

**COMUNICACIONES SIMULTÁNEAS DE GASTROENTEROLOGÍA, HEPATOLOGÍA Y
NUTRICIÓN**

ESTUDIO GENOTÍPICO HLA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE ENFERMOS CELÍACOS. Garcia Puig R, Carreras Lavila M, Esteve Comas M, Rosinach Ribera M, Margarit Mallol J, Viver Pi-Suñer JM. *Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa, Barcelona.*

Objetivos

Valorar la utilidad de la estrategia de la determinación del HLA DQ2 y DQ8 en los pacientes pediátricos familiares de primer grado de enfermos celíacos, y en los casos positivos realizar un examen histológico duodenal independientemente de los resultados de las serologías.

Material y métodos

Se revisaron las historias clínicas correspondientes a las biopsias duodenales patológicas (Marsh III) de las realizadas para estudio de enfermedad celiaca en pacientes de edad ≤ 18 años durante el período mayo 2004-mayo 2007 en nuestro hospital. Se analizaron las variables: edad, sexo, motivo del estudio, síntomas, anticuerpos anti-endomisio y anti-transglutaminasa, HLA DQ2 y DQ8, clasificación histológica de las muestras de biopsia duodenal endoscópica según los criterios de Marsh modificados por Rostami *et al.*

Resultados

Durante este período de 3 años obtuvimos muestras patológicas de un total de 53 pacientes, de edad media: 3,9 años; sexo: 66% femenino, 34% masculino; caso índice: 77%, estudio familiar: 23%; anticuerpos positivos: 87%; HLA DQ2: 83%, DQ8: 9%; clasificación histológica: Marsh III: 68% (=36 nuevos diagnósticos de celiaquía), Marsh I: 32%.

En el grupo de estudio familiar (12 pacientes) la biopsia duodenal se clasificó como Marsh III en 4 (11% de los nuevos diagnósticos de celiaquía), de los cuales 2 presentaban anticuerpos negativos; de los 8 restantes (Marsh I) 5 padecían síntomas sugestivos de enteropatía sensible al gluten que desaparecieron al hacer un ensayo de dieta sin gluten, y de éstos, 3 presentaban anticuerpos negativos.

Conclusión

Los pacientes pediátricos familiares de primer grado de enfermos celíacos se podrían beneficiar de la estrategia diagnóstica del estudio genotípico, duplicando en nuestra serie el número de nuevos diagnósticos de celiaquía comparado con el uso exclusivo de marcadores serológicos.

DEPÓSITOS DE IGA A NIVEL DE MUCOSA COMO MÉTODO COMPLEMENTARIO PARA LA VALORACIÓN HISTOLÓGICA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD CELÍACA. Baena Castro B, Donat Aliaga E, Polo Miquel B, López Montes A, Calzado Agrasot MÁ, Ribes- Koninckx C. *Unidad Gastroenterología Pediátrica.H. Infantil La Fe. Valencia.*

Antecedentes

El estudio histológico convencional puede ser insuficiente para la valoración diagnóstica de las muestras de biopsia intestinal (BI) en pacientes afectos de síndrome de malabsorción intestinal.

Objetivos

Valorar la eficacia de la detección de depósitos de IgA frente a TTG a nivel intestinal como nueva herramienta para evaluación histológica de las BI en pacientes con sospecha de enfermedad celiaca (EC).

Material

15 BI obtenidas mediante cápsula de Watson Crosby a nivel ángulo de Treitz correspondientes a primeras biopsias diagnósticas o seguimiento (pre o post provocación con gluten).

Métodos

Secciones de 5µ de espesor (cortadas con criotomo), procedentes de BI congeladas con N2 líquido, son adheridas a portas "SuperFrost". Tras el lavado de los portas (x2) durante 5 minutos en PBS pH: 7,2-7,4, se añade el anticuerpo policlonal de conejo anti- IgA-humana conjugado con FICT (Clon F0204),

incubándose posteriormente durante 30 minutos (cámara humedad, Tª ambiente). Tras 2 nuevos lavados, se dispone una gota de medio de montaje (Vectashiel) sobre cada sección; tras cubrirlas se dejan secar durante 2-3 horas, realizándose posteriormente la lectura en un microscopio de Fluorescencia (filtro para FICT (filtro azul)).

Resultados

Destacamos 4 casos. En 1 niño con dieta exenta de gluten (>2 años), se detectaron depósitos aunque de forma incompleta en una de las localizaciones más características i.e. por debajo de la membrana basal del epitelio vellositario, a pesar de que la BI presentaba una lesión MARS I. En otro caso en un paciente en provocación con clínica, marcadores serológicos positivos y lesión MARS IIIb detectamos depósitos de IgA en la lamina propia a nivel de los vasos y de las criptas (capa externa) y alrededor de las células plasmáticas pero no a nivel subepitelial. El tercer caso, una paciente en provocación durante más de 4 años, asintomática, con marcadores serológicos fluctuantes y MARSH 0, mostraba importantes acúmulos de IgA pero no en colocación con transglutaminasa.

