

# **SEMINARIO DE ACTUALIZACION PEDIATRICA ASUNCION PARAGUAY**

## **Enfermedad Celíaca Del síntoma al diagnóstico**

Dra. María del Carmen Toca  
Hospital Nacional Prof. A. Posadas  
Buenos Aires Argentina



# Caso clínico

Niño de 2 años

Sexo masculino

Sin antecedentes de importancia.

Consulta por dolor abdominal de 2 meses de evolución. Tipo cólico, post ingesta, que no mejora con la evacuación.

Refiere deposiciones alternantes y algunas desligadas, amarillentas y otras pastosas más formadas, 2 a 3 por día.

# **Caso clínico**

## **Examen Físico:**

Peso Z: 0/-1

Talla Z: 0

Distensión abdominal marcada.

Timpanismo.

# CASO CLINICO

## 1era Pregunta:

Cual es la sospecha diagnostica?

- 1) Enfermedad Celiaca
- 2) Parasitosis: Giardia Lamblia
- 3) Intolerancia a la lactosa secundaria
- 4) Sobredesarrollo bacteriano
- 5) Todas son correctas



0

# CASO CLINICO

1 - Enfermedad Celiaca

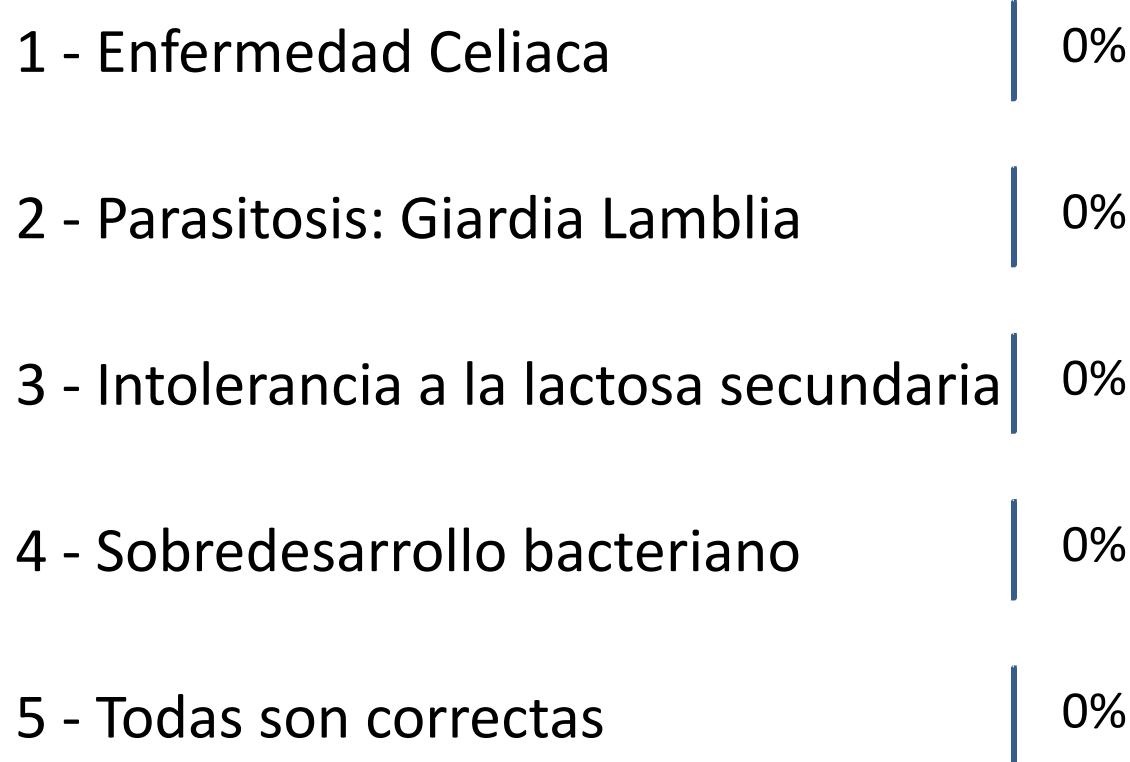
2 - Parasitosis: Giardia Lamblia

3 - Intolerancia a la lactosa secundaria

4 - Sobredesarrollo bacteriano

5 - Todas son correctas

# CASO CLINICO



5) Todas son correctas

# CASO CLÍNICO

Solicita Parasitologico y recolección MF para Van de Kamer

Se indica dieta hipofermentativa, baja en lactosa.

## Exámenes complementarios:

Parasitológico M.F: negativo.

Recolección de materia fecal de 48 hs (Van de Kamer):  
esteatorrea

A los 15 días concurre a control

Al examen físico: Disminución de peso

Continua con distensión

Dolor abdominal.

