

## LA ENFERMEDAD CELÍACA DE DEBUT EN LA ADULTEZ. LA EXPERIENCIA DE UN GRUPO MULTI-DISCIPLINARIO EN UN HOSPITAL VERTICALIZADO EN LA ATENCIÓN DE ADULTOS.

Sergio Santana Porbén.<sup>1</sup>

La noción de que la EC Enfermedad celíaca es de presentación exclusiva en la infancia ha oscurecido el reconocimiento de esta entidad en el adulto. A continuación les presento 3 casos clínicos de la experiencia del GAN Grupo de Apoyo Nutricional del Hospital Clínico quirúrgico “Hermanos Ameijeiras” (La Habana, Cuba).

**Caso clínico #1:** Mujer de 39 años de edad, de piel blanca, atendida en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Clínico quirúrgico “Hermanos Ameijeiras” por diarreas crónicas de etiología no suficientemente aclarada, importante depleción tisular y edemas en las extremidades inferiores. El diagnóstico de DEN Desnutrición energético-nutricional se estableció ante la pérdida sufrida del 23.0% del peso habitual. El tamaño de la grasa corporal total y la masa muscular esquelética fue del 42.1% y 70.0% de los respectivos puntos actuales de corte para estos compartimientos. Agotadas las hipótesis diagnósticas, se realizó una biopsia de la mucosa yeyunal que devolvió una atrofia total de las vellosidades, hallazgo que permitió considerar la EC (hasta ese momento excluida de la lista de hipótesis) como la causa del cuadro clínico presente. Las medidas de intervención nutricional incluyeron la restricción del gluten dietético, la prescripción de una dieta pobre en residuo, y la instalación de un esquema de Nutrición enteral suplementaria con una dieta polimérica genérica sin fibra. Lamentablemente, la paciente falleció en un cuadro de disfunción orgánica múltiple, sin que se estableciera definitivamente el diagnóstico de la EC.

**Caso clínico #2:** Mujer de 27 años de edad, de piel blanca, atendida en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Clínico quirúrgico “Hermanos Ameijeiras” por diarreas crónicas, que se iniciaron durante el puerperio. Al ingreso hospitalario se presentó con edemas importantes en las extremidades inferiores, ascitis y signos graves de depleción tisular. La grasa corporal total fue del 26.5% del estándar de referencia, mientras que la masa muscular esquelética representó el 14.6% del punto de corte. El perfil nutricional bioquímico condujo a una Albúmina sérica de 21.0 g.L<sup>-1</sup>, y un Conteo de Linfocitos de 1,037 células.mm<sup>-3</sup>. La EC no se incluyó en la lista inicial de hipótesis diagnósticas a dilucidar hasta el día 21 del ingreso hospitalario, en que se realizó una biopsia de la mucosa yeyunal, que reveló una atrofia total de las vellosidades (Figura 1). Habría que preguntarse qué hubiera ocurrido si la biopsia hubiera devuelto una atrofia parcial ligera de las vellosidades, o un aumento del infiltrado linfoplasmocitario, sin cambios apreciables en la morfología y el tamaño de la vellosidad intestinal.

