

DIAGNÓSTICO CLÍNICO E HISTOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA EN HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA

ANABELLA AGUILERA S.¹, MARÍA DE LOS ÁNGELES BEYTÍA R.², LORENA CÁCERES M.³,
DRA. KARIN OSORIO POPIOLEK⁴.

CLINICAL AND HISTOLOGICAL DIAGNOSTIC OF THE CELIAC DISEASE IN HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA

Antecedents: Analysis of the process of standardized diagnosis of Disease Celiac, as clinical, as of laboratory and histological.

Method: Retrospective study, n = 20, where the symptoms and signs and the number of biopsies were analyzed carried out for the diagnosis.

Results: Average beginning of symptoms: 9,5 months and age of the diagnosis: 15,9 months. Symptoms failed of I thrive 90%, diarrhea 90%, irritability in 55%. Signs: stature <p25 in 60%, I weigh <p25 100%, atrophies muscular 50%. Biopsies I: it was made in 100%, Biopsy II in 65% and Biopsy III in 15%.

Conclusion: The symptoms referred by the patients of our hospital is concordant with the one described in the literature. In the practice is only being carried out the diagnosis of Celiac Disease with the Biopsy I and not with 3 recommended.

Key words: Hypersensitivity to the wheat, Celiac Disease, Atrophies muscular, Biopsy

INTRODUCCIÓN

La enfermedad celíaca o enteropatía sensible al gluten es una intolerancia permanente al gluten, proteína presente en avena, trigo, cebada y centeno. Ésta es una condición determinada genéticamente, asociada a un complejo de histocompatibilidad mayor del cromosoma 6 (1), que presenta una prevalencia variable en los distintos países estimándose un promedio de 1:1000 Nacidos Vivos en Europa (2). En Chile no hay estudios sobre la prevalencia real. En los últimos años se han reconocido poblaciones de alto riesgo asociadas a otras patologías como diabetes mellitus, dermatitis herpetiforme, tiroiditis autoinmune y Síndrome de Down (3) y también se ha demostrado que existen pacientes oligosintomáticos o silentes de por vida, pero que tienen serología y biopsia compatibles (4).

Aunque la clínica puede ser variable, la enfermedad se presenta luego de meses de introducción de gluten a la dieta. El cuadro clásico

descrito se caracteriza por compromiso progresivo del estado nutricional, diarrea crónica, heces fétidas, anorexia, distensión abdominal, apatía y atrofia muscular (5).

Para realizar el diagnóstico se debe solicitar estudio de malabsorción intestinal, determinación de anticuerpos específicos y biopsia intestinal, que es el examen determinante (5). En el año 1996 la ESPGAN (Sociedad Europea de Gastroenterología Pediátrica) creó los criterios diagnósticos de la enfermedad quedando establecido el diagnóstico con tres biopsias intestinales compatibles (atrofia de las vellosidades intestinales, profundización de las criptas, pseudoestratificación de las células epiteliales e infiltrado celular de la lámina propia) para el diagnóstico definitivo (6). La biopsia I se efectúa para el diagnóstico inicial, sin realizar cambios en la dieta del paciente, la biopsia II se realiza luego de seis meses al menos de dieta sin gluten y se espera la recuperación de la mucosa intestinal. La biopsia III es la contraprueba, donde

¹ Estudiante 6° año Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. ² Estudiante 6° año Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. ³ Estudiante 6° año Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. ⁴ Médico Pediatra, Unidad de lactantes, Hospital Luis Calvo Mackenna.

se reintroduce el gluten en la dieta y se espera generar con ello daño intestinal visible (5).

El motivo de nuestro estudio fue observar cómo se diagnosticaba la enfermedad en un hospital que cuenta con las herramientas necesarias para llevar a cabo los estudios que se requieren y con especialistas en el tema. El objetivo principal fue determinar si existía una concordancia entre la clínica descrita en la literatura y la presente en los casos estudiados, debido principalmente a que en Chile no existen datos fidedignos de prevalencia de esta enfermedad y orientar así hacia un modelo identificable en la región según las frecuencias de síntomas y signos encontrados. Por otra parte quisimos conocer cómo se realiza el diagnóstico histológico y el número real de biopsias que se llevan a cabo en el Hospital Luis Calvo Mackenna.