# Enfermedad Celiaca Manifestaciones clínicas

Gastrointestinal (“clásica”)

No Gastrointestinal ( “atípica”)

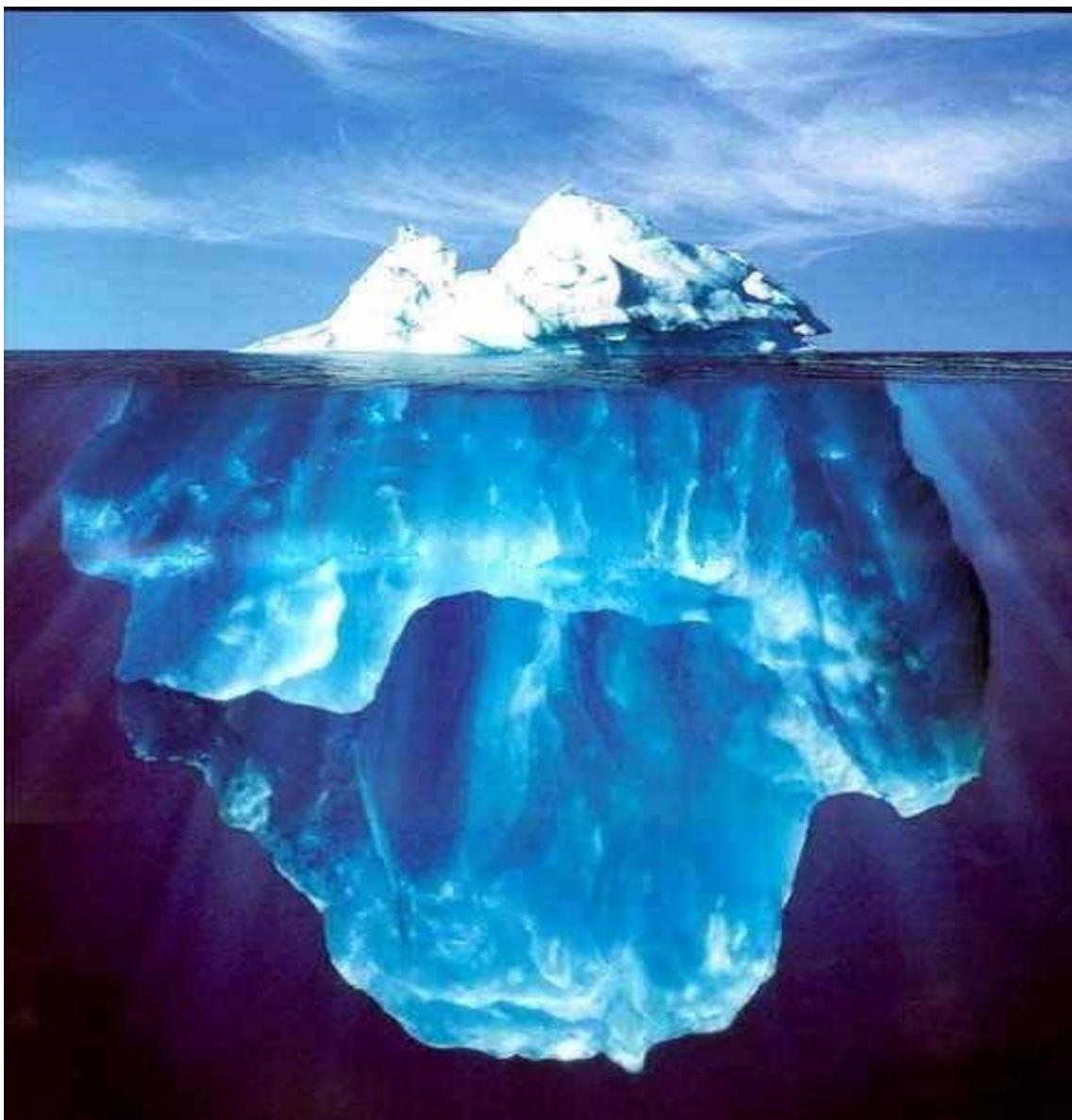
Monosintomática

Asintomática

Además la enfermedad celíaca puede estar asociada a otras condiciones como:

Enfermedades Autoinmunes

Síndromes Genéticos



# Gastrointestinal (“clásica”)



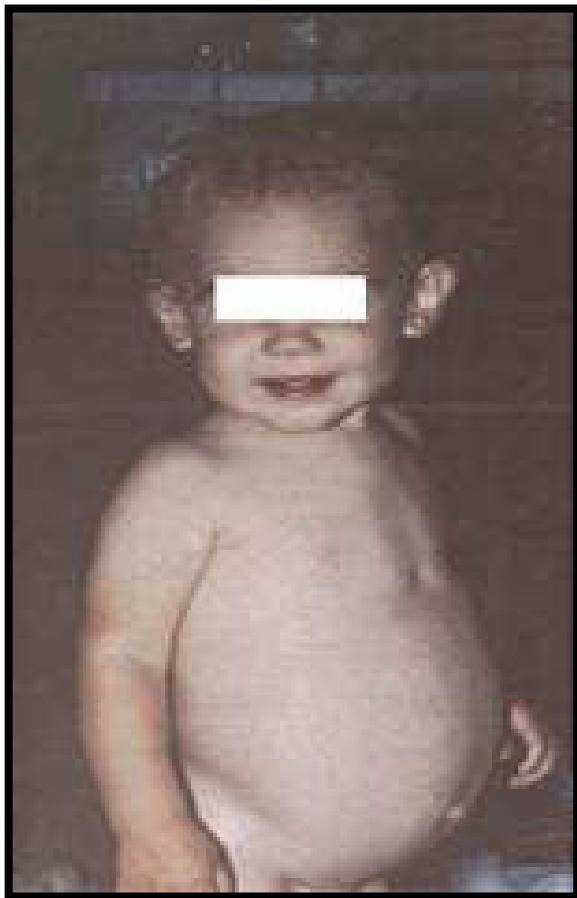
# MANIFESTACIONES CLÍNICAS

## Gastrointestinal (“clásica”)

### Síndrome de Malabsorción

- Diarrea crónica: Esteatorrea  
Fermentativa-Osmótica
- Distensión Abdominal
- Retraso Pondoestatural-Pérdida de peso
- Signos de Hipovitaminosis
- Vómitos
- Irritabilidad-Cambios de carácter

