



Enfermedad celíaca que no responde a la dieta sin gluten

CASO CLÍNICO

Una mujer de 40 años acude a la consulta de una dietista-nutricionista titulada buscando consejo y asesoramiento dietético, porque tras haber sido diagnosticada de una enfermedad celíaca (EC), a pesar de seguir una dieta sin gluten estricta sigue presentando sensación de hinchazón abdominal y flatulencia. Tras el diagnóstico recibió asesoramiento en la consulta del facultativo informando que debía prescindir de cereales como el trigo, cebada y centeno, pero que podría tomar avena con normalidad.



1. En relación con el consumo de avena en pacientes celíacos, cite cuál de estas afirmaciones es INCORRECTA.

- La avena en origen no tiene gluten y es tolerada por la mayoría de los enfermos celíacos.
- El principal problema de la avena es la contaminación con cereales que contienen gluten durante el proceso de transporte y almacenamiento.

- c. La introducción de avena en los pacientes celíacos no debería llevarse a cabo antes de los 6 meses desde la retirada del gluten de la dieta.
- d. Es poco probable que la sintomatología referida por la paciente tras la retirada del gluten (hinchazón, flatulencia) sea debida al consumo de cereales con avena.

Respuesta: **D.**

Razonamiento:

La avena en origen no contiene gluten y puede ser consumida de forma razonablemente segura por los pacientes celíacos, siempre que esté garantizada. Ello es debido a que la estructura de la avenina es diferente a la de las prolaminas del trigo, cebada y centeno, de manera que no contiene ninguno de los epítomos que están presentes en estos cereales. Además, la avena proporciona fibra y algunos nutrientes (hierro, folato, niacina, riboflavina) que no contienen en la misma proporción otros cereales como el arroz o el maíz. Algunos celíacos no toleran la avena procedente de determinados cultivares. Por esta razón, resulta más prudente demorar la introducción de la avena hasta que han pasado unos meses desde que se retira el gluten de la dieta. De este modo, si el paciente había quedado asintomático, será fácil atribuir la recurrencia de los síntomas a la introducción a la avena. La avena, además, es rica en FODMAP y podría ser la causa de la flatulencia que estos pacientes presentar tras su reintroducción. En el caso que se presenta, fue un error aconsejar la introducción de la avena desde el principio, ya que entonces es difícil discernir si los síntomas que el paciente presenta son por una mala adherencia a la dieta, al contenido en FODMAP de la avena o a una verdadera intolerancia debida al cultivar de procedencia.

- 2. Tras retirar temporalmente la avena de la dieta, la paciente presentó una mejoría clara de su sintomatología. Sin embargo, a los 6 meses comenzó a presentar diarrea acuosa y pérdida de peso. Los síntomas aparecieron algunas semanas después de comenzar a fumar y a tomar omeprazol para proteger el estómago del efecto de unos antiinflamatorios (ibuprofeno) que comenzó a tomar con frecuencia por cefaleas. La paciente no presentaba fiebre y los niveles de proteína C reactiva (PCR) y la calprotectina en las heces fueron negativos. En el punto que nos encontramos; ¿Cuál de estas enfermedades considera más probable?:**

- a. Colitis microscópica.
- b. Intolerancia a lactosa.
- c. Insuficiencia exocrina del páncreas.
- d. Enfermedad de Crohn concomitante.

Respuesta: **A.**

Razonamiento:

La colitis microscópica es significativamente más frecuente entre la población de pacientes con enfermedad celíaca (y viceversa). Algunas variables como el sexo

femenino, el consumo de tabaco y la toma de omeprazol y/o de AINE aumentan de forma significativa este riesgo. En el caso que nos ocupa, debería ordenarse una colonoscopia con biopsias en diferentes segmentos del colon para certificar el diagnóstico y en caso afirmativo indicar budesonida v.o. La intolerancia a los azúcares simples (lactosa, fructosa), la insuficiencia exocrina del páncreas y la enfermedad de Crohn concomitante forman parte del espectro de entidades que pueden explicar la persistencia o reaparición de los síntomas en pacientes con EC no respondedora. La intolerancia a la lactosa es más probable que se hubiese manifestado al principio, ya que una proporción notable de celíacos con atrofia vellositaria moderada-severa presentan un déficit de lactasa; de ahí la conveniencia de suprimir la lactosa en las fases iniciales. Por la misma razón, la insuficiencia exocrina del páncreas es más probable que se hubiese manifestado en las fases iniciales cuando la atrofia marcada de las vellosidades atenúa la señal que permite la liberación de secretina ante la presencia de grasas en el duodeno. Finalmente, una enfermedad de Crohn es improbable en una paciente que no presenta ningún otro marcador de actividad inflamatoria de la enfermedad (p. ej., fiebre, elevación de proteína C reactiva o de calprotectina en heces).

3. Si Ud. quiere monitorizar la calidad de la adherencia a la dieta sin gluten ¿Cuál de estos procedimientos considera más fiable?

- a. Derivar al paciente a una asociación de enfermos celíacos para revisar la dieta.
- b. Realizar una encuesta estructurada para verificar el cumplimiento de la dieta.
- c. Solicitar niveles de anti-transglutaminasa en sangre.
- d. Determinar péptidos inmunogénicos del gluten en heces o en orina.

