

EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD CELÍACA

Dr. Sabino Riestra Menéndez

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Central de Asturias.

La enfermedad celíaca (EC) es una enteropatía de base inmunológica debida a una intolerancia permanente al gluten de los cereales, que ocurre en sujetos genéticamente predispuestos. Hasta hace unos 10 años era considerada una enfermedad poco frecuente, que afectaba fundamentalmente a niños de origen caucásico, y que se manifestaba con un cuadro de malabsorción intestinal. A continuación mostraremos como, en la actualidad, la EC es un proceso frecuente, de distribución mundial, que afecta tanto a niños como adultos y que puede manifestarse con formas clínicas atípicas o silentes.

Este cambio conceptual se ha basado en:

- 1.- el desarrollo de métodos serológicos sensibles y específicos que han permitido seleccionar sujetos con alta probabilidad de padecer la enfermedad. La determinación de anticuerpos antitransglutaminasa tisular humana es actualmente el método de laboratorio de elección para la búsqueda de casos.
- 2.- el conocimiento de las distintas formas clínicas extradigestivas de presentarse la enfermedad, así como los distintos patrones histológicos de la enteropatía dentro del espectro de sensibilidad al gluten.
- 3.- el conocimiento de una serie de condiciones en los cuales el riesgo de padecer la EC es más elevado (procesos asociados)

En 1995, Catassi publicó el primer artículo que demostró la verdadera dimensión de la EC en la población general. Se ha usado el modelo del iceberg para explicar las distintas formas de presentarse la sensibilidad al gluten (sintomática, silente, latente y potencial); siguiendo con este mismo modelo, la prevalencia de la enfermedad (tamaño del iceberg) va a depender fundamentalmente de la frecuencia del HLA DQ2/DQ8 en la población, mientras que la proporción de pacientes diagnosticados (parte emergida del iceberg) va a depender del conocimiento de la enfermedad por parte de los médicos, así como de la accesibilidad a las pruebas diagnósticas (serología y biopsia duodenal) y de la intensidad de las manifestaciones clínicas (en relación a edad de introducción del gluten y cantidad de cereales ingeridos).

La EC es frecuente en la población general

En España disponemos de datos basados en *casos diagnosticados* en los que se ha comunicado una incidencia de EC de 1/1251 nacidos vivos; estudios más recientes, en los que se ha realizado una *búsqueda de casos mediante cribado serológico*, han mostrado una prevalencia más elevada; así, se ha comunicado 1/389 (1/526 en >14 años) en población general, 1/443 en donantes de sangre, 1/220 en niños de 10-13 años y 1/118 en niños de 3 años.

En Asturias, hasta 1992 se diagnosticaban menos de 10 celíacos por año, entre 1993 y 1996 entre 10 y 20 y, desde 1997, se ha producido un incremento progresivo hasta llegar a unas cifras de 80 a 90 pacientes nuevos por año. Es importante conocer cual es la realidad epidemiológica en la que nos movemos, pues no debemos extrapolar resultados de otras áreas geográficas, pues se ha podido demostrar en un estudio promovido por la Unión Europea que existen variaciones importantes en la frecuencia de la EC entre varios países; así, la prevalencia en Finlandia e Irlanda es muy elevada (1:67, 1:85), mientras que en Alemania es baja (1:518).

La EC es un proceso de distribución mundial

Hace años la EC era considerada una enfermedad que afectaba a sujetos de origen europeo o caucásico; actualmente se ha descrito esta enfermedad en todos los continentes y en sujetos de variado origen racial. En cualquier zona en la que coexista consumo de cereales y predisposición genética (HLA DQ2/DQ8), va a desarrollarse enfermedad celíaca; factores ambientales tales como infecciones intestinales, momento de la introducción del gluten y cantidad de gluten ingerido, junto con factores genéticos no conocidos, van a modelar la epidemiología de la EC en un área geográfica concreta.

La EC ha sido descrita en la población general de muchos países europeos, Norteamérica (USA, Canadá), Sudamérica (Argentina, Brasil), Norte de África, Próximo y Mediano Oriente (Israel, Irán), la India y Oceanía (Australia y Nueva Zelanda). Un ejemplo de gran interés es el de la población Saharawi, donde se ha comunicado la mayor prevalencia de la EC a nivel mundial (1:18); en este caso se dan las dos circunstancias epidemiológicas necesarias para ello, pues se trata de un grupo de población con una elevada frecuencia de DQ2 (40%) y con un alto consumo de cereales como consecuencia de campañas internacionales de ayuda alimentaria a los refugiados.

La EC ocurre tanto en niños como en adultos

En Asturias existen actualmente más celíacos diagnosticados en edad adulta que en la edad pediátrica (55% frente a 45%); observamos dos picos de edad con una mayor frecuencia de diagnósticos: 1-3 años en niños y 30-50 años en adultos; en los últimos 5 años se ha producido un incremento importante del diagnóstico de formas del adulto.

La edad media al diagnóstico en niños es de 42 meses, diagnosticándose el 67% de los casos antes de los 3 años de edad. En adultos la edad media al diagnóstico es de 41 años, siendo sólo un 8% de los casos diagnosticados en mayores de 60 años.

En 1985 se produjo en Suecia un aumento muy importante de la incidencia de EC (epidemia sueca), que se manifestó con formas digestivas en lactantes, pero también más tardíamente con formas paucisintomáticas en niños pertenecientes a las cohortes que habían nacido durante la epidemia. Se encontró relación de dicha epidemia con la edad de introducción del gluten, la cantidad de gluten introducido y la prolongación o supresión de la lactancia materna en el momento de introducir el gluten. Recientemente, se ha visto un aumento de la incidencia de EC en la Comunidad Valenciana, con formas sintomáticas digestivas en lactantes menores de 2 años, por lo que probablemente existan factores ambientales que puedan estar modificando la epidemiología en nuestro país. En Asturias observamos algo similar a lo descrito en Valencia; durante los años 2001 al 2003 se ha multiplicado por 2 el número de niños diagnosticados de EC, exclusivamente en el grupo de menores de 3 años.

Otro aspecto a destacar es la curva descendente de prevalencia de EC por intervalos de edad en varios estudios epidemiológicos poblacionales basados en cribado serológico; en este sentido, nos podemos referir a los datos publicados en Italia, en los que se observa una disminución de la EC según aumenta la edad de la población (0,47% en <20 años a 0,12 en >60 años). En nuestro medio no hay estudios amplios sobre este tema, si bien podemos observar en los estudios parciales publicados que también parece haber una disminución en la prevalencia de la EC con la edad (0,85% en 2-3 años, 0,45% en 10-13 años y 0,23% en adultos). ¿Cuál es la explicación de esta curva epidemiológica descendente?. Creemos que factores ambientales han podido influir claramente en la frecuencia de

la EC en las distintas cohortes de edad (probablemente el tipo de lactancia y la edad de introducción del gluten eran distintas hace años que ahora).

La EC se manifiesta predominantemente con formas extradigestivas

Cuando se hace cribado poblacional de EC se ha observado que aproximadamente el 50% de los casos presentan síntomas no clásicos o pertenecen a grupos de riesgo, el 25% están totalmente asintomáticos y no pertenecen a grupos de riesgo y que, el 25% se manifiestan con formas digestivas de malabsorción. A mayor conocimiento de las distintas formas de presentarse la enfermedad, así como a mayor cribado de los grupos de riesgo o condiciones asociadas, mayor será el porcentaje de pacientes que diagnostiquemos con formas no clásicas.