# Gastrointestinal (“clásica”)



# Test serológicos

**1980**

---

**Antigliadina**

**1990**

**Antiendomisio**

**2000**

---

**Antitransglutaminasa**

**2006**

---

**AntiGliadina II**

**Péptidos de gliadina deaminada**

# No Gastrointestinal (“atípica”)



# MANIFESTACIONES CLÍNICAS No Gastrointestinal (“atípica”)

- Talla Corta
- Anemia Deficit Hierro. Deficit Ac. Fólico.
- Raquitismo Osteopenia/Osteoporosis
- Epilepsia
- Aftas recurrentes
- Dermatitis Herpetiforme
- Alteraciones Esmalte Dental
- Hepatitis
- Retraso Puberal. Abortos

# TALLA CORTA

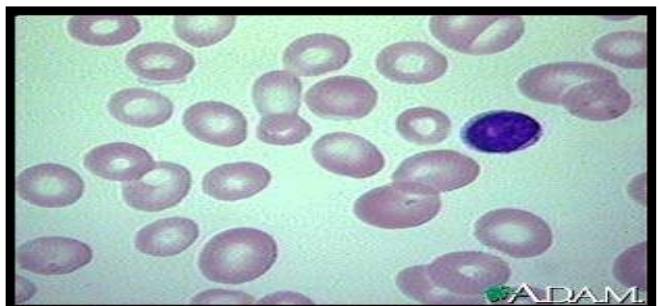


# ANEMIA

## DEFICIT DE HIERRO Y ACIDO FOLICO



- Anemia Microcítica → absorción de hierro más eficiente en duodeno



- Anemia Megaloblástica Macrocítica → folatos son absorbidos en el tercio proximal intestino delgado (localización de folato hidrolasa)

- Deficit Vitamina B-12 infrecuentemente

# ENFERMEDAD OSEA



- Raquitismo
- Fracturas Patológicas
- Osteopenia
- Osteoporosis

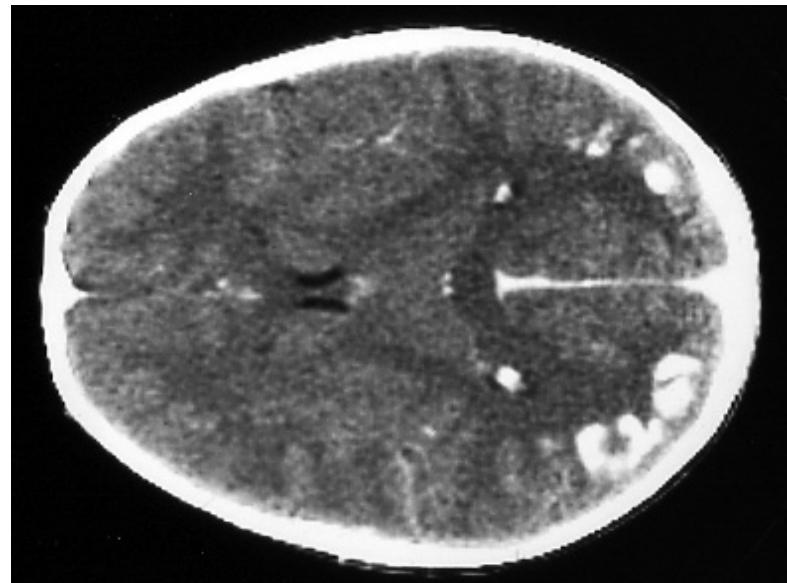
# Enfermedad Osea en Enf Celíaca



La recuperación de la osteopenia en niños (a diferencia del adulto) tratados con 1 año de DLG, marca el beneficio del diagnóstico precoz, antes del pico de masa ósea que se alcanza al final de la pubertad. Por esto NO es necesaria la medición de Densidad Osea en niños tratados.

