

“Grupos de riesgo y enfermedades asociadas”

Dr. Luis Rodrigo Sáez

Vicepresidente de la SEEC

Profesor Titular de Medicina

Servicio de Digestivo

Hospital Universitario Central de Asturias

Oviedo

Dirección :

Dr. Luis Rodrigo Sáez
Servicio de Digestivo
Hospital Central de Asturias
c/ Celestino Villamil, s. nº
33.006. Oviedo.
Tfno : 985-10-80-58
Fax : 985-27-36-14

E-mail : lrodrigosaez@gmail.com

Prevalencia de la enfermedad celíaca (EC) en general y en los denominados grupos de riesgo.-

Diferentes estudios poblacionales realizados en diferentes países utilizando cribado serológico con TTG, coinciden todos ellos en señalar que su prevalencia es muy elevada, en torno al uno por ciento de la población mundial, al menos en los países desarrollados como Europa, Canadá y Estados Unidos. En esta cifra global, se incluyen tanto casos sintomáticos como asintomáticos. Ciertos grupos étnicos, tales como africanos y asiáticos, pueden presentar una prevalencia algo menor que la señalada para la raza blanca.

Los familiares de primer grado confirmados con biopsia duodenal presentan una prevalencia media en torno al 12% y los de segundo grado también tienen mayor grado de afectación que la población general. Los gemelos monozigóticos presentan una concordancia elevada, en torno al 75%, mientras en los dizigóticos la frecuencia encontrada no difiere de la observada en los familiares de primer grado, lo que pone de manifiesto la existencia de una fuerte influencia genética relacionada con la presencia de esta enfermedad.

Los pacientes que presentan una Diabetes mellitus tipo I, presentan una elevada frecuencia de EC asociada, en un porcentaje que oscila del 5 al 10%. Los niños con síndrome de Down presentan una EC asociada incluso con una mayor frecuencia, del 5 al 12%. La EC se encuentra también asociada con otras alteraciones genéticas como el síndrome de Turner, el síndrome de Williams, el déficit de IgA y diversas enfermedades autoinmunes **(Tabla 1)**

Cada vez que se diagnostica a un paciente celíaco se debe hacer un estudio familiar, para el despistaje de casos subclínicos o asintomáticos (presente hasta en un 10% de los casos)

Presentaciones clínicas .-

El intestino delgado posee una considerable reserva funcional y ello explica el por qué muchos pacientes presentan pocos o ningún síntoma digestivo y la mayoría no cursan con rasgos de malabsorción.

El tipo de presentación clínica es muy variable y depende de diversos factores, tales como la edad del paciente, grado de sensibilidad al gluten y cantidad de gluten ingerido con la dieta, así como de otra serie de factores desconocidos por el momento.

La EC presenta una enorme variabilidad clínica entre los pacientes afectos y su espectro es muy amplio. La presentación clásica se caracteriza por cursar con episodios frecuentes de diarrea con esteatorrea, distensión abdominal, edemas en extremidades y astenia acentuada. Esta forma es extremadamente infrecuente en el adulto.

Por el contrario, la forma más habitual es la oligosintomática, con síntomas atípicos como el estreñimiento, con síntomas predominantemente extra-digestivos o completamente asintomática, constituyendo las denominadas "formas silentes".

Está claro desde los estudios epidemiológicos recientes que la EC posiblemente sea 10 veces más frecuente, de lo que se diagnostica actualmente.

La diarrea se presenta en menos del 50% de los pacientes, comparado con el 100% que ocurría en los pacientes diagnosticados en 1.960. La pérdida de peso actualmente es muy infrecuente, y en contraste, alrededor del 30% de los pacientes celíacos, presentan sobrepeso en el momento del diagnóstico.

El comienzo de la enfermedad puede estar relacionado con un episodio de agudización tal como un episodio de gastroenteritis aguda, un viaje al extranjero (especialmente a países tropicales), estrés o cirugía.