Nuestra hipótesis es que la frecuencia de los síntomas descritos en la literatura es diferente a las observadas en el hospital y que no se están realizando las tres biopsias recomendadas por la ESPGAN.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo donde se revisaron 20 fichas de pacientes, 13 mujeres y 7 hombres, todos menores de 10 años, a los que se les realizó el diagnóstico de Enfermedad Celíaca estando hospitalizados o en el policlínico ambulatorio del Hospital Luis Calvo Mackenna

entre los años 1995 y 2003. Todos tenían al menos la biopsia I compatible.

La revisión se focalizó en recopilar información acerca de qué síntomas y signos característicos de la Enfermedad Celíaca estaban constatados en la ficha y de cual había sido el número de estudios histológicos que se le había realizado a estos pacientes.

Luego los datos de la sintomatología obtenidos fueron comparados con la clínica propia de la enfermedad descrita en la literatura, para ello se utilizó como referencia el Nelson Tratado de Pediatría (5).

RESULTADOS

En promedio nuestros pacientes comenzaron a presentar los síntomas a los 9,5 meses y la edad promedio a la que se realizó el diagnóstico con una biopsia compatible fue a los 15,9 meses.

La frecuencia de los síntomas y signos clínicos de las fichas analizadas y su comparación con la frecuencia de referencia se puede observar en la Tabla 1.

Al analizar los datos obtenidos observamos diferencias en las frecuencias de los síntomas y signos; podemos destacar que la diarrea en el hospital se presenta en un 90% de los niños y que el peso <p25 se presenta en un 100% de los niños chilenos analizados. También llama la atención que entre éstos ninguno presentaba apetito excesivo, prolapso rectal ni acropaquias.

Tabla 1: Frecuencia comparativa de la clínica de la Enfermedad Celíaca

N de pacientes	Nelson		HLCM*	
	42	(%)	20	(%)
Diarrea	30	(71%)	18	(90%)
Irritabilidad	30	(71%)	11	(55%)
Vómitos	24	(57%)	7	(35%)
Anorexia	24	(57%)	10	(50%)
Heces mal olientes	21	(50%)	10	(50%)
Dolor abdominal	8	(19%)	5	(25%)
Apetito excesivo	6	(14%)	0	(0%)
Prolapso rectal	3	(7%)	0	(0%)
Estatuta <p25	30	(71%)	0	(0%)
Peso <p25	37	(88%)	12	(60%)
Atrofia muscular	40	(88%)	20	(100%)
Distensión abdominal	33	(79%)	10	(50%)
Edema	14	(33%)	3	(15%)
Acropaquias	11	(26%)	2	(10%)
			0	(0%)

*HLCM: Hospital Luis Calvo Mackenna

Luego, al revisar el estudio histológico, nos encontramos con que a la totalidad de ellos se les había realizado una biopsia de intestino delgado durante su estudio, pero al analizar la segunda sólo encontramos que se le ha realizado a 13 de los 20 pacientes (65 %). Esta biopsia se llevó a cabo en promedio 18 meses después de haber suspendido el gluten de la dieta. Finalmente al buscar a cuántos de los pacientes revisados se les habían practicado las tres biopsias recomendadas por la ESPGAN nos encontramos con que sólo 3 de 20 pacientes (15%) tenían su estudio histológico completo, a 5 pacientes más se les intentó realizar tercera biopsia, pero los padres la rechazaron. Ver tabla 2.

Tabla 2: Frecuencia del estudio histológico

	frecuencia
1 Biopsia	20/20 (100%)
2 Biopsias	13/20 (65%)
3 Biopsias	3/20 (15%)

DISCUSIÓN

En cuanto a la clínica observada en nuestros pacientes, podemos mencionar que es bastante concordante con la frecuencia que señala la literatura, aunque hay que destacar algunas diferencias: los niños analizados presentan una mayor frecuencia de diarrea (90% de los analizados la presentan en comparación con un 71% descrito en la literatura de referencia), de peso <p25 (se presenta en el 100% de los analizados versus el 80% descrito) y ninguno presenta prolapso rectal, acropaquias ni apetito excesivo. Esto puede deberse a que los médicos en Chile sospechan la enfermedad cuando el paciente presenta un caso típico de diarrea, con esteatorrea y mal incremento de peso, y no la buscan cuando se presenta con síntomas atípicos u oligosintomáticos, o podría corresponder también a que la enfermedad en Chile se presente en forma diferente a USA. Hay que señalar que este es un estudio retrospectivo y que los pacientes pueden haber presentado síntomas o signos que no estén consignados en la ficha clínica y esto alteraría los resultados.