# EPILEPSIA

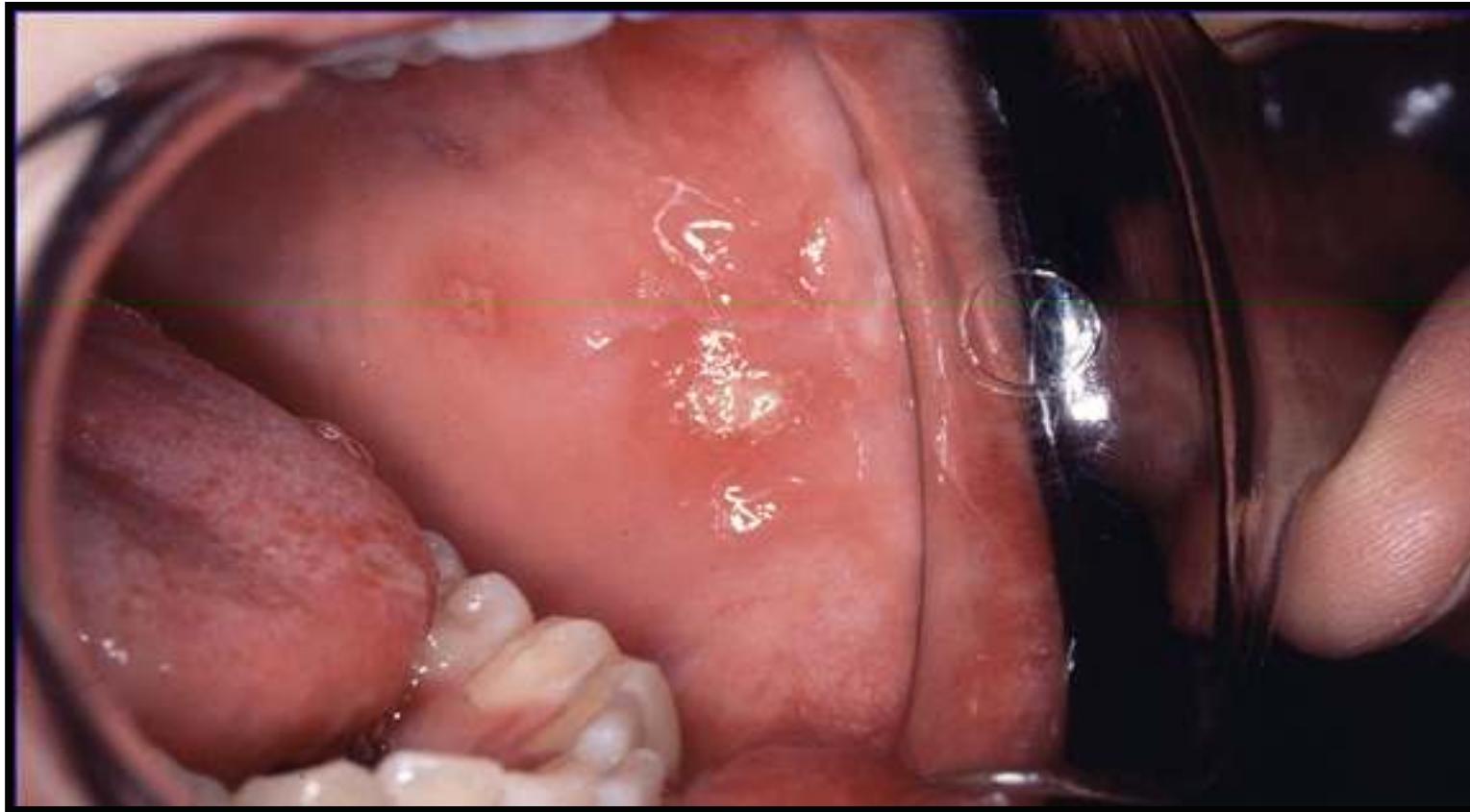
## Calcificaciones Occipitales



TAC: áreas hipodensas rodeando calcificaciones occipitales

H. Arroyo y colab. 1992

# AFTAS RECURRENTES



# DERMATITIS HERPETIFORME



Mácula Eritematosas  
Pápula urticarial  
Vesículas tensas  
Severo Prurito  
Distribución Simétrica  
90% sin síntomas GI  
75% Atrofia vellositaria  
Sensibilidad al Gluten

Garioch JJ, et al. *Br J Dermatol.* 1994;131:822-6.  
Fry L. *Baillieres Clin Gastroenterol.* 1995;9:371-93.  
Reunala T, et al. *Br J Dermatol.* 1997;136:315-8.

# HIPOPLASIA ESMALTE DENTAL



*Involucra la dentición secundaria  
Puede ser el único signo de Enf. Celíaca*

# Hepatitis Celíaca

- Aumento Transaminasas

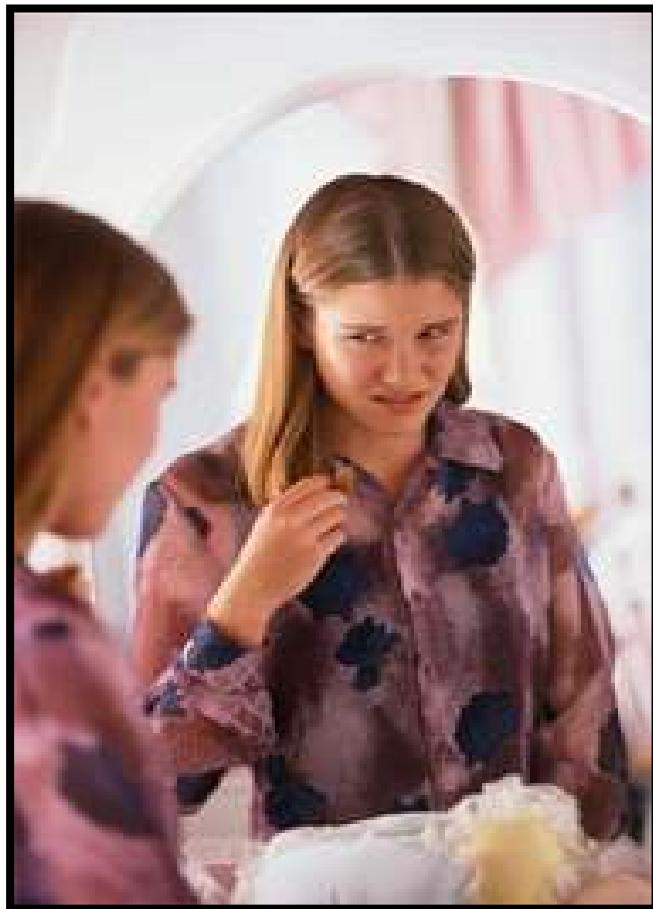
- Ausencia hepato y esplenomegalia, signos enf. crónica
- Ausencia hipergamaglobulinemia, y autoanticuerpos.
- Presencia de inflamación leve lobular y portal.

