

Original

Marcadores serológicos de enfermedad celíaca en niños con sintomatología digestiva y extradigestiva

M. SÁNCHEZ JACOB*, M.A. GUTIÉRREZ**, A. BLANCO**, B. GEA**, E.M. ASENSIO**

*Pediatra Centro de Salud La Victoria (Valladolid)

**Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (Valladolid)

INTRODUCCIÓN

La presentación clínica de la enfermedad celíaca (EC), ha dado paso en los últimos años a otras formas de presentación atípica, monosintomáticas y subclínicas⁽¹⁾.

La sintomatología, aparentemente no relacionada con el aparato digestivo es muy variada: dermatitis herpetiforme, infertilidad, anemia, demencia, déficit de hierro y folatos, síndrome espinocerebeloso, neuropatía, tetania, osteoporosis, artralgias, anomalías del esmalte dentario, fatiga, osteomalacia, epilepsia, depresión, control insuficiente de diabetes, alopecia, etc⁽¹⁻³⁾. El alto índice de sospecha en estas situaciones, junto con el estudio de los familiares de los enfermos y de la población de alto riesgo incrementa de forma significativa la frecuencia del diagnóstico.

Por otra parte, se sabe que las formas clínicas silentes son mucho más frecuentes que las formas clásicas⁽⁴⁻⁶⁾.

En este estudio se pretende diagnosticar nuevos casos de EC mediante marcadores serológicos, -anticuerpos anti gliadina (AGA IgA-IgG) y anticuerpos antiendomiso (EmA IgA-IgG)- en niños con sintomatología sugerente de EC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio prospectivo, en una consulta de Pediatría de un Centro de Salud, en niños de 0-14 años con sintomatología sugerente de EC.

El periodo de estudio comprende 18 meses (enero 1998 a junio 1999). Se han seleccionado todos los niños con talla baja, desnutrición, ferropenia, alteraciones hepáticas (hepatomegalia y/o elevación de transaminasas), defectos de esmalte dentario y sintomatología digestiva clásica de EC (diarrea, distensión abdominal, estacionamiento ponderal).

La muestra del estudio la constituyen 35 niños. En 25 se ha realizado analítica sanguínea: hemograma, bioquímica sanguínea convencional, Fe, ferritina, AGA, IgG-IgA y EmA Ig G-IgA. En función de los resultados obtenidos o de la clínica que manifestaban, en algunos niños se ha realizado otro tipo de exploraciones complementarias o interconsultas a servicios especializados.

La determinación de AGA se ha realizado por enzimo-inmunoanálisis y la de Em A por inmunofluorescencia indirecta.

Hemos definido talla alta a aquella que se sitúa en un percentil igual o inferior a 3 para su edad y sexo. En todos excepto en uno, el percentil de su talla diana es superior al percentil de su talla en el momento de la recogida de los datos.

Los niños incluidos como desnutridos son aquellos cuyo índice de masa corporal es igual o inferior al percentil 10 para su edad y sexo.

Se analizan la edad, sexo, alteraciones analíticas y marcadores serológicos de EC (AGA, Em A).

RESULTADOS

Se ha distribuido a los niños en dos grupos en función

Premio a la mejor comunicación oral en la Reunión Científica de la SCCALP celebrada en Oviedo los días 15 y 16 de octubre de 1999

Correspondencia: M. Sánchez Jacob. Unidad de Pediatría Centro de Salud La Victoria. Valladolid.

Recibido: Diciembre 1999 Aceptado: Enero 2000

TABLA I. EDAD, SEXO Y ANALÍTICA REALIZADA

| Síntomatología digestiva | Nº niños | Sexo | | Edad (años) X̄ (Rango) | Nº niños con determinaciones analíticas |
|--------------------------------------|----------|------|----|---------------------------|--|
| | | V | M | | |
| *Síntomas clásicos de EC | 3 | 1 | 2 | 1,8 (1,5-2,6) | 3 |
| *Desnutrición | 20 | 8 | 12 | 3,4 (0,5-13,3) | 10 |
| *Hepatomegalia-hipertransaminasemia | 3 | 1 | 2 | 2,7 (2-3,4) | 3 |
| Total | 26 | | | | 16 |
| Síntomatología extradigestiva | | | | | |
| *Talla baja | 6 | 3 | 3 | 6,1 (3,5-13) | 6 |
| *Ferropenia | 2 | 1 | 1 | 7,9 (2,5-13,5) | 2 |
| *Defecto de esmalte dentario | 1 | 1 | 0 | 3 | 1 |
| Total | 9 | | | | 9 |

de la sintomatología (digestiva o extradigestiva) que presentaban.

La edad, sexo y el número de análisis practicados se presentan en la tabla I. Se trata de 15 varones y 20 mujeres de edades comprendidas entre los 18 meses y los 13,5 años.

En la tabla II quedan reflejados el número de niños con alteraciones del metabolismo férrico, con positividad de AGA y EmA, así como los exámenes complementarios e interconsultas realizadas.

Se hicieron 25 determinaciones analíticas: en todos los niños con sintomatología clásica de EC, hepatomegalia y/o hipertransaminasemia, talla baja, ferropenia y defecto del esmalte dentario, y sólo en 10 de los 20 niños desnutridos.

Como puede observarse (tabla II), sólo 2 niños presentan de forma simultánea Em A y AGA fuertemente positivos (zona sombreada oscura). Corresponden a dos niños de 18 meses con sintomatología clásica de EC a los que se les realizó biopsia intestinal que mostró atrofia severa de las vellosidades. Han sido diagnosticados de EC con buena respuesta clínica a la supresión del gluten.

