

HOSPITAL PEDIATRICO DOCENTE
"LUIS ANGEL MILANES"
BAYAMO

ENFERMEDAD CELIACA EN PACIENTES DE CONSULTA DE GASTROENTEROLOGIA

Dra. Yanet Camejo Serrano¹, Dr. Yoel Ricardo Serrano², Lic. Maythe Peláez Llorente³, Dra. Yindra Bustamante Realin.⁴

RESUMEN

Se realiza un estudio observacional, descriptivo, longitudinal, de los niños con diagnóstico de enfermedad celíaca, con el objetivo de caracterizar a los pacientes de la provincia Granma seguidos en la consulta de Gastroenterología Pediátrica, en el período comprendido desde enero 2003 a enero de 2007. La muestra estuvo constituida por 38 niños. La edad que predominó para el diagnóstico fue entre 1 y 4 años de vida. Se afectó con más frecuencia el sexo masculino y aquellos enfermos de raza blanca. Se encontraron antecedentes familiares de celiaquía con parentesco de primer grado. Se evidenció una recuperación nutricional importante en aquellos niños que a inicios del diagnóstico tenían esta afectación. Los hallazgos más frecuentes fueron diarrea crónica, anemia ferripriva y giardiasis.

Palabras clave: ENFERMEDAD CELIACA/epidemiología; ENFERMEDAD CELIACA/diagnóstico.

INTRODUCCION

La enfermedad celíaca es una afección digestiva que daña al intestino delgado y altera la absorción de las vitaminas, minerales y otros nutrientes, debido a una intolerancia a la proteína llamada gluten que se encuentra en algunos alimentos como: trigo, centeno, cebada, cuya fracción soluble llamada gliadina, es la que hace daño a los celíacos.

¹ Especialista de I Grado en Pediatría. Instructor.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de Gastroenterología. Instructor.

³ Licenciada en Enfermería. Residente en Fisiología. Instructor.

⁴ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de Gastroenterología.

Las personas afectadas por esta enfermedad cuando ingieren alimentos que contienen dicha proteína, su sistema inmune responde ocasionando daño en la mucosa del intestino delgado.¹

En 1950 Dicke demostró como los niños celíacos mejoraban de manera extraordinaria cuando se excluía de su dieta el trigo, el centeno y la cebada.²

Esta enfermedad puede ser diagnosticada a cualquier edad. Sin embargo, la edad más habitual de aparición es entre 6 y 18 meses de vida. La EC ocurre del 5-15 % en descendientes de familias de celíacos, en el 70 % de gemelos idénticos, donde ambos tienen la enfermedad.³

Para hacer un diagnóstico preliminar las personas deben consumir gluten. La identificación de anticuerpo específico en la sangre es usada para detectar la posibilidad de la enfermedad. Los pacientes con pruebas de anticuerpos positivas deben someterse a una biopsia de intestino delgado.

Se calcula que en 1 de cada 4 700 estadounidenses se le ha diagnosticado esta entidad; estudios epidemiológicos más recientes permiten establecer que en Europa es de 1 por 1 000 a 1 500 nacidos vivos, siendo la enfermedad genética más común. Uno de cada 200 españoles la presenta. El 75 % de los enfermos celíacos no está diagnosticado. En Italia, aproximadamente 1 de cada 250 personas la tiene. A nivel mundial la incidencia es de 1:500 a 1:300 nacidos vivos.⁴

En Cuba con el desarrollo de la atención médica, se ha mejorado en el diagnóstico de esta enfermedad, aunque no se han realizado estudios de prevalencia, ya que no se realizaba el diagnóstico en todas las provincias, por lo que decidimos realizar esta investigación para dar respuesta a algunas de las interrogantes en relación con varios aspectos de la entidad.