En paciente sintomáticos o asintomáticos  
Frecuente. Benigna. Silente.  
Reversible con Dieta Sin Gluten.

# ASPECTOS GINECOLOGICOS

- Alteraciones de la fase lútea
  - Anovulación
  - Oligomenorrea
  - Amenorrea hipotalámica
- Adolescente  
Desnutrición  
↓  
Retraso  
Menarca

# ADOLESCENCIA



Silente  
Anorexia  
Talla Baja  
Retraso Puberal  
Trastornos mestruales

# Prevalencia de Enf. Celíaca en otras Condiciones Autoinmunes

<b>Diabetes Mellitus Tipo 1 :</b>	<b>3.5 - 10%</b>
<b>Tiroiditis:</b>	<b>4 - 8%</b>
<b>Artritis:</b>	<b>1.5 - 7.5%</b>
<b>Enf. Hepáticas Autoinmunes :</b>	<b>6 - 8%</b>
<b>Síndrome Sjögren :</b>	<b>2 - 15%</b>
<b>Cardiomiopatía Dilatada Idiopática:</b>	<b>5.7%</b>
<b>Nefropatía con IgA :</b>	<b>3.6%</b>

## **CASO CLINICO**

### **2da Pregunta**

**Como debe continuar el seguimiento de este paciente?**

- 1) Realiza tratamiento empírico con Metronidazol
- 2) Realizar dosaje de Ig A y anticuerpos antigliadina
- 3) Realizar dosaje de Ig A y anticuerpos tTG
- 4) Realizar dosaje de Ig A y anticuerpos EMA
- 5) Anticuerpos tTG y AGA PGD IgG



0

## Como debe continuar el seguimiento de este paciente?

- 1 - 1) Realiza tratamiento empírico con Metronidazol
- 2 - 2) Realizar dosaje de Ig A y anticuerpos antigliadina
- 3 - 3) Realizar dosaje de Ig A y anticuerpos tTG
- 4 - 4) Realizar dosaje de Ig A y anticuerpos EMA
- 5 - 5) Anticuerpos tTG y AGA PGD IgG

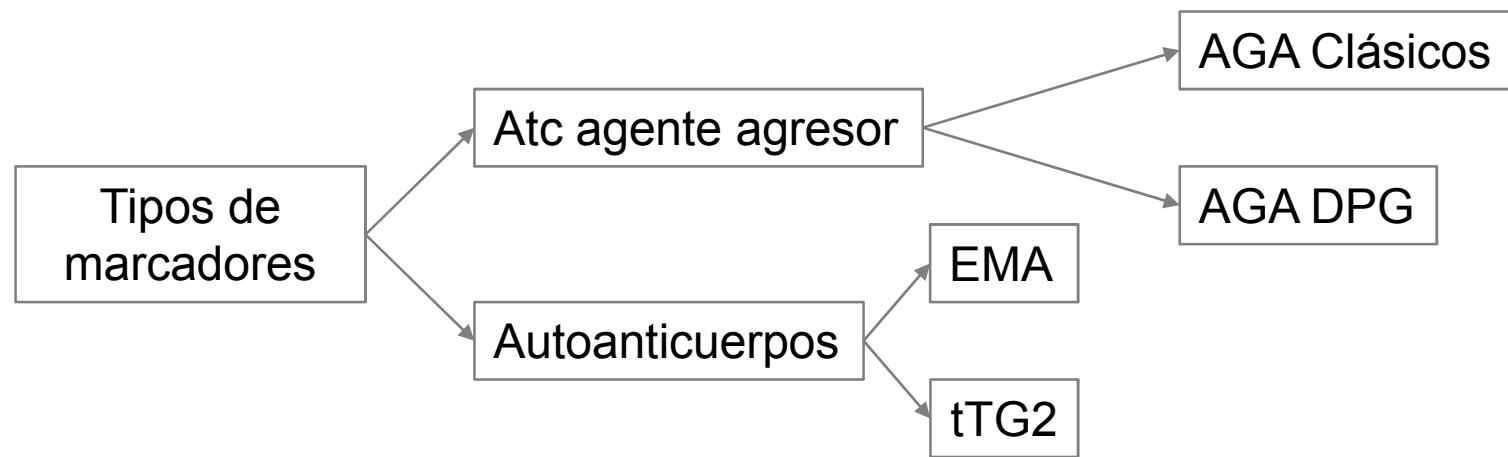
# Como debe continuar el seguimiento de este paciente?

- 1 – Realiza tratamiento empírico con Metronidazol | 0%
- 2 - Realizar dosaje de Ig A y anticuerpos antigliadina | 0%
- 3 - Realizar dosaje de Ig A y anticuerpos tTG | 0%
- 4 - Realizar dosaje de Ig A y anticuerpos EMA | 0%
- 5 - Anticuerpos tTG y AGA PGD IgG | 0%

- 3) Realizar dosaje de Ig A y anticuerpos tTG
- 5) Anticuerpos tTG y AGA PGD IgG

# Qué papel juegan los anticuerpos?

Los anticuerpos específicos se pueden utilizar como primera herramienta de diagnóstico.



