, legumbres, frutas, verduras y cereales sin gluten como el maíz o arroz.
- En la dermatitis herpetiforme el tratamiento sintomático inicial incluye las sulfonas, sin embargo, con el inicio de la dieta sin gluten, las dosis de dapsona (100 mg/día) son menores y su retirada más precoz. Aproximadamente, el 70% de los pacientes se mantienen asintomáticos con la sola eliminación del gluten.
- Los déficit nutricionales detectados en la valoración inicial, al igual que las vitaminas y minerales cuyos niveles se encuentren descendidos deberán ser corregido mediante la administración de sales férricas, magnesio, zinc, ácido fólico, calcio, vitamina D o B12, fermentos pancreáticos, así como leche sin lactosa durante los 3 primeros meses (si la EC se presentó como un síndrome de mala absorción).
- La EC frecuentemente se asocia a hipoesplenismo, por lo que parece razonable administrar la vacuna antineumocócica.