Otros 9 niños presentan AGA Ig G débilmente positivo presentaba una desnutrición unida a una ferropenia, motivo por el cual se solicitó una interconsulta al servicio de gastroenterología donde se realiza biopsia intestinal que objetivó una atrofia vellositaria leve. Se trató con dieta exenta de gluten y lactosa, sin mejoría evidente por lo que reintrodujo de nuevo el gluten. Asimismo se ha descartado la presencia de reflujo gastroesofágico.

Tan sólo hemos realizado analítica a la mitad de los niños desnutridos. Todos ellos acuden con periodicidad a la consulta para control ponderoestatural y nuevos controles analíticos si se considera oportuno.

En cuanto a los tres niños con hepatomegalia y/o hipertransaminasemia, 2 de ellos presentan AGA IgG débilmente positivos. La serología para hepatitis A, B y C ha sido negativa.

Hemos solicitado 5 interconsultas al servicio de endocrinología infantil en los niños con talla baja. En todos ellos se ha descartado por el momento EC y siguen controles en dicho servicio.

COMENTARIOS

Somos conscientes de las limitaciones de estos resultados preliminares, a pesar de lo cual nos ha parecido útil hacer una llamada de atención sobre el estado de alerta permanente que es preciso sostener ante la EC en pacientes no seleccionados de una consulta de Atención Primaria.

Es evidente que entre los resultados obtenidos pueden existir falsos negativos, al haber obviado la determinación simultánea de IgA para descartar un déficit de Ig A, frecuentemente asociado a la EC⁽⁷⁾. Por otra parte, los resultados de AGA y EmA negativos no descartan la EC sobre todo en niños menores de dos años^(7,8).

TABLA II. NÚMERO DE NIÑOS CON ALTERACIONES DEL METABOLISMO FÉRRICO, POSITIVIDAD DEL AGA Y EMA, EXÁMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS REALIZADAS

| Sintomatología digestiva | Total | Metabolismo Férrico | | AGA IgA | | | AGA IgG | | | Em A Ig A | | | Em A Ig G | | | Exámenes complem. |
|--------------------------------------|-------|---------------------|--------------------|---------|---|----|---------|---|----|-----------|---|----|-----------|---|----|------------------------|
| | | Ferritina | Anemia ferropénica | - | + | ++ | - | + | ++ | - | + | ++ | - | + | ++ | |
| *Síntomas clásicos | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | 2 | 2: Biopsia |
| *Desnutrición | 10 | 1 | 0 | 9 | 1 | 0 | 7 | 3 | 0 | 10 | 0 | 0 | 10 | 0 | 0 | 1: TGE + Prick+biopsia |
| *Hepatomegalia | 3 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 1: ECO hepática |
| Sintomatología extradigestiva | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Talla baja | 6 | 1 | 1 | 6 | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 | 6 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 5: Endocrino |
| *Ferropenia | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1: TGE |
| *Defecto de esmalte dentario | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | |
| Total | 25 | 4 | 4 | 22 | 1 | 2 | 14 | 9 | 2 | 23 | 0 | 2 | 23 | 0 | 2 | |

Nuestro objetivo es proseguir el estudio iniciado, tanto en los pacientes presentados, en sus familiares así como en los nuevos casos que se vayan presentando, subsanando los errores actuales.

Puesto que la EC ha sido clásicamente considerada como una enfermedad de presentación en la edad pediátrica, creemos conveniente hacer partícipes a los médicos generales sobre la alta frecuencia de EC no diagnosticada en la población adulta, con el objetivo de prevenir las complicaciones tardías y malignas, así como las importantes, aunque sutiles consecuencias de la EC no tratada^(1,9).

BIBLIOGRAFÍA

- Murray JA. The widening spectrum of celiac disease. *Am J Clin Nutr* 1999; **69**: 354-365.
- Naveh Y, Rosenthal E, Ben-Arieh Y, Etzioni A. Celiac disease associated alopecia in childhood. *J Pediatric* 1999; **134**: 362-364.
- Vitoria JC, Castaño L, Rico I, Bilbao JR, Arrieta A, García Masdevall M. Association of insulin dependent diabetes mellitus and celiac disease: A study based on serologic markers. *J Pediatric Gastroenterol Nutr* 1998; **27**: 47-52.
- Meloni G, Dove A, Fanciulli G, Tanda F, Bottazzo GF. Subclinical celiac disease in schoolchildren from Northern Sardinia. *Lancet* 1999; **353**:37.
- Korponay-Szabó I, Kovács JB, Czinner A, Gorácz G, Vámos A, Szabó T. High prevalence of silent celiac disease in preschool children screened with IgA/IgG antiendomysium antibodies. *J Pediatric Gastroenterol Nutr* 1999; **28**: 26-30.
- Cattassi C, Ratsch IM, Fabiani E, Rossini M, Candela F, Coppe GV, Giorgi GL. Celiac disease in the year 2000: Exploring the iceberg. *Lancet* 1994; **343**: 200-204.
- Gillett HR, Gillett PM, Kingstone K. Deficiency and celiac disease (letter). *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1997; **25**: 366-367.
- Del Rosario MA, Fitzgerald JF, Choug SK, Croffie JM, Gupta SK. Further studies of antiendomysium and antigliadin antibodies in patients with suspected celiac disease. *J Pediatric Gastroenterol Nutr* 1998; **27**: 191-195.
- Mazure R, Vázquez H, González D, et al. Bone mineral affection in asymptomatic adult patients with celiac disease. *Am J Gastroenterol* 1994; **89**: 2130-2134.