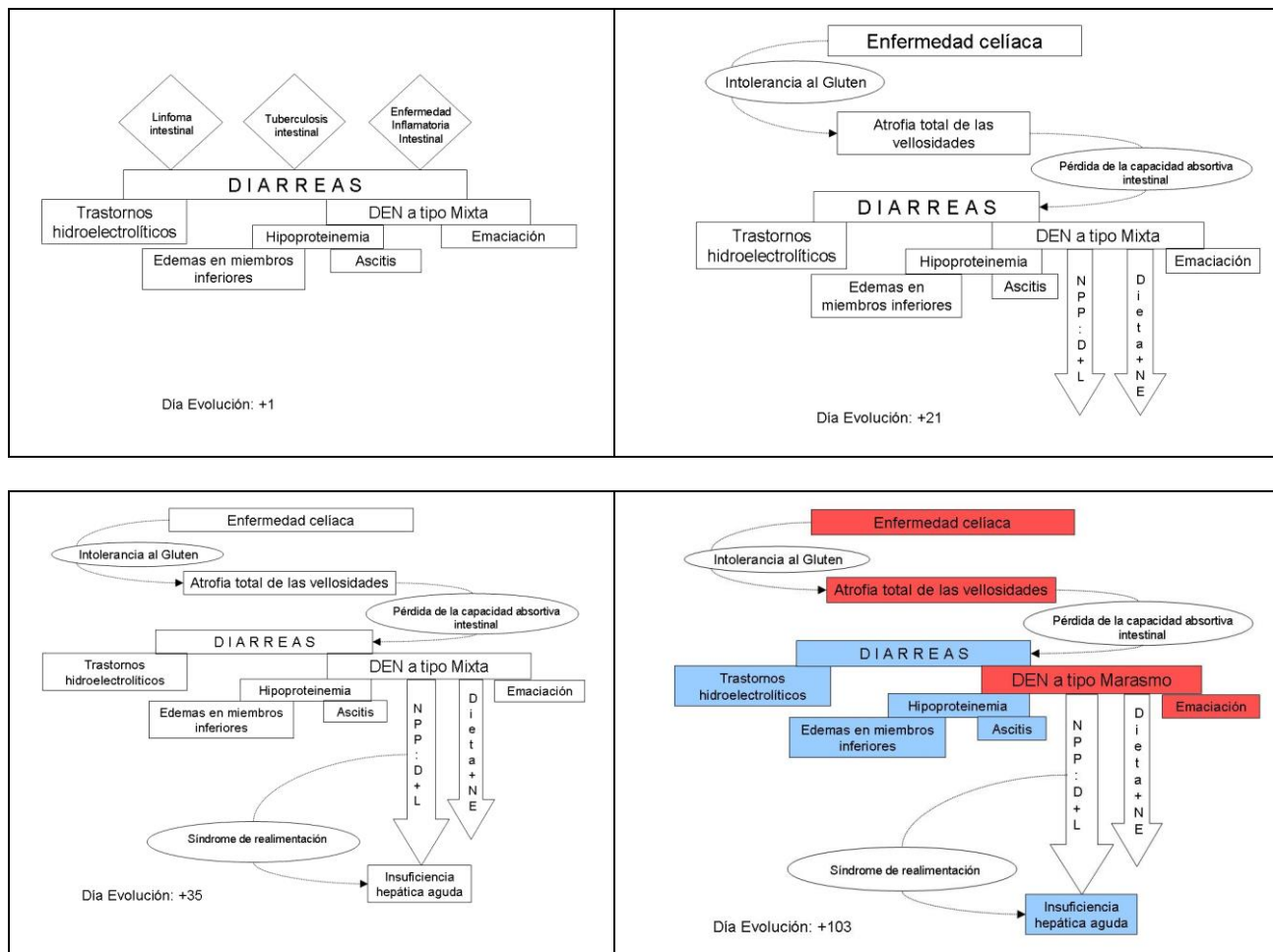
La paciente fue atendida por el GAN Grupo hospitalario de Apoyo Nutricional desde el momento del ingreso. La intervención nutricional incluyó la restricción del gluten dietético, la prescripción de un nutriente enteral polimérico sin fibra, y la instalación de un esquema de Nutrición Parenteral Periférica para la infusión de soluciones de Dextrosa 10%: 2000 mL/720

---

<sup>1</sup> Especialista de Segundo grado en Bioquímica Clínica. Máster en Nutrición en Salud Pública.

Kcal/24 horas + Lípidos 10%: 500 mL/550 Kcal/24 horas. La administración del esquema de Nutrición Parenteral Periférica se suspendió después de la aparición de un cuadro de insuficiencia hepática aguda, atribuido a un Síndrome de realimentación. Eventualmente la paciente rebasó estos eventos y egresó viva del hospital.

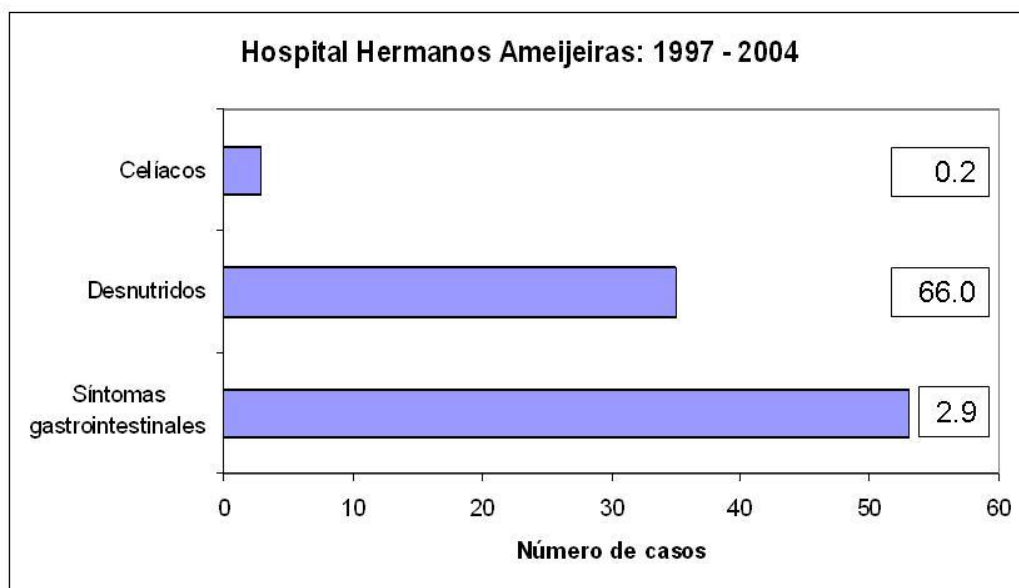
Figura 1. Procesos de indagación diagnóstica y tratamiento seguidos en la paciente discutida en el caso clínico #2. Los procesos se han representado siguiendo las recomendaciones del Enfoque Clínico Orientado por Problemas. El color se refiere al *status* del problema de salud al egreso: Azul: Pasivo, Rojo: Activo.



