

Nuevos enfoques de la Enfermedad Celíaca en Pediatría

La Enfermedad Celíaca es una enteropatía autoinmune desencadenada por la ingesta de proteínas del trigo, cebada y centeno en personas genéticamente predisuestas. Su presentación polifacética obliga al médico a tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial para sus pacientes. Su afectación multiorgánica produce una inflamación crónica del intestino delgado. Como sabemos el tratamiento es la dieta sin gluten permanente y llevada rigurosamente de por vida.

En los últimos años la Enfermedad Celíaca (EC) ha sido motivo de estudio y revisión intentando poder descifrar el complejo mecanismo por el cual algunas personas desarrollan la enfermedad y otras no siendo todos ellos genéticamente susceptibles.

La forma en que puede ser diagnosticada también ha sido motivo de revisión exhaustiva por parte de un grupo de profesionales europeos, intentando llevar un diagnóstico seguro, sencillo y sin margen de error para una enfermedad de por vida.

La Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición (ESPGHAN) ha publicado varios documentos en los cuales abordan diferentes aspectos de la EC.

Existen tres ejes sobre los cuales se han producido novedades en lo que respecta a la Enfermedad Celíaca en pediatría.

1. Tipo de alimentación.

a. La lactancia materna

Los primeros estudios que establecían que la introducción del gluten en el lactante, entre los 4 y 7 meses concomitantemente con la lactancia materna disminuía el riesgo de desarrollar EC, fueron refutados con dos estudios mucho más robustos (PREVENTCD y CELIPREV) desde el punto de vista metodológico, donde se demostró que **el amamantamiento en el momento de la introducción del gluten no disminuye el riesgo de aparición de EC.**

Tampoco se pudo demostrar que el **tiempo de amamantamiento** tuviera incidencia en el riesgo de desarrollo de EC así como la reducción del riesgo de desarrollo de EC en amamantados frente a los que no recibieron pecho.

b. El momento de la introducción del gluten

Otro de los datos interesantes es el momento de la introducción del gluten. Se hicieron estudios (Estudio TEDDY) donde se introdujo el gluten antes de los 4 meses, entre los 4 y 6 meses, y después de los 6 meses. No se demostró incremento en el riesgo de desarrollo de EC en las diferentes ventanas de introducción del gluten. Se estudió el retraso en la introducción del gluten y se vio que no alteró el riesgo en el desarrollo de EC. (Estudio CELIPREV)

Por lo tanto la conclusión de la ESPGHAN es que **el gluten puede introducirse entre los 4 y 12 meses sin demostrar influencia en el riesgo de desarrollo de EC.**

c. La cantidad de gluten

Pocos estudios abordaron este tema. Sólo un estudio (PREVENTCD) demostró que la introducción de 100 mg gluten/día entre los 4 y 6 meses no aumentó el riesgo de presentación de EC a los 3 años comparados con placebo.

Por lo tanto la recomendación de la ESPGHAN es que **debe evitarse el consumo de grandes cantidades de gluten en los primeros meses después de la introducción del mismo a la dieta del lactante.**

2. La microbiota y que factores hacen que se altere.

Se sabe que hay una información específica (como una huella dactilar) acerca de la composición de la microbiota que tienen los celíacos. La microbiota es la comunidad de gérmenes que habitan en nuestro intestino. Su diversidad y riqueza aseguran un intestino saludable.

Los pacientes celíacos tienen una microbiota disbiótica, es decir que hay una alteración en el equilibrio de la misma, un cambio en el ecosistema intestinal, en estas bacterias, que incluso con la DLG no es la misma que en pacientes no celíacos. Los celíacos en tratamiento en comparación con controles sanos tienen disminución de bacterias protectoras (lactobacilos y bifidobacterias) y aumento de bacteroidetes como estafilococos, salmonella y otros. También se ha demostrado que existe una interacción entre la microbiota intestinal y los factores genéticos y ambientales. La genética influye la composición de la microbiota, y los factores ambientales. A ellos nos referimos por ejemplo en el modo de parto (parto normal vs cesárea).

Factores como el parto por cesárea, los procesos infecciosos en el primer año de vida y la exposición a los antibióticos serían elementos a tener en cuenta como factores de riesgo para el desarrollo de la EC.

3. Diagnóstico en determinados pacientes que pueden no necesitar una biopsia

Si se traza una línea del tiempo en cuanto a los criterios diagnósticos de EC, vemos que estos han cambiado a lo largo de las décadas.

Los primeros criterios fueron los publicados en 1969 por la ESPGHAN. Se comenzó con 3 biopsias: una primer biopsia que se hacía al momento del diagnóstico; una segunda biopsia que se hacía entre el año y dos años de la DLG para ver la recomposición de las vellosidades intestinales y una tercer biopsia que se hacía cuando se volvía a enfrentar al paciente con gluten para ver si se volvían a atrofiar las vellosidades. Con esto era con lo que se completaba el diagnóstico.

