

## II CURSO DE DIAGNÓSTICO PRECOZ Y SEGUIMIENTO DE LA EC Madrid, 18 noviembre 2010



El pasado 18 de noviembre se celebró la segunda edición del Curso de Diagnóstico Precoz y Seguimiento de la Enfermedad Celíaca, organizado por la Dirección General de Atención Primaria de la Consejería de Sanidad del CAM, el Hospital Infantil Niño Jesús y la Asociación de Celíacos de Madrid. El objetivo de dicho curso, que contó con 100 asistentes, es la formación y actualización de conocimientos sobre la EC a médicos de atención primaria y especializada, así como de otros profesionales sanitarios.

El curso comenzó con un repaso general de la enfermedad celíaca (EC). La Dra. Isabel Polanco (Hospital Universitario La Paz, Madrid) presentó la EC como una enfermedad autoinmune en la que están bien definidos tanto el agente desencadenante, el gluten, como su asociación genética HLA, y en la que se activa una respuesta inmunológica específica mediada por anticuerpos. Comentó las diferentes manifestaciones clínicas, desde los cuadros sintomatológicos clásicos, con diarrea, pérdida de peso, etc., hasta las formas silentes, frecuentemente asintomáticas, y las formas latentes, cuya única característica es la existencia de niveles positivos de anticuerpos sin atrofia intestinal. Por último, mencionó la necesidad de vigilar a los grupos de riesgo, como familiares de primer grado de personas celíacas y personas con alguna enfermedad autoinmune o con Síndrome de Down, y recordó que existen casos de enfermedad celíaca con valores de anticuerpos negativos.

La Dra. Laura Crespo (Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid) se centró en las diferencias entre la EC en el niño y en el adulto. Como norma, las manifestaciones clínicas de la EC son tanto más claras cuanto más temprana es la edad en la que debuta. Sin embargo, el diagnóstico puede ser confuso cuando se produce antes de los 18 meses de vida. En esta franja de edad es frecuente que los niveles de anticuerpos antitransglutaminasa tisular (tTG) y antiendomiso (EMA) de clase IgA sean negativos. También es más habitual encontrar déficit de IgA en niños que en adultos, situación transitoria que puede llevar a errores de diagnóstico. No es aconsejable la retirada del gluten como prueba diagnóstica, y la repetición de la biopsia, precedida de una prueba de provocación con gluten, se recomienda sólo en casos de duda. En cuanto a la EC refractaria, refirió que afecta a un porcentaje reducido de celíacos no tratados y es casi exclusiva de celíacos adultos; se diagnostica cuando la dieta sin gluten no tiene efecto, o bien deja de tenerlo, y se han descartado otras causas de no mejoría, como el seguimiento incorrecto de la dieta u otras patologías.

El curso continuó con 4 clases monográficas en las que se habló de las pruebas serológicas, histológicas y genéticas, así como de los aspectos psicosociales que afectan a los celíacos.

La Dra. María Luz Cilleruelo (Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda, Madrid) repasó los diferentes tests de detección de anticuerpos en sangre y su utilidad. Los tests de anticuerpos antigliadina (AGA) son los primeros que se emplearon en el diagnóstico de la EC. A pesar de ser poco específicos, se siguen utilizando con bebés menores de 18 meses en los que otros tests ofrecen con frecuencia resultados falsos negativos. También son útiles para verificar el correcto seguimiento de la dieta sin gluten, ya que sus niveles se elevan relativamente pronto tras la ingestión de gluten. Los tests basados en los anticuerpos EMA y tTG son los que hoy por hoy ofrecen mejores resultados en cuanto a sensibilidad y especificidad. En los 3 casos, los anticuerpos de clase IgA son más eficaces, y únicamente se recurre a los de clase IgG cuando el paciente presenta deficiencia selectiva de IgA. Los tests más novedosos están basados en péptidos deamidados de gliadina (DGP) y parecen ser altamente eficaces. En este caso, los de clase IgG ofrecen mejores resultados. Existen también tests de lectura rápida, consistentes en una tira reactiva que adquiere un color u otro según haya o no anticuerpos específicos de EC. Lo hacen a partir de una gota de sangre y son muy sensibles. Sin embargo, no cuantifican los niveles de anticuerpos y tienen baja especificidad,

por lo que los resultados positivos requieren ser verificados por los métodos serológicos convencionales.

La Dra. Isabel Colmenero (Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid) mostró numerosas imágenes de biopsias en las que se podían observar diferentes niveles de lesión intestinal y sus características. Destacó que la lesión intestinal comienza en el primer tramo del intestino, el duodeno proximal, y se extiende hasta la zona distal del duodeno y a los siguientes tramos de intestino delgado: el yeyuno y el íleon. La recuperación se produce en sentido inverso una vez instaurada la dieta sin gluten. También recordó que la lesión intestinal es parcheada, ya que puede haber zonas sanas y zonas con atrofia, por lo que se recomienda tomar 6 muestras, 2 en la zona del bulbo (duodeno proximal) y 4 en el duodeno distal. Además, remarcó que la gravedad de las manifestaciones clínicas no tiene relación con la magnitud de la lesión intestinal. Por último, repasó los distintos criterios de clasificación de la lesión intestinal; los propuestos por Marsh, posteriormente modificados por Oberhuber, son los más utilizados. Independientemente de los criterios utilizados, el aumento de linfocitos intraepiteliales y la atrofia de vellosidades son la característica clave en el diagnóstico de la EC.



El Dr. Juan Ignacio Serrano Vela (Asociación de Celíacos de Madrid) comentó la base genética de la EC y explicó en qué consiste actualmente analizar la predisposición genética a padecer EC. Dicha prueba consiste en identificar las variantes genéticas (alelos) HLA-DQA1 y HLA-DQB1 presentes en un individuo y determinar si dan lugar a las proteínas consideradas de riesgo: DQ2 y DQ8. También mostró varios ejemplos de resultados genéticos para evaluar la existencia o no de riesgo y la manera de interpretarlos.

La Dra. Josefa Barrios (Hospital de Fuenlabrada, Madrid) comentó los aspectos psicosociales de la EC. Existen distintos tests para medir la calidad de vida de los pacientes: unos son genéricos y aplicables a distintas enfermedades, mientras que otros son específicos de enfermedad celíaca. Además, también los hay adaptados a la edad pediátrica. En general, los pacientes afectados de enfermedades crónicas tienen peor calidad de vida que las personas sanas, y entre las personas afectadas de EC las mujeres valoran peor su calidad de vida que los hombres. En cualquier caso, el correcto cumplimiento de la dieta sin gluten se asocia con una mejor calidad de vida. Sin embargo, la adherencia a la dieta no es siempre adecuada. Las transgresiones suelen ser más habituales en personas adultas y en aquellos pacientes en los que la EC se manifestaba con síntomas leves o sin síntomas. El coste económico de los productos especiales sin gluten y la dificultad de seleccionar productos seguros también influyen en el seguimiento de la dieta. En este sentido, el conocimiento de la enfermedad y la relación con las asociaciones de celíacos son determinantes.

Para concluir, la Dra. María Dolores García Novo (Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid) presentó diversos casos clínicos para su discusión entre los profesionales asistentes al curso. Finalmente, mostró el protocolo de diagnóstico y seguimiento de la EC de la Comunidad de Madrid, que fue entregado junto con la documentación del curso.

**Juan Ignacio Serrano Vela**  
**Investigación y Formación, ACM**