Respuesta: **D.**

Razonamiento:

Entre los procedimientos para verificar la calidad de la adherencia a la dieta sin gluten, el más sensible y específico es la determinación de péptidos inmunogénicos del gluten (GIP). Este puede realizarse en orina o en heces. La investigación de GIP en las heces tiene la ventaja de detectar transgresiones (voluntarias o inintencionadas) ocurridas hasta 4 días antes de realizar la determinación. De este modo, si el paciente recoge una muestra de las heces el lunes (cubre todo el fin de semana) y el jueves, se consigue con ello monitorizar la calidad de la dieta en una semana completa. Dos determinaciones consecutivas negativas hablan en favor de una dieta sin gluten estricta. La serología no es un procedimiento sensible, de manera que una serología negativa no asegura la inexistencia de transgresiones. La búsqueda intencionada de transgresiones mediante una entrevista estructurada es útil y necesaria, ya que permite detectar fuentes insospechadas de gluten y contaminaciones cruzadas, pero no es tan objetiva como la determinación de GIP en heces u orina.

4. Al revisar los criterios diagnósticos de esta paciente, se trataba de una mujer en edad fértil que presentaba dispepsia, diarrea crónica acuosa con pérdida de peso, anemia ferropénica (sin hipermenorrea), antecedentes familiares de 1º grado de EC y un hipotiroidismo autoinmune. La serología había sido positiva, así como el test genético (HLA DQ2.5) y el estudio histológico era consistente con un Marsh 3c (atrofia intensa de vellosidades). A pesar de todas estas evidencias a favor de EC, ante la reaparición de los síntomas, tras haber permanecido asintomática durante seis meses, sería **OBLIGADO** revisar la biopsia por parte del patólogo para confirmar un diagnóstico de EC y descartar otras causas de enteropatía.

a. Verdadero.

b. Falso.

Respuesta: **B - FALSO**

Razonamiento:

La revisión del diagnóstico de EC es importante cuando un paciente presenta síntomas persistentes tras la retirada del gluten de la dieta, especialmente en pacientes seronegativos donde la dificultad es mayor. En el caso que nos ocupa, destacan los siguientes datos:

- El patrón de presentación era clásico (diarrea, malabsorción, pérdida de peso...)
- La presencia de anemia en una mujer en edad fértil, sin hipermenorrea, debería suscitar siempre el diagnóstico de EC. De hecho, el 22% de estas pacientes son celíacas.
- La pertenencia a grupos de riesgo (antecedentes de familiares de 1º grado afectados por la enfermedad, dolencia autoinmune concomitante) añade consistencia al diagnóstico.
- Se trataba de una paciente con serología positiva y un test genético positivo y de alto riesgo (DQ2).
- El estudio histológico mostraba una atrofia grave de vellosidades, dato concordante con la presencia de anemia ferropénica. Numerosos estudios coinciden en señalar que la presentación clínica e histológica de los pacientes celíacos con anemia ferropénica es más grave comparada con aquellos que solo presenta diarrea.
- Finalmente, en el escenario clínico que se presenta, la diarrea reapareció 6 meses después de un intervalo libre de síntomas desde que se interrumpió la ingesta de gluten de la dieta. No cabe pensar, por tanto, que el diagnóstico de base fuese erróneo.

Por todas estas razones, aunque la revisión de las biopsias por uno o dos patólogos expertos forma parte del protocolo de estudio del paciente con enfermedad celíaca no respondedora, en el caso que se presenta el diagnóstico resulta verosímil por todas las razones enumeradas y no sería **OBLIGADA** la revisión de las biopsias iniciales.

5. Entre las entidades que pueden explicar la presencia de una enfermedad celíaca no respondedora figura el síndrome de intestino irritable (SII).

a. Verdadero.

b. Falso.

Respuesta: **A - VERDADERO**

Razonamiento:

El SII es una afección altamente prevalente en población general (6-8%), en tanto que la enfermedad celíaca afecta al 1%. Es lógico, por tanto, que ambas entidades puedan coincidir en un mismo paciente. De hecho, existen revisiones sistemáticas y metaanálisis que indican que la prevalencia de EC en pacientes con SII es entre 6-8 veces superior a la encontrada en población general. Un dato a tener en consideración es que la disrupción de la barrera epitelial favorecida por factores ligados al estilo de vida occidental y que aumentan la permeabilidad del intestino, es un fenómeno compartido por ambas enfermedades. De ahí, la importancia del consejo dietético realizado por dietistas-nutricionistas expertos, donde no solamente debe informarse de las fuentes insospechadas de gluten en la dieta, sino también de la pertinencia de evitar el exceso de alimentos procesados y ultraprocesados que contribuyen a la disrupción de la barrera epitelial y la disbiosis. El manejo de pacientes con celiaquía que a su vez padecen un SII es complejo y requiere la intervención multidisciplinar de un gastroenterólogo experimentado, un dietista-nutricionista cualificado y a menudo un psicólogo clínico.
