

Diferencias clínicas y criterios diagnósticos de la EC en el adulto

Santiago Vivas

Sección de Aparato Digestivo. Hospital de León.

1. La forma de presentación está cambiando

La EC ha pasado de ser una enfermedad típica de la infancia a ocupar un lugar importante en la gastroenterología del adulto. El aumento en la incidencia y prevalencia de esta patología ha afectado por igual a las diferentes edades de presentación.

Unido a este aumento en la incidencia se ha observado un cambio en la presentación de la clínica de forma global pero quizás más marcado en la población adulta. Actualmente los síntomas clásicos de diarrea en el contexto de un síndrome de malabsorción son menos frecuentes y la clínica es menos marcada. La ausencia de síntomas o manifestaciones sutiles como dolor abdominal leve, diarrea ocasional o ferropenia son detectadas cada vez con mayor frecuencia en la población adulta al diagnóstico de la EC. En este contexto ha aumentado el número de pacientes diagnosticados mediante cribado familiar que también muestran ausencia de síntomas en la mayoría de casos y también alteraciones histológicas leves.

El clásico espectro de la enfermedad celiaca en forma de iceberg (sintomática, silente, latente y potencial) era muy gráfico para representar como solamente se estaba diagnosticando la punta del iceberg donde se encontraban los pacientes sintomáticos. El aumento en la sospecha de la EC por parte del personal sanitario junto con la mayor sensibilidad de las pruebas serológicas hace que cada vez se detecten más casos silentes y latentes situados en zonas anteriormente sumergidas del "iceberg".

2. Diferencias relacionadas con la edad

Es conocido que el gluten actúa como principal agente etiológico para desencadenar la respuesta inmune en pacientes genéticamente susceptibles. Pero por otro lado existen factores ambientales que pueden modificar esta respuesta inmune: lactancia materna, infecciones, permeabilidad intestinal, cantidad de gluten ingerido diariamente, otros componentes genéticos... Aunque no están bien definidos se piensa que podrían ser los responsables de la aparición de que la EC se manifieste a diferentes edades.

La forma de manifestarse parece que puede ser diferente según la edad de presentación. En nuestra experiencia en el Hospital de León, corroborada por la del

Hospital Central de Asturias y estudios en otros países, parece que las manifestaciones en niños son diferentes a las de los adultos en varios apartados:

- Mayor presencia de síntomas típicos en clásicos en la infancia, mientras que en adultos predomina la clínica oligosintomática.
- A medida que aumenta la edad de diagnóstico también es mayor el tiempo de retraso en llegar a ese diagnóstico.
- Los títulos de anticuerpos antitransglutaminasa también muestran una correlación con la edad, en este caso inversa. Cuanto menor es la edad de diagnóstico, mayor es el título de anticuerpos y va decreciendo a medida que aumenta la edad.
- La atrofia de las vellosidades intestinales es más marcada en los niños que en los adultos. Sin embargo la recuperación de esas vellosidades en el seguimiento es más rápida y completa en los niños. Los adultos siguen presentando algún grado de atrofia durante el seguimiento en más del 20% de los casos.

3. Estado actual del diagnóstico

El diagnóstico actual en el adulto se basa en una serología positiva confirmando después la presencia de algún grado de atrofia vellositaria en la biopsia duodenal. Esta aproximación hace que puedan quedar sin diagnosticar aquellos pacientes con serología negativa y los que muestren una biopsia con incremento de linfocitos intraepiteliales y/o hiperplasia de criptas sin atrofia. Este hecho ha sido recientemente estudiado en familiares adultos de pacientes celíacos, donde la aproximación diagnóstica clásica detectaría solamente un 30% de los verdaderos familiares afectados.

A diferencia de la infancia donde los casos son más expresivos como se ha comentado previamente, en los adultos hay que individualizar con frecuencia la estrategia diagnóstica. Además de la serología y la biopsia habría que ofrecer una estrategia más intensiva en aquellos casos dudosos consistente en:

- Análisis del HLA-DQ. Un HLA-DQ no compatible (no 2 ni 8) es muy poco probable que se trate de una enfermedad celíaca.

- Exprimir los hallazgos anatomopatológicos: revisar el número de linfocitos intraepiteliales y la hiperplasia de criptas. Utilizar la inmunohistoquímica y marcadores de proliferación como el Ki-67.
- Instaurar una dieta sin gluten de prueba y evaluar cambios en la clínica. El seguimiento clínico en los pacientes con diagnóstico dificultoso es imprescindible para poder evaluar cambios en el tiempo que apoyen o descarten el diagnóstico. También es necesario en los familiares que no muestran alteraciones serológicas ni histológicas pero presentan un HLA-DQ compatible (celiaca potencial).

4. Conclusiones.

En la celiaca del adulto va a ser difícil establecer un algoritmo diagnóstico o criterios comunes dado lo variable de su expresividad. Será necesario mantener una elevada sospecha diagnóstica en todos los casos y aumentar la batería diagnóstica disponible a nuestro alcance para los casos menos claros. Debemos tener en cuenta que el diagnóstico debe ser realizado con la mayor seguridad dado que conlleva cambios en el estilo de vida del paciente con la realización de una dieta estricta de por vida en estos momentos.