

ENFERMEDAD CELÍACA: PROBLEMAS SIN RESOLVER

SIMPOSIO SATÉLITE

55 CONGRESO DE LA A.E.P



El 1 de junio se celebró en Valencia un Simposio Satélite sobre la Enfermedad Celíaca (EC), dentro del 55 Congreso de la Asociación Española de Pediatría (A.E.P.). Asistieron un gran número de pediatras y especialistas de toda España, con el fin de ampliar sus conocimientos sobre una enfermedad tan compleja como la EC.

La **Dra. Isabel Polanco** (Hospital Infantil Universitario La Paz, Madrid) fue la coordinadora científica y la moderadora del simposio. Comentó la alta prevalencia de la enfermedad, aproximadamente uno de cada cien, y cómo ha crecido notablemente el interés por la EC, lo que está propiciando un diagnóstico más precoz y un tratamiento con mayor garantía.

Los ponentes que intervinieron fueron:

- **Dr. Eduardo Arranz.** Instituto de Biología y Genética Molecular. Universidad de Valladolid
- **Dr. Carlo Catassi.** Instituto di Clínica Pediatrica. Universidad de Ancona. Ancona (Italia)
- **Dra. Carmen Ribes.** Servicio de Gastroenterología. Hospital Infantil Universitario La Fe. Valencia
- **Dr. Juan Vergara.** Centro de Salud Polígono Norte. Atención Primaria. Sevilla

A continuación hemos elaborado un resumen de las cuestiones que se trataron:

¿LA EC ES UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA?

La EC es un problema de salud pública, ya que según los últimos estudios realizados la prevalencia de la enfermedad en Europa es muy alta, aproximadamente del 1 %. Además esta prevalencia parece estar aumentando en la última década.

¿EXISTE REALMENTE UNA EPIDEMIA DE EC O AHORA LOS MÉDICOS CONOCEN MEJOR LA ENFERMEDAD Y POR ESO SE DIAGNOSTICA MÁS?

Es cierto que en España los médicos cada vez conocen mejor la enfermedad, lo que ha favorecido que aumente el número de diagnósticos en los últimos años, sin embargo ese incremento también se debe a cambios en los factores ambientales que actualmente se están estudiando.

¿SE PUEDE PREVENIR LA EC?

Múltiples estudios han confirmado la importancia de determinados factores ambientales en la aparición de la enfermedad en individuos genéticamente predispuestos. Si el incremento de diagnósticos es debido a determinados factores ambientales, conocer estos factores podría ayudar a prevenir la enfermedad.

La respuesta del sistema inmune a un antígeno contenido en el gluten puede ser diferente si se administra conjuntamente con leche de vaca o con leche materna debido al efecto modulador de ésta sobre el sistema inmune.

Últimamente se han realizado varios estudios, que plantean la hipótesis de que exista una asociación directa entre el desarrollo de la EC, el periodo de lactancia materna y la edad de introducción del gluten y en qué medida se podría prevenir la enfermedad mediante la instauración de modelos dietéticos adecuados durante el primer año de la vida. Próximamente, se va a realizar en varios países de Europa, entre ellos España, un estudio para evaluar si la introducción del gluten en la dieta de los lactantes, genéticamente predispuestos, podría prevenir la EC.

¿QUIEN PUEDE SER CELÍACO?

Aunque la prevalencia de la EC es muy elevada, desarrollar la enfermedad no parece ser tan fácil, y sólo unos pocos individuos con marcadores genéticos de riesgo son celíacos. El componente genético más importante depende de la presencia de los genes HLA DQ2/DQ8. Sin embargo **se puede ser celíaco y no tener los genes HLA DQ2/ DQ8**, ya que otros genes, todavía sin identificar, representan el 60 % del componente hereditario de la enfermedad.

Otros factores necesarios para desarrollar la EC son la edad del primer contacto con el gluten, la cantidad de éste ingerida y las condiciones en las que se realiza la sensibilización al gluten en el intestino, etc.

¿QUÉ PECULIARIDADES TIENE EL INTESTINO DE UN CELÍACO PARA QUE SE DESARROLLE LA INTOLERANCIA AL GLUTEN?

Una de las características del intestino de una persona celíaca es la presencia de linfocitos TCD4+ reactivos al gluten que controlan el desarrollo de la enteropatía. También se piensa que puede existir una alteración en el epitelio de estas personas, que permite el paso de los péptidos tóxicos o que la presencia de una infección podría alterar, en un momento dado, la permeabilidad del intestino y favorecer la entrada de estos péptidos.

¿CÓMO Y A QUIEN SE DEBERÍA HACER EL DESPISTAJE DE LA EC?

El despistaje de la EC se debería realizar a personas con síntomas o signos de EC y en grupos de riesgo: familiares en primer grado y personas con enfermedades asociadas. Por otro lado, siempre que la sospecha clínica sea alta, aunque los anticuerpos de EC sean negativos, el médico de atención primaria deberá derivar ese paciente al especialista.