METODO

Se realiza un estudio observacional, descriptivo y longitudinal, de los pacientes con diagnóstico de enfermedad celíaca, de la provincia Granma, atendidos en consulta de Gastroenterología Pediátrica, en el período comprendido desde enero de 2003 a enero de 2007. Se consideró paciente celíaco: dos biopsias positivas y estudios serológicos, confirmatorios de este diagnóstico.

Fueron incluidos todos los enfermos con este diagnóstico, independientemente, de la fecha en que se hizo, con historia clínica que recogía los datos necesarios para la investigación, con 4 ó más consultas de seguimiento.

Se revisan las historias clínicas y se recogen datos, tales como: sexo, edad, color de la piel, antecedente patológico familiares de la enfermedad, grado de consanguinidad, estado nutricional y manifestaciones clínicas.

Los resultados se exponen en tablas y como medida de resumen se utiliza el porcentaje.

RESULTADOS Y DISCUSION

En la consulta de Gastroenterología hay un total de 38 casos con el diagnóstico de enfermedad celíaca, de ellos el 63.1 % (Tabla 1) se diagnosticó entre el primer y cuarto año de vida. Los resultados coinciden con la bibliografía revisada, donde se plantea que esta enfermedad suele desarrollarse entre el segundo y tercer año de vida. La presentación tardía ocurre entre 2 y 8 años de edad caracterizada por: talla baja, anemia, raquitismo, constipación, distensión abdominal. La forma de presentación más precoz ocurre entre el primer y segundo mes de vida y se caracteriza a veces por vómitos en proyectil, pérdida de peso, deposiciones pálidas y líquidas.⁵ Autores como Catassi⁶ y Siccardi⁷ encontraron resultados similares.

Existió predominio del sexo masculino con 22 casos (57.9 %) (Tabla 2), lo que discrepa de los hallazgos informados por Fasano y Carla Mansilla que describen un predominio del sexo femenino.^{8,9} Se revisó un estudio presentado por Juan Verga en España que plantea que esta enfermedad se presenta con una frecuencia dos veces superior en mujeres.¹⁰ En Argentina, se realizó un estudio en pacientes adultos por el Dr. Valera arrojando que 1 de cada 200 personas es celíaca y que esta enfermedad es tres veces más frecuente en la mujer que en el hombre.¹¹

En relación con el color de la piel predominó el color blanco con 36 pacientes para el 94.7 % (Tabla 3), coincidiendo con estudios de la *Family Doctor Organization*, en cuya investigación encontró una mayor afectación en personas caucásicas y aquellas en que sus ancestros provienen del norte y sur de Europa¹²; aunque sabemos que las razas en Cuba no son puras y es producto del mestizaje, que a lo largo de los años ha sufrido la influencia de otras etnias y culturas como consecuencia de la colonización.

Al analizar los antecedentes familiares se encontró que 10 de los pacientes tenían historia familiar (Tabla 4). Estos hallazgos coinciden con los encontrados por el equipo de Alessio Fasano⁸, quien estudió la prevalencia de la enfermedad celíaca en grupos de riesgo de Estados Unidos en familiares de primer y segundo grado. El equipo detectó que en los grupos de riesgo la prevalencia de la enfermedad celíaca era 1 por cada 22 parientes de primer grado, 1 por cada 39 de segundo grado y 1 por cada 56 pacientes sintomáticos. Por su parte, la prevalencia total en el grupo sin riesgo era 1 por cada 133 sujetos. Los resultados sugieren que la enfermedad celíaca es un problema mayor de lo que se pensaba, con una prevalencia similar a la europea, con el 4.5 % en los familiares de primer grado.