El cuarto paciente con percentiles 90-97 de peso y talla, diarrea prolongada y anti-TTG >100, tenía una BI MARSH 0. En este caso tampoco encontramos depósitos de IgA en las localizaciones específicas.

Comentarios

La determinación de IgA en mucosa es una herramienta eficaz para la evaluación de casos complejos y de formas latentes de la enfermedad. Si bien es una técnica sencilla, la lectura e interpretación es laboriosa y requiere un cierto nivel de pericia.

AÑO 2008. ¿DEBEMOS CONTINUAR REALIZANDO BIOPSIAS INTESTINALES PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE ENFERMEDAD CELÍACA? Ortigosa L1, González M1, Castro V2, Vázquez C3, Aguirre-Jaime A4, Armas H5. 1Unidad de Gastroenterología Pediátrica, 2Servicio de Anatomía Patológica, 3Servicio de Análisis Clínicos, 4Unidad de Investigación. Hospital Universitario Ntra Sra de Candelaria (HUNSC). Tenerife. 5Unidad de Gastroenterología Pediátrica. HUC. Tenerife.

Introducción

Los criterios vigentes para establecer el diagnóstico definitivo de enfermedad celíaca (EC) incluyen la realización de una primera biopsia intestinal mientras el paciente consume una dieta con gluten, y una segunda biopsia opcional en casos concretos(1).

Durante los últimos años se han producido decisivos avances en la etiopatogenia e inmunogenética de la EC, y se tiene un mejor conocimiento de las diversas formas clínicas de presentación de la enfermedad y de los grupos de riesgo relacionados, y se ha generalizado el uso de marcadores serológicos de actividad de EC altamente sensibles y específicos: anticuerpos antitransglutaminasa (tTGA) y anticuerpos antiendomiso fundamentalmente (EMA). El objetivo de nuestro estudio es evaluar si la utilización conjunta de: datos clínicos de sospecha de EC, determinación positiva de tTGA y/o EMA, en presencia de heterodímeros HLA DQ2/DQ8 y una respuesta clínica y serológica positiva tras la retirada del gluten de la dieta, podría evitar la biopsia intestinal de confirmación.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de las historias clínicas de 176 niños y adolescentes, estudiándose en todos los casos los siguientes datos:

1. Situación clínica (edad, sexo, manifestaciones clínicas, grupo de riesgo asociado con EC.
2. Marcadores serológicos de actividad de EC (tTGA y/o EMA)
3. Estudio de heterodímeros HLA DQ2/DQ8,
4. Biopsia Intestinal y 5. Respuesta clínica y analítica a la retirada del gluten de la dieta. Una vez realizada la biopsia intestinal se inició una dieta estricta sin gluten y se fue evaluando la respuesta clínica y analítica a la dieta sin gluten a los 3,6 y 12 meses.

Todos los datos obtenidos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 15.0, calculándose el valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN), sensibilidad (Se), especificidad (Es) y falsos positivos (FP).

Resultados

De los 176 sujetos estudiados, la edad media fue de 3.2 años (rango 1-19 años), con un predominio del sexo femenino (n=110, 64.8%). De toda la muestra, 169 casos (95.7%) fueron diagnosticados de EC, y el resto de intolerancia/alergia a proteínas de leche de vaca (3), giardiasis (2) y diarrea crónica inespecífica (2). Todos los pacientes con diagnóstico final de EC cumplían criterios clínicos de sospecha

+ tTGA y/o EMA positivos + HLA DQ2/DQ8 positivos + Biopsia intestinal patológica + respuesta clínica y/o serológica positiva a la retirada del gluten de la dieta. Los parámetros de validez del criterio diagnóstico de nuestro estudio, analizando todos nuestros resultados fueron los siguientes:

VPN	Se	FN	VPP	Es	FP
78 %	99%	0%	100%	100%	0%

VPN: Valor predictivo negativo. Se: Sensibilidad. FN: Falsos negativos. VPP: Valor Predictivo Positivo. Es: Especificidad. FP: Falsos Positivos.

Conclusiones

En determinados grupos de pacientes celíacos, con formas clásicas de presentación y ciertos grupos de riesgo, la utilización conjunta de datos clínicos + marcadores serológicos de actividad para EC (tTGA y/o EMA) + HLA DQ2/DQ8 positivos + respuesta positiva a la retirada del gluten de la dieta, permite confirmar la presencia de EC sin necesidad de biopsia intestinal.

No obstante, se requieren más estudios multicéntricos que recojan series amplias de pacientes celíacos para poder validar esta hipótesis, y proponer una revisión de los criterios diagnósticos actuales para la enfermedad celíaca.

1. Walker- Smith JA, Guandalini S, Schmitz J at al. Revised criteria for diagnosis of coeliac disease. Arch Dis Child 1990;65: 909-911.