## Debemos tener en cuenta ....

### Paciente

- Edad
- Nivel IgA
- Ingesta gluten
- Medicaciones

### Laboratorio

- Control calidad
- Valores referencia
- Valores cuantitativos
- Transferencia valores a otros test

### Test

- Antígeno
- Método
- Valores de corte

## Anticuerpos antitransglutaminasa tisular IgA:

ELISA. Alta Sensibilidad y Especificidad > 95%.

### ***Pacientes sintomáticos mayores de 2 años***

Correlación niveles tTG y Lesión histológica duodenal

Niveles > 10 VN predicen atrofia vellositaria

Menor  
Sensibilidad

- Menores de 2 años
- Lesiones duodenales leves

Individuos  
Asintomáticos

- VVP incierto

Pacientes con  
EAI

- Falsos positivos

## Anticuerpos anti-gliadina deaminados (AGA DPG):

ELISA. Alta Sensibilidad y Especificidad.

El rendimiento de la clase IgG es mejor que la de clase IgA.

DPG IgG presenta comportamiento similar a anti-tTG IgA.



# CASO CLINICO

## Resultados:

Ig A total: 120 U

Anticuerpos:

AGA clásicos: IgA: 25 U

IgG>100U (VN: < 30)

anti tTg: IgA: 30 UI (VN: < 10)

Van de Kamer: 3,5 grs/24hrs.

# CASO CLINICO

## 3ra Pregunta:

**Ante la duda diagnóstica que estudio solicitaría?**

- 1) Biopsia Duodenal por cápsula
- 2) Endoscopia digestiva alta y biopsia duodenal
- 3) Estudio histocompatibilidad HLA DQ
- 4) Anticuerpo EMA IgA
- 5) Todas son correctas

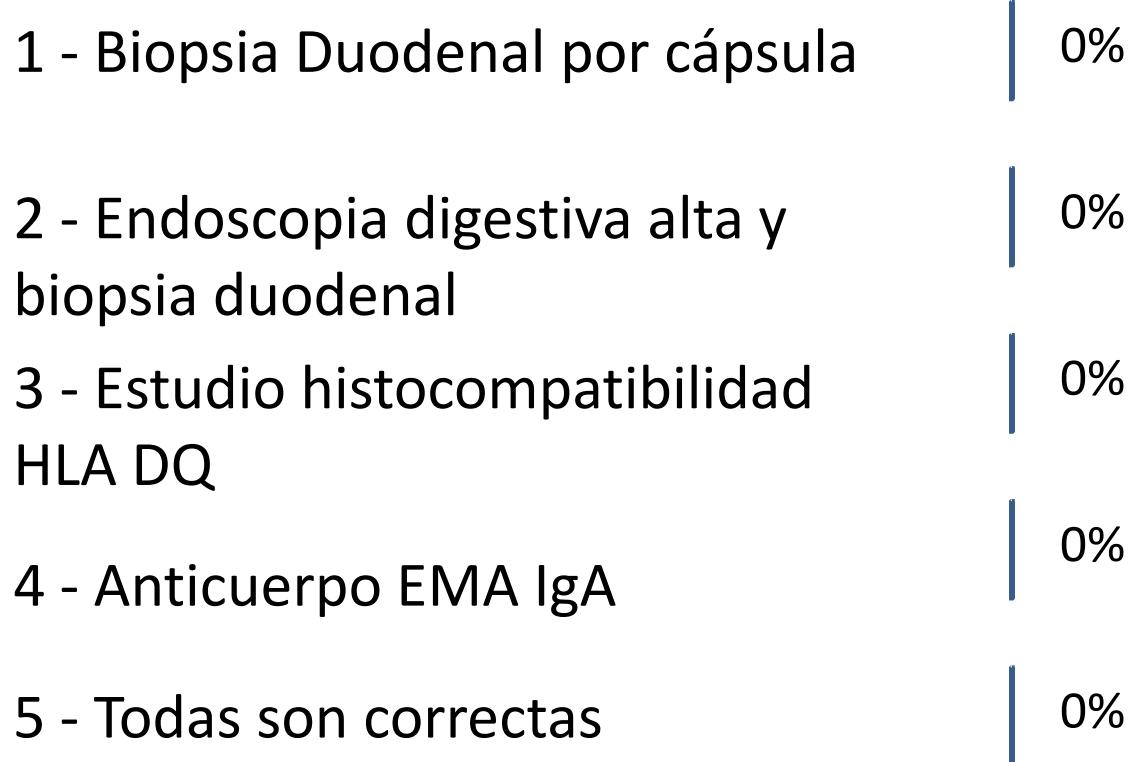


0

## **Ante la duda diagnóstica que estudio solicitaría?**

- 1 - Biopsia Duodenal por cápsula
- 2 - Endoscopia digestiva alta y biopsia duodenal
- 3 - Estudio histocompatibilidad HLA DQ
- 4 - Anticuerpo EMA IgA
- 5 - Todas son correctas