El autor Vani V. Gopalareddy plantea que la frecuencia familiar es alta, sobre todo en familiares de primer grado. Aunque el medio de herencia no ha sido bien aclarado, se ha señalado la asociación con la herencia de tipo mendeliano con penetrancia incompleta.²

El estado nutricional al diagnóstico de la enfermedad demostró que 19 pacientes estaban desnutridos, para el 50 % del total (Tabla 5); sin embargo, en la última consulta de seguimiento eran normopeso (19) y sólo uno era desnutrido (2.6%). En el momento en que se realizó el diagnóstico, más de la mitad de ellos eran desnutridos o delgados. Estos hallazgos concuerdan con los de Duggan y Dube cuando plantean que la enfermedad celíaca no es una alergia y que el gluten presente en los alimentos daña el revestimiento del intestino delgado.^{13,14}

Las manifestaciones clínicas y diagnósticos previos al diagnóstico más frecuentes fueron las diarreas crónicas presentes en 35 pacientes (15.3 %) (Tabla 6); resultados similares a los de González Hernández, quien plantea que el modo de presentación de esta enfermedad es variable aunque en la mayoría de ellos comienza con diarreas. La anemia se produce por malabsorción de hierro, ácido fólico y vitamina.¹⁵

En otros casos el vómito constituyó la única manifestación, con las características de ser persistente e incluso en proyectil. Hay pacientes monosintomáticos, por ejemplo: sólo anemia, sólo descalcificación ósea o únicamente aftas bucales.^{10,15}

En el estudio realizado por Noelis Regina se plantea que los celíacos se caracterizan por manifestaciones orales como defecto en el esmalte dentario y aftas orales recurrentes, encontrando en su estudio que el 12.8 % de los

pacientes con dentición temporal tenían tales defectos. La enfermedad celíaca presenta un gran polimorfismo desde el punto de vista clínico, bioquímico e histopatológico. Hill habla de una forma activa, silente, latente y potencial.¹⁶ Una vez diagnosticada la intolerancia celíaca, el único tratamiento existente consiste en mantener una dieta estricta sin gluten y de por vida.

CONCLUSIONES

- La mayoría de los pacientes fueron diagnosticados entre 1 y 4 años de edad, con predominio del sexo masculino y el color de la piel blanca.
- Se encontraron antecedentes familiares de celiaquía en los pacientes del estudio y, de ellos, con afectación importante de consanguinidad de primer grado.
- De los pacientes desnutridos al inicio del diagnóstico, se logró su recuperación nutricional en la mayoría de ellos al final del estudio.
- Los principales síntomas y diagnósticos presentados fueron diarreas crónicas, anemia y giardiasis.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Glass RM. Enfermedad celíaca. JAMA. 2002; 287(11):20.
2. Vani V, Gopalareddy MD. Enfermedad Celíaca. Teens Health. Neumours Foundation[monografía en internet]. 2003[citado: 17 dic 2004]. Disponible en: <http://kidshealth.org/teen/disease-conditions/digestive/deliac.htm>.
3. Kilmatin C. Intestinal T-cell responses to serum proteins in celiac disease. Dig DIS Sci. 2006; 51(1): 202-9.
4. Maki M, Mustalahti K, Kokkonen. Prevalencia de la enfermedad celíaca en niños. N Engl J Med. 2003; 348(25):2517-24.
5. Fragoso Albero T, Díaz Lorenzo T, Pérez Ramos E, Milán Pavón R, Luaces Fragoso E. Importancia de los aspectos psicosociales de la enfermedad celíaca. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002; 18(3).
6. Catassi C. Where is celiac disease coming from and why. J Pediatr. Gastroenterology Nutr. 2005; 40:279-282.
7. Siccardi Ricardo B, Montañés Horacio O. Enfermedad celíaca. Enteropatía inducida por gluten. Prensa Méd Argent. 2002; 89(7): 637-655.

