

## Diagnóstico de la enfermedad celiaca

I. POLANCO ALLUÉ\*

### INTRODUCCIÓN

La enfermedad celiaca es una anormal intolerancia al gluten que condiciona en determinados individuos una lesión severa de la mucosa del intestino delgado superior. Debido a ello, se establece un defecto de utilización de nutrientes (principios inmediatos, sales y/o vitaminas) a nivel del tracto digestivo, con una repercusión clínica y funcional muy variable, en dependencia con la edad del sujeto y otros factores aún no bien precisados. Dentro de lo que se conoce en el momento actual, la intolerancia al gluten en estos sujetos se mantiene, de modo permanente, a lo largo de toda la vida, habiendo sido ampliamente demostrada la predisposición genética a padecer la enfermedad (1, 2). El establecimiento de un régimen estricto sin gluten lleva consigo una normalización clínica y funcional, así como la reparación de la lesión vellositaria. Sin embargo, el criterio diagnóstico definitivo viene dado por la respuesta a la reintroducción del gluten en la alimentación, que debe acompañarse de una reproducción de la lesión intestinal con o sin presencia de manifestaciones clínicas y/o funcionales de malabsorción (3 - 5).

Estas normas fijadas por la Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica (ESPGAN) en 1969, han sido

revisadas en junio de 1989 (6), manteniéndose vigentes tanto desde el punto de vista conceptual como diagnóstico.

A pesar del general reconocimiento de la necesidad de las tres biopsias para el diagnóstico de la enfermedad celiaca, no existe acuerdo en cuanto al momento en que éstas deben realizarse. Como orientación diagnóstica aunque nunca en sustitución de la biopsia intestinal seriada, se utilizan diversas pruebas que, de forma indirecta, indican con mayor o menor fiabilidad la existencia de una mucosa alterada en el intestino proximal (Tabla I).

TABLA I. PRUEBAS UTILIZADAS PARA DETERMINAR INDIRECTAMENTE LA ALTERACION DE LA MUCOSA DEL INTESTINO DELGADO

- 
- Determinación de grasa en heces.
  - Determinación de D-xilosa en orina y/o sangre.
  - Determinación de folatos en suero y/o hematíes.
  - Anticuerpos antigliadina, antirreticulina y antiendomiso.
  - Permeabilidad de la mucosa intestinal.
- 

\* Profesora Titular. Departamento de Pediatría. Hospital Infantil: La Paz. Universidad Autónoma. Madrid.  
\* Presentado en el II Memorial Guillermo Arce, setiembre 1989.  
\* Con la colaboración de NESTLE.

## SISTEMÁTICA DIAGNÓSTICA

Una anamnesis detallada unida a un examen físico cuidadoso, permite establecer el diagnóstico de sospecha en aquellos casos que cursan con sintomatología convencional.

Según se desprende de su definición, el diagnóstico de la enfermedad celiaca en los niños requiere la realización de tres biopsias duodenoyeyunales.

- La primera en el momento de realizar el diagnóstico de sospecha y antes de iniciar la dieta sin gluten, siempre que el estado general del niño lo permita y previa normalidad del estudio de coagulación.
- La segunda, no antes de cumplida la edad cronológica de 3-4 años de vida, y después de al menos 2 años de seguir una dieta sin gluten.
- La tercera después de un período variable de sobrecarga con gluten, 3, (6, 12), 24 meses, previa evidencia de la normalización de la mucosa intestinal durante el período anterior.

Para valorar el momento en que se realiza la biopsia intestinal después de la sobrecarga, hay que orientarse por la respuesta clínica y/o funcional que, en los casos en que se acompañan de recaída, suele manifestarse entre el mes y los tres meses de la reintroducción del gluten, y en este caso, se procede a practicar la biopsia intestinal (con estudio de coagulación previo).

Si la recaída clínica es muy precoz, debe esperarse por lo menos a que se cumplan 2 - 3 semanas de ingestión de gluten.

Si por el contrario no se ha producido recaída clínica y/o funcional (Tabla I) a

los 6 meses, fecha en que habitualmente se realiza la primera revisión postsobrecarga, a pesar de la ausencia de las mismas, se practicará en este momento la biopsia intestinal, ya que en nuestra experiencia (7) la recaída exclusivamente anatómica es un hecho frecuente. A partir de ese momento y si no se ha confirmado el diagnóstico, se realizarán controles clínicos y funcionales periódicos, con nuevo control anatómico a los 24 meses de iniciada la provocación con gluten. Aunque la mayoría de los pacientes celiacos presentan recaída anatómica a lo largo de los dos primeros años de la reintroducción del gluten en su dieta, un período de latencia entre la misma y la reproducción de la lesión de la mucosa intestinal más largo, pueden presentarlo entre un 5 y un 10 % de los pacientes celiacos (8). Debido a ello la normalidad de la mucosa intestinal después de dos años de iniciada la provocación con gluten no descarta el diagnóstico de enfermedad celiaca, siendo obligado repetir controles anatómicos periódicos (5, 10, etc., años).

En cualquier caso, tanto en el niño como en el adulto la prueba de provocación ha de realizarse en pacientes en perfectas condiciones y bajo control médico. Además la reintroducción del gluten puede estar contraindicada en aquellos individuos que padezcan de modo concomitante enfermedades autoinmunes o procesos crónicos severos, para evitar agravar la situación del paciente.

El establecimiento de un régimen estricto sin gluten sigue constituyendo el problema terapéutico fundamental y una vez confirmado el diagnóstico deberá mantenerse a lo largo de toda la vida. Dado el carácter permanente de la supresión del gluten en la dieta de estos pacientes, para llevar a cabo con eficacia esta terapéutica es imprescindible contar, desde el primer momento, con la colaboración de

los propios pacientes, así como de sus familiares ayudándoles a solventar una serie de problemas de orden práctico y psicoló-

gico que pueden surgir a lo largo de la evolución de una enfermedad crónica como la presente.

## BIBLIOGRAFIA

1. STOKES P. L.; ASQUITH P.; HOLMS G. K. T.; MACKINTOSH P.; COOKE W. T.: *Histocompatibility antigens associated with adult coeliac disease*. Lancet 1972; 11: 162-4.
2. FALCHUK Z. M.; ROSENTINE G. N.; STROBER W.: *Predominance of histocompatibility antigen HLA-B8 in patients with gluten sensitive enteropathy*. J. Clin. Invest. 1972; 15: 1.602-5.
3. MEEWISSE G. W.: *Diagnostic criteria in coeliac disease*. Acta Paediat. Scand. 1970; 59: 461-63.
4. MCNEISH A. S.; HARMS H. K.; REY J.; SHMERLING D. H.; VISAKORPI J. K.; WALKER-SMITH J. A.: *The diagnosis of coeliac disease*. Arch. Dis. Child. 1979; 54: 783-6.
5. COOKE W. T.; HOLMES G. K.: *Coeliac disease*. Edinburgh. Churchill Livingstone. 1984.
6. ESPGAN: *Workshop on diagnostic criteria of coeliac disease*. Budapest, junio 1989.
7. POLANCO I.: *Enfermedad Celiaca*. En CHANTAR C., RODES J. (eds.): *Actualidades en Gastroenterología*, Vol. 1. Barcelona: J. R. Prous, 1986: 1-37
8. POLANCO I.; LARRAURI, J.: *Does transient gluten intolerance exists?* En KUMAR P., WALKER-SMITH J., (eds.): *International coeliac Symposium*. London: Butterworths, 1989 (en prensa).