# Ante la duda diagnóstica que estudio solicitaría?

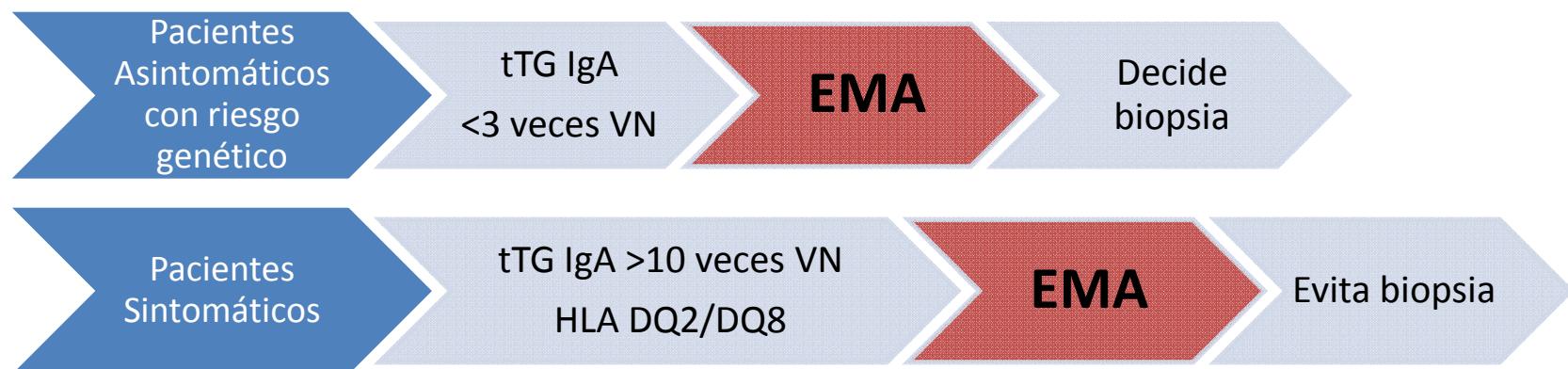


## **4) Anticuerpo EMA IgA**

## Antiendomisio (EMA) IgA:

IF. Alta especificidad 98-100%; sensibilidad 80%.

- Alto Costo.
- Operador dependiente.



## Qué papel juegan los antígenos del sistema HLA?



- Alta sospecha clínica con pruebas serológicas y/ histología dudosa.
- Pacientes con serología positiva y biopsia normal o Marsh 1
- Pacientes que comenzaron con dieta libre de gluten sin biopsia.
- Seleccionar individuos de grupos de riesgo para futuros estudios
- Pacientes sintomaticos, con AtTG >10 VN y EMA +, para evitar biopsia duodenal.

**El principal rol de la tipificación del HLA en el diagnóstico es de excluir la enfermedad.**

# CASO CLINICO

## Seguimiento

- Por persistencia de síntomas
- Anticuerpo EMA IgA Positivo
- Estudio HLA: DQ2 positivo

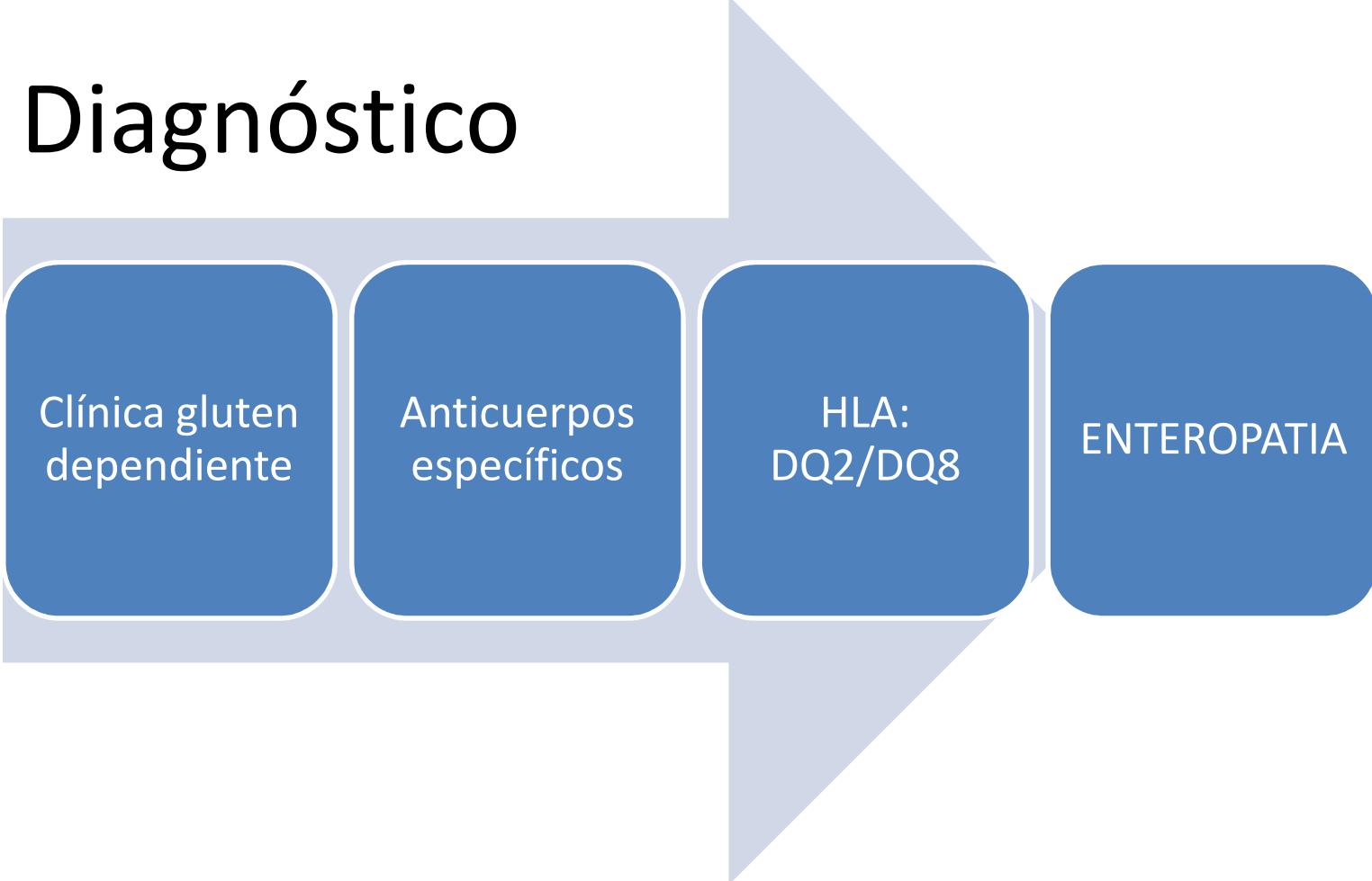
Se solicita Endoscopia Digestiva Alta y BI