¿ES SEGURA LA COMUNIÓN EN LOS CELÍACOS? García Novo MD, Argüelles Martín F, Pavón Belinchón P, Sojo Aguirre A, Roman Reichmann E, Silva García G. Junta Directiva de la Sociedad Española de Gastroenterología Hepatología y Nutrición Pediátrica.

Introducción

La comunión de los niños celíacos es a menudo un objeto de preocupación de los padres católicos y frecuente motivo de consulta en la práctica diaria.

No se conoce con exactitud las trazas de gluten que puede ser ingerido diariamente en niños tratados, sin efectos tóxicos. Estudios recientes en adultos, mediante provocación, fijan en 10 mg/día la cantidad de gluten que puede tomarse sin efectos sobre la mucosa intestinal. En estos estudios con la ingesta de 100 mg/día de gluten se observaron leves alteraciones en la mucosa.

A instancias de una entidad pública y subvencionada por una asociación de enfermos celíacos se ha realizado este trabajo con objeto de conocer la cantidad de gluten que aportan las obleas confeccionadas con harina de trigo o con almidón de trigo.

Material y métodos

Muestra aleatoria de 10 obleas de harina de trigo. Una oblea de almidón de trigo.

Peso obleas: 123,4 mg – 244,5 mg. Peso medio: 184,5 mg.

Determinación contenido de gluten por anticuerpo R5 (Ingezim®) mediante técnica ELISA Extracción con cocktail. Los resultados fueron contrastados a través de las tiras inmunocromatográficas Operon Stick Gluten®. Sensibilidad de los test: 3 ppm de gluten.

Resultados

Gluten en obleas de harina de trigo: 1600 ppm = **0,295 mg de gluten**

Gluten en obleas de almidón de trigo: 90 ppm = **0,016 mg de gluten**

Conclusiones

- La comunión con obleas de harina de trigo podría no representar ningún riesgo para los celíacos.
- Debido a que es imposible realizar la dieta estricta sin gluten, sería aconsejable que se generalizara el uso de obleas con almidón de trigo.

Bibliografía

- Branski D, Fasano A, Troncote R. Latest developments in the patogénesis and treatment of celiac disease. J Pediatr 2006;149:295-300.

- Catassi C, Fabiani E, Iacono G et al. A prospective, double-blind, placebo-controlled trial to establish a safe gluten threshold for patients with celiac disease. Am J Clin Nutr 2007; 85: 160-6.

DESARROLLO DE UN CUESTIONARIO DE FRECUENCIA PARA ESTABLECER EL CONSUMO DE GLUTEN DE LOS LACTANTES. López Montes A, Soto Sarrión B, Ribes-Koninckx C. *S. de Gastroenterología pediátrica. Hospital Infantil La Fe. Valencia.*

Antecedentes

La edad de introducción así como la cantidad de gluten podría estar relacionada con un aumento de la incidencia de enfermedad celíaca. No existe información acerca de la cantidad de gluten que consumen los lactantes en España, y tampoco se dispone de ninguna herramienta que permita su valoración.

Objetivo

Desarrollar un cuestionario de frecuencia para determinar el consumo de gluten de los niños entre los 3 y los 12 meses en el área de Valencia.

Pacientes y métodos

Recogimos información sobre los productos que contienen gluten consumidos por lactantes del área de Valencia entre 3 y 12 meses, así como la edad de introducción de los mismos. La totalidad de los productos que contenían gluten consumidos por los niños fue incluida en el cuestionario de frecuencia semanal. El cálculo del contenido en gluten de los productos se obtuvo aplicando el método de Overbeek et al. La validación del cuestionario de frecuencia semanal se realizó comparando los resultados de éste con los obtenidos con un registro de 2 días.

Resultados

Se realizó la encuesta a un total de 100 niños. En el grupo de 3 a 6 meses (n=30) ningún niño había introducido el gluten en su alimentación.

Edad	< 7 meses	7-8 meses	8-9 meses	> 9 meses
% niños que consumen gluten	0%	60%	70%	100%

En el grupo de edad entre 7 y 12 meses (n=70), los alimentos con gluten consumidos con mayor frecuencia son: magdalenas y cruasanes, cereales, chocolate, potitos de fruta y de carne, galletas, pan, pasta y productos rebozados. Todos los niños mayores de 9 meses consumían productos con gluten. El consumo medio de gluten en este grupo de edad es de 2.790 mg.

Comentarios

- La introducción del gluten se realiza a partir de los 6 meses, siguiendo las recomendaciones el pediatra, y el 40% no lo introducen antes de los 8 meses.
- En nuestra área, los lactantes consumen una variedad limitada de productos con gluten, con un consumo medio diario de 2.790 mg, inferior al de otras zonas de Europa.
- La elaboración y validación del cuestionario de frecuencia semanal nos ha permitido conocer el consumo de gluten en los lactantes de nuestra Comunidad, y supone un instrumento valioso para futuros estudios.