Sin embargo existen diversas situaciones que impiden, día a día, que el despistaje se realice a las personas indicadas, bien por el desconocimiento sobre la enfermedad de muchos médicos o por la dificultades que tienen algunos médicos de atención primaria a la hora de solicitar los análisis. Para solucionar estos problemas, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid acaba de distribuir un protocolo de diagnóstico de la EC entre los médicos de atención primaria y especializada para su inmediata aplicación.

¿SE PUEDE SER CELÍACO CON LESIONES DE BAJO GRADO, ES DECIR LESIONES MARSH TIPO I O II?

La atrofia vellositaria (total o parcial) junto con la elongación de las criptas, son las alteraciones arquitecturales más frecuentemente halladas en las biopsias duodeno-yeyunales de los pacientes con EC. Sin embargo existen pacientes que presentan lesiones de bajo grado (grado I o II según la clasificación de Marsh), que pueden dificultar el diagnóstico e incluso hacer pensar que esa persona no es celíaca. Estos pacientes deben llevar un seguimiento por parte del especialista, ya que en la mayoría de los casos, al cabo de unos años suelen desarrollar enteropatía de grado III. Sobre todo, no hay que desestimarlos, si presentan anticuerpos elevados y son familiares en primer grado, pues suelen llevar una ingesta baja en gluten en su hogar, presentando un daño intestinal menor.

¿POR QUÉ ALGUNOS PACIENTES CELÍACOS PRESENTAN ANEMIA FERROPÉNICA Y OTROS NO?

Este tipo de complicaciones extradigestivas van a depender del tamaño de la lesión intestinal, ya que cuanto mayor sea la lesión, mayor será la malabsorción de nutrientes siendo más fácil que aparezca anemia ferropénica. Sin embargo, los pacientes en los que la lesión intestinal es menor, presentarán mayor absorción, ya que en la parte no dañada del intestino no habrá problemas de absorción.

¿QUÉ RIESGO TIENEN LOS CELÍACOS DE DESARROLLAR LINFOMAS?

El riesgo que tiene la población celíaca que sigue una dieta estricta sin gluten de desarrollar linfomas intestinales es muy bajo. Según estudios realizados en Europa se ha visto que el riesgo varía considerablemente de unos países a otros, ya que en algunos países nórdicos, como por ejemplo Finlandia, los celíacos consumen productos especiales elaborados a partir de almidón de trigo, y desarrollan más linfomas intestinales que los celíacos de países como España o Italia, donde las asociaciones de celíacos no recomiendan el consumo del almidón de trigo, en estos dos últimos países se recomienda que los productos especiales sin gluten tengan como máximo 20 ppm de gluten.

¿AVENA, SÍ O NO?

La avena es un cereal que pertenece a una subespecie diferente a la del trigo, la cebada y el centeno, siendo la cantidad de prolaminas que contiene mucho menor y también la de péptidos tóxicos. Aunque parece que es tolerada por algunos celíacos, recientemente, se han realizado estudios en los que se ha constatado que no es tolerada por todos, por lo que, hoy por hoy, no se recomienda que los pacientes celíacos la consuman.

¿FUTURAS TERAPIAS?

La búsqueda de nuevos tratamientos se ha centrado por un lado en la modificación del agente desencadenante, cuyo fin sería conseguir una harina sin gluten con las cualidades necesarias para hacer pan, o en la que se hayan eliminado los fragmentos tóxicos y, por otro, en la modificación de la respuesta inmunológica frente al gluten, impidiendo la activación de los linfocitos T efectoras de la mucosa intestinal, o bloqueando las moléculas mediadoras de la inflamación.

En este sentido varios grupos de investigadores ya están trabajando en la búsqueda de nuevas posibilidades para el tratamiento de la EC, pero pasarán años antes de que estos tratamientos puedan ser utilizados en la clínica.

CONCLUSIONES

Para finalizar la **Dra. I. Polanco** recogió una serie de conclusiones:

1. Hay que cambiar el concepto de EC: **se puede ser celíaco sin presentar atrofia vellositaria**.
2. Los pediatras y médicos de atención primaria **deben de buscar** a los celíacos.
3. Los marcadores serológicos constituyen un gran avance para el despistaje de la EC, pero el patrón de oro del diagnóstico sigue siendo la **biopsia intestinal**, prueba que además ayuda a conocer mejor la enfermedad.

4. La dieta sin gluten no es difícil de llevar, pero su seguimiento mejoraría si existieran subvenciones económicas para comprar los productos especiales sin gluten, y si no existiera riesgo al consumir productos manufacturados.
5. La calidad de vida de una persona con EC es mucho mejor que la de la mayoría de personas que padecen otras enfermedades, por eso cuando la EC se diagnostica esa persona **ESTÁ DE SUERTE** .