Pacientes con dispepsia funcional o síndrome de colon irritable, cumpliendo los criterios clínicos Roma II, tienen la posibilidad de ser realmente celíacos, entre un 30-50% de los casos **(Tabla 3)**

La anemia ferropénica se presenta con mucha frecuencia y se debe no a pérdidas aumentadas digestivas o menstruales, sino que es consecuencia de una dificultad y retraso en absorción intestinal del hierro en el duodeno en relación con el gluten. Es una forma de manifestación muy frecuente en el adulto y se acompaña de los síntomas cardinales de la anemia crónica, tales como palidez, astenia acentuada y disnea de medianos esfuerzos, junto con cefaleas. Cuando aparece en la mujer y se asocia con trastornos menstruales o reglas abundantes, suele ser interpretada de forma simplista, como secundaria a aquéllos. Sin embargo, su verdadera causa radica en una disminución de su absorción intestinal, totalmente reversible mediante el tratamiento apropiado.

La falta de respuesta al tratamiento de una anemia ferropénica en el adulto con hierro oral, debe hacernos pensar en la presencia de una enfermedad celíaca y su tratamiento consiste naturalmente en la instauración de una dieta sin gluten (DSG), junto con la administración de preparados de hierro por vía parenteral (intramuscular o intravenosa). Dado que la afectación del ileon terminal solo se produce en los casos de afectación extensa y grave, la anemia por déficit de vitamina B₁₂, es muy poco frecuente ; por el contrario, es mucho más frecuente el encontrarse que los niveles séricos de dicha vitamina, estén aumentados

La malabsorción de vitamina K, también a nivel del ileon terminal, puede originar alteraciones importantes de la coagulación, traducidas por descenso de la tasa de Protrombina, que se traducen en hemorragias múltiples a diversos niveles

(cutáneas, mucosas, etc...) que pueden constituir la manifestación inicial y única de la enfermedad.

La deficiencia de ácido fólico es menos importante y su corrección pasa por recomendar en la dieta un aumento del consumo de verduras y frutas, siendo preciso en ocasiones el dar suplementos orales de ciertos preparados que lo contienen durante 1-2 meses.

Resumen :

La enfermedad celíaca (EC) es una intolerancia permanente al gluten, que afecta al 1% de la población mundial, de base genética y se asocia con procesos autoinmunes.

Sus manifestaciones clínicas son muy variadas y está claramente infradiagnosticada.

Todo médico debe pensar en ella ante la presencia de manifestaciones digestivas recurrentes, junto con anemia o ferropenia crónica y/o diversas enfermedades asociadas, tanto hepáticas, como tiroideas y principalmente de naturaleza autoinmune.

Tabla 1 . Grupos de Riesgo y Enfermedades asociadas

- Familiares de Primer Grado
- Síndrome de Down
- Deficiencia selectiva de IgA
- Enfermedades endocrinológicas
 - . Diabetes mellitus insulín-dependiente (Tipo I)
 - . Enfermedades tiroideas autoinmunes (Hiper e hipotiroidismo)
- Enfermedades neurológicas
 - . Síndrome de Gobbi (Epilepsia con calcificaciones occipitales)
 - . Ataxia Cerebelosa
 - . Esclerosis múltiple (EM)
- Enfermedades reumáticas
 - . Artritis reumatoide (AR)
 - . Síndrome de Sjögren (SS)
- Enfermedades cutáneas
 - . Psoriasis
 - . Vitiligo y Alopecia areata
- Enfermedades cardíacas
 - . Miocardiopatía dilatada idiopática
 - . Pericarditis recurrente
- Enfermedades hepáticas

- . Cirrosis biliar primaria (CBP)
- . Hepatitis autoinmune (HAI)
- . Colangitis Esclerosante Primaria (CEP)

- Enfermedades renales
 - . Nefropatía del tipo IgA

- Otras :
 - . Sarcoidosis
 - . Dermatomiositis, Lupus Eritematoso Sistémico (LES)
 - . Hipoplasia del esmalte dentario
 - . Enfermedad inflamatoria intestinal, Colitis colágena, Gastritis linfocítica.