En la década del '80 con el advenimiento de los anticuerpos anti gliadina y el comienzo de la utilización de los anticuerpos anti endomisio se empezó a replantear la necesidad de estas 3 biopsias.

En la década del '90 se revisaron esos criterios y se planteó la necesidad de realizar solamente dos biopsias, una al diagnóstico y otra cuando el paciente ya se encontraba con la DLG para ver la recomposición de las vellosidades.

En el año 2000 se realizó el 1er Congreso Mundial de Gastroenterología Pediátrica. Con el advenimiento de los anticuerpos antritransglutaminasa, sumado a un conocimiento más acabado de la fisiopatología se estableció la necesidad de realizar solamente una biopsia y realizar el seguimiento con los anticuerpos, reservando sólo la segunda biopsia para casos específicos.

En el año 2010 la ESPGHAN vuelve a ser protagonista marcando un hito muy importante, ya que plantea en un grupo seleccionado de pacientes pediátricos la posibilidad de no realizar biopsia intestinal. Este nuevo paradigma fue tomado con mucha cautela entre la comunidad médica dado la necesidad de universalizar el diagnóstico con todas las dificultades que pueden existir en el proceso diagnóstico en diferentes partes del planeta.

¿Podemos evitar la biopsia?

La biopsia sigue siendo **el elemento principal del diagnóstico, junto con la endoscopia que permite ver las características de la mucosa y tomar múltiples biopsias**. Debe evaluarse el contorno, el ancho y largo de las vellosidades y la profundidad de las criptas así como la presencia de células que marcan el inicio del proceso inflamatorio (los linfocitos intraepiteliales) para llegar al diagnóstico.

Finalmente, luego de varios estudios el Consenso de ESPGHAN publicó en el año 2012 las normas revisadas y planteó en qué pacientes se puede realizar el diagnóstico de EC sin biopsia de duodeno.

Se ofrece entonces la posibilidad de no realizar biopsia en pacientes:

- **Con síntomas clásicos de enfermedad celíaca: diarrea, distensión abdominal y desnutrición**
- **Con títulos de anticuerpos antitransglutaminasa en más de 10 veces el valor de corte (por ej. Si el valor de corte es 10 U tendría que ser mayor a 100U)**
- **Con estudio genético positivo DQ2 y DQ8**

Si bien esta posibilidad puede ser ofrecida a padres que se niegan a la posibilidad de que sus hijos sean sometidos a una biopsia o en aquellos casos donde existe un riesgo en su realización, todavía en nuestro país no podemos establecer este criterio como una alternativa.

Este criterio de no biopsia no puede universalizarse en Argentina, ni en muchos otros países, ya que se necesitan laboratorios entrenados con amplia experiencia en el manejo de la EC.

Por lo tanto de acuerdo a las **Guías Nacionales de Enfermedad Celíaca del Ministerio de Salud** el diagnóstico debe seguir apoyándose en la sospecha clínica, la realización de anticuerpos específicos y la biopsia de intestino delgado, reservando esta nueva opción de diagnóstico para grupos seleccionados dependiendo de la región donde se realice el diagnóstico.

Mensajes para recordar:

- La EC es una intolerancia permanente al gluten mediada por linfocitos T con mucosa intestinal anormal.
- El cuadro clínico puede ser polifacético y proteiforme.
- Se asocia con otras enfermedades de origen inmunológico.
- El amamantamiento y el momento de la introducción del gluten no reduce el riesgo de EC.
- Los pacientes celíacos tienen una microbiota intestinal alterada al momento del diagnóstico.
- Ciertos factores ambientales como el parto por cesárea, las infecciones y el uso de antibióticos pueden aumentar el riesgo de desarrollo de EC.
- El diagnóstico se apoya en la presunción clínica, la serología y la biopsia de intestino delgado.
- Las guías de ESPGHAN demostraron que se puede realizar el diagnóstico sin biopsia intestinal en casos seleccionados (cumpliendo criterios de síntomas y laboratorio)
- La universalización del diagnóstico sin biopsia todavía no puede realizarse.
- Pueden presentarse complicaciones relacionadas con la malabsorción (osteoporosis y retraso del crecimiento) además de aumento del riesgo de enfermedades autoinmunes y cáncer.
- El tratamiento es la dieta libre de gluten de por vida.

Artículo publicado en Revista Ce.Di.Ce N° 22 Agosto 2018

En el Hospital Pirovano funciona desde hace más de 20 años el Consultorio Interdisciplinario de Enfermedad Celíaca destinado al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de niños y adolescentes, realizando un abordaje integral gastronutricional.

Información y días de atención: Lunes a Jueves 8 a 13 hs. Consultorio Letra D N° 30. Grupo de Trabajo en Gastroenterología y Nutrición Pediátrica.

Lic. Susana Dozo
Lic. Nutrición

Dr. Christian Boggio Marzet
Pediatra Gastroenterólogo