8. Fasano A, Berti I, Gerarduzzi T, Not T, Colletti RB, Drago S, et al. Prevalence of celiac disease in at-risk and not-at-risk groups in the United States: a large multicenter study. *Arch Intern Med.* 2003; 163: 286-292.
9. Mancilla AC, Maduid SAM, Valenzuela EJ, Morales BA, Hurtado HC. Enfermedad Celíaca del Adulto: experiencia clínica. *Rev Méd Chile.* 2005; 133:1317-1321.
10. Verga Fernández J. Enfermedad Celíaca[serie en internet]. Atención Primaria de la red. *Guiar Clínicas.* 2004[citado: 23 feb 2006]; 4(53). Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
11. Family Doctor Org. Enfermedad Celiac an American Academy of Family Physician[página web]. 1998[citado: 23 feb 2006]. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/980301ap/proeza.htm>. 8/2005.
12. Duggan JM. Celiac disease: the great imitator. *Medical Journal of Australia.* 2004; 180:524-526.
13. Dube C, Rostom A, Sy R. The prevalence of Celiac disease in average-risk and high-risk Western European populations: a systematic review. *Gastroenterology.* 2005; 128(4 Suppl 1): S57-67.
14. González Hernández DI, Herrera Arguelles S. Manejo nutricional de la enfermedad celíaca. En: Santana Porben S, Barreto J. Programa de intervención alimentaria, nutrimental y metabólico para Hospitales Pediátricos. Ciudad Habana : Editorial Ciencias Médicas; 2000.p.55-67.
15. Jeffrey Drayer MD. Review provided by VeriMed Healthcare Network[página web]. [citado: 11 ene 2007]. Disponible en: <http://www.csaceliacs.org/>.

TABLA 1. EDAD AL DIAGNOSTICO.

EDAD	TOTAL	%
< 1 año	2	5.3
1 a 4 años	24	63.1
5 a 14 años	12	31.6
TOTAL	38	100

Fuente: Historia clínica.

TABLA 2. SEXO.

SEXO	TOTAL	%
Masculino	22	57.9
Femenino	16	42.1
TOTAL	38	100

Fuente: Historia clínica.

TABLA 3. COLOR DE LA PIEL.

COLOR DE LA PIEL	TOTAL	%
Blanca	36	94.7
Negra	2	5.3
TOTAL	38	100

Fuente: Historia clínica.

TABLA 4. ANTECEDENTES FAMILIARES Y GRADO DE PARENTESCO.

ANTECEDENTES FAMILIARES DE CELIAQUIA		TOTAL	%
Con antecedentes	Primer Grado	8	21.0
	Segundo Grado	2	5.3
Sin antecedentes		28	73.7
TOTAL		38	100

Fuente: Historia clínica.

TABLA 5. EVALUACION NUTRICIONAL AL DIAGNOSTICO Y AL FINAL DEL SEGUIMIENTO.

EVALUACION NUTRICIONAL	AL DIAGNOSTICO		AL FINAL DEL ESTUDIO	
	No.	%	No.	%
Desnutrido	19	50.0	1	2.6
Delgado	16	42.1	18	47.4
Normopeso	3	7.9	19	50.0
TOTAL	38	100	38	100

Fuente: Historia clínica.

TABLA 6. DIAGNOSTICO PREVIO Y MANIFESTACIONES CLINICAS INICIALES Y AL FINAL DEL ESTUDIO.

MANIFESTACIONES CLINICAS Y DIAGNOSTICO PREVIO	AL DIAGNÓSTICO		AL FINAL DEL ESTUDIO	
	No.	%	No.	%
Diarreas crónicas	35	15.3	3	5.0
Distensión abdominal	31	13.5	16	26.7
Retardo del crecimiento pondoestatural	28	12.2	23	38.3
Anemia ferropénica	27	11.8	-	-
Giardiasis diagnosticada	26	11.4	-	-
Anorexia	24	10.6	5	8.3
Pelo ralo	18	7.9	1	1.7
Vómitos	16	6.8	0	0
Intolerancia a la lactosa	10	4.4	9	15.0
Constipación	8	3.5	-	-
Descalcificación dentaria.	3	1.3	3	5.0
<i>TOTAL</i>	229	100	60	100