Informe histologico: Marsh III c

Diagnóstico de Enf. Celíaca

Se indica: Dieta Libre de gluten

# Diagnóstico



Clínica gluten dependiente

Anticuerpos específicos

HLA:  
DQ2/DQ8

ENTEROPATIA

# CASO CLINICO Seguimiento

## 4ta Pregunta:

**En el seguimiento su madre consulta sobre medidas preventivas a tomar para su otro hijo de 6 meses de edad**

- 1) Pecho exclusivo e incorporacion del gluten despues del año de edad
- 2) Pecho exclusivo e incorporacion del gluten durante la lactancia
- 3) Dieta recomendada para su edad, sin recomendaciones especiales
- 4) Vacuna Rotavirus
- 5) Probioticos

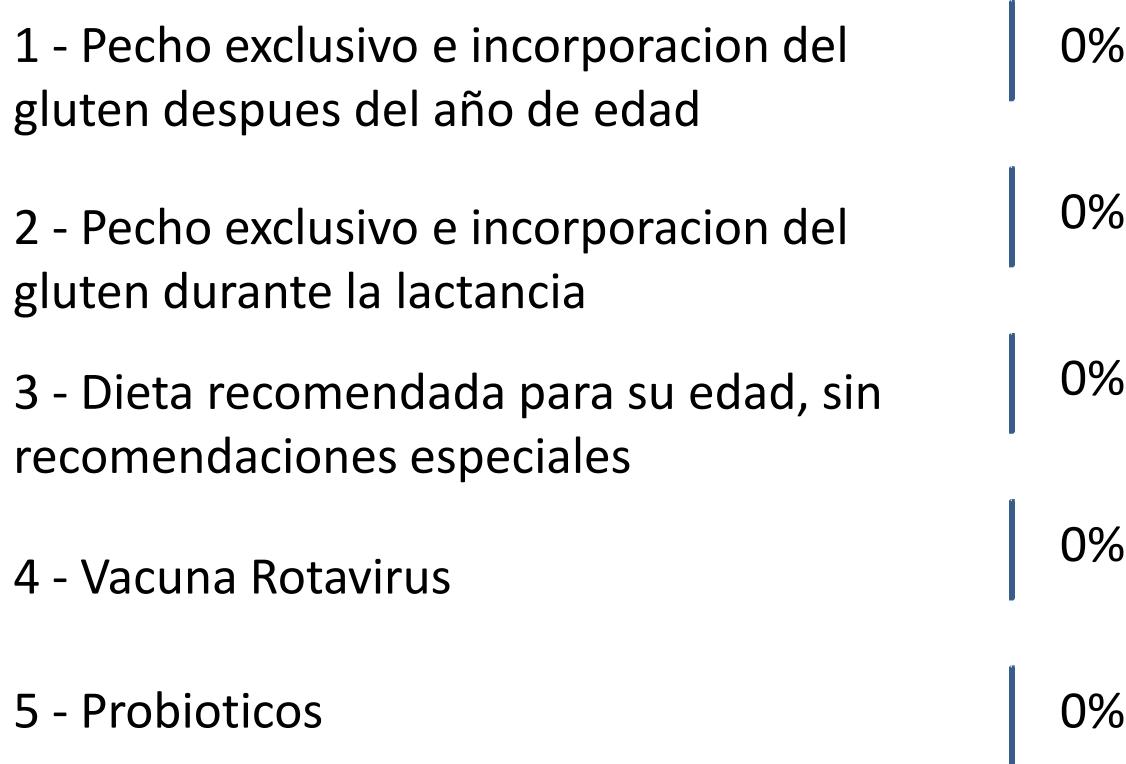


0

## **En el seguimiento su madre consulta sobre medidas preventivas a tomar para su otro hijo de 6 meses de edad**

- 1 - Pecho exclusivo e incorporacion del gluten despues del año de edad
- 2 - Pecho exclusivo e incorporacion del gluten durante la lactancia
- 3 - Dieta recomendada para su edad, sin recomendaciones especiales
- 4 - Vacuna Rotavirus
- 5 - Probioticos

## **En el seguimiento su madre consulta sobre medidas preventivas a tomar para su otro hijo de 6 meses de edad**



# Prevencion

Parto vaginal.

Lactancia materna prolongada

Introducción del gluten durante la lactancia materna,  
entre los 4 a 7 m

Paulatina de pequeñas cantidades de gluten.

Se necesitan más estudios para determinar si los  
probióticos (cuales, a que dosis y en que momento de  
la vida)

vacunas antirotavirus son útiles en la prevención de EC.

# MUCHAS GRACIAS