Siglas empleadas: DEN: Desnutrición energético-nutricional; NE: Nutrición Enteral; NPP: Nutrición Parenteral Periférica. D: Soluciones parenterales de Dextrosa al 10%; L: Soluciones parenterales de Lípidos al 10%.

**Caso clínico #3:** Hombre de 50 años, de piel blanca, de buena salud anterior, que ingresó en el Instituto de Gastroenterología con una pérdida reciente del 5% del peso, secundaria a digestiones lentas, repletz gástrica permanente, e imposibilidad de alimentarse correctamente. La EC se estableció ante títulos positivos de Anticuerpos anti-gliadina, y atrofia parcial moderada de las vellosidades intestinales. La retirada del gluten dietético resultó en remisión de los síntomas, y recuperación del estado nutricional.

Figura 2. Estado del reconocimiento de la Enfermedad celíaca en un hospital terciario, referativo, terminal. Se muestran los resultados antes de la implementación de un protocolo orientado.



Casos atendidos en el período: 1,827

De la presentación de los casos clínicos anteriores, emergió una pregunta: ¿son identificados correctamente los sujetos celíacos en un hospital terciario, referativo, terminal? Recurriendo a los registros primarios del GAN, el 2.9% de los pedidos de interconsulta se correspondieron con enfermos que aquejaban síntomas gastrointestinales crónicos y no suficientemente aclarados. El 66.0% de estos pacientes estaba desnutrido. Solo se encontraron 3 celíacos, número equivalente al 0.2% de los pedidos de interconsulta. Si se tienen en cuenta las características del hospital donde se desenvuelve el autor, y los estimados de prevalencia de la EC reportados en otras latitudes geográficas, la cifra encontrada es a todas luces insuficiente, y plantea la hipótesis subsidiaria de que los enfermos celíacos no solo no están siendo reconocidos oportunamente, sino, y lo que es más grave, no se tratan correctamente, con la pervivencia del cuadro mórbido de los mismos.

Para remediar esta situación, se puso en marcha un programa de intervención orientado a subsanar las falencias observadas en los procesos de diagnóstico y evaluación de la EC que se conducen en la institución (Tabla 1). Para ello, se estableció un algoritmo único de diagnóstico y evaluación, que se muestra en la Figura 3.

Tabla 1. Puntos críticos en los procesos de diagnóstico y evaluación de la Enfermedad celíaca.

- No disponibilidad de serología diagnóstica.
- Diagnóstico definitivo basado en la observación de atrofia total de las vellosidades.
- Desconocimiento sobre las formas oligosintomáticas/atípicas de la EC.
- Falla en la actuación intersectorial.
- Falla en la evaluación de la respuesta a la retirada del gluten dietético.
- No realización de la necesidad de la participación del GAN en los procesos de diagnóstico y evaluación de la EC.
- Ausencia de un Coordinador que integre los esfuerzos de los GBT, Servicios, y Departamentos hospitalarios relacionados con la atención al celíaco.

Los procedimientos incluidos en el algoritmo de diagnóstico, tratamiento y evaluación de la EC en la institución de pertenencia del autor quedaron documentados en el “Protocolo de actuación en la Enfermedad celíaca revelada en la adultez”, donde se definieron, además, los actores y servicios involucrados, junto con las funciones y responsabilidades. Para la conducción del protocolo se creó un grupo interdisciplinario para la atención a la EC, cuya estructura se presenta en la Figura 4. El texto del protocolo, y la composición del Grupo, fueron incorporados dentro del “Manual de Procedimientos Diagnóstico-Terapéuticos” de la institución.

Figura 3. Algoritmo único de diagnóstico y evaluación de la Enfermedad celíaca.