En cuanto al estudio histológico hay que señalar que la ESPGAN mantiene su postura de realizar tres biopsias, ya que los niños que son diagnosticados deben suprimir el gluten de su dieta y esto altera mucho la calidad de vida de ellos, por lo tanto, postulan que el diagnóstico debe ser lo más exacto posible, pero existen corrientes nuevas que señalan que una biopsia sería suficiente si el paciente tiene remisión de sus síntomas al suprimir el gluten.

En cuanto a la biopsia II hay que mencionar que sólo a un 65 % de los pacientes se les realizó, pero como estos niños siguen en control no podemos saber si se les practicará en el futuro. Queremos mencionar que nosotros pensamos que esta biopsia debería realizarse a todos los pacientes porque existen otras enfermedades que pueden alterar la mucosa intestinal y semejar Enfermedad Celiaca, y debido a que el tratamiento es difícil de seguir y es de por vida, es mejor tener un diagnóstico lo más exacto posible.

En cuanto a la biopsia III, nos cuestiona el hecho de que cinco padres hayan rehusado realizarlo y nos planteamos si será ético reintroducir el gluten en la dieta sabiendo que esto altera el crecimiento de los niños (no tenemos respuesta para ello).

Es importante señalar que se ha mencionado en la literatura que existirían pacientes que no siguen la dieta sin gluten y recuperan la mucosa, así como también hay pacientes que sí suprimen el gluten y nunca recuperan su mucosa intestinal (2).

RESUMEN

Antecedentes: Análisis del proceso de diagnóstico estandarizado de Enfermedad Celiaca, tanto clínico, como de laboratorio e histológico.

Método: Estudio retrospectivo, n = 20, donde se analizaron los síntomas y signos y el número de biopsias realizadas para el diagnóstico.

Resultados: Promedio de inicio de síntomas: 9,5 meses y edad del diagnóstico: 15,9 meses.

Sintomatología: fallo de medro 90%, diarrea 90%, irritabilidad en un 55%. **Signos:** estatura <p25 en un 60%, peso <p25 100%, atrofia muscular 50%. Biopsias I: se realizó en el 100%, Biopsia II en el 65% y Biopsia III en el 15%.

Conclusión: La sintomatología referida por los pacientes de nuestro hospital es concordante con la descrita en la literatura. En la práctica se está realizando el diagnóstico de Enfermedad Celiaca

sólo con la Biopsia I y no con las 3 recomendadas.

Palabras claves: Hipersensibilidad al trigo, Enfermedad Celíaca, Atrofia muscular, Biopsia

BIBLIOGRAFÍA

1. FASANO A. Celiac Disease: The Past, the present, the future. *Pediatrics* 2001; 107: 768-770.
2. FERGUSON A. Celiac Disease, an eminently treatable condition, may be underdignosed in the United States. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 1253-1254.
3. HILL I, FASANO A, SCHWARTZ R, COUNTS D, GLOCK M, HORVATH K. The prevalence of Celiac Disease in at-risk groups of children in the United States. *J Pediatr* 2000; 136:86-90
4. TROCANE R, AURICCHIO S. Celiac Disease, *Pediatric Gastroenterology Disease* 2000, 544-552
5. BEHRMAN, KLIEGMAN, ARVIN. *Enfermedad Celíaca. Nelson Tratado de Pediatría* 1998; Decimoquinta edición, Ed. Mc Graw Hill, 1: 1377-1379

AGRADECIMIENTOS

A la Doctora Osorio por su colaboración y orientación para realizar esta investigación.

Correspondencia:
Anabella Aguilera Sazo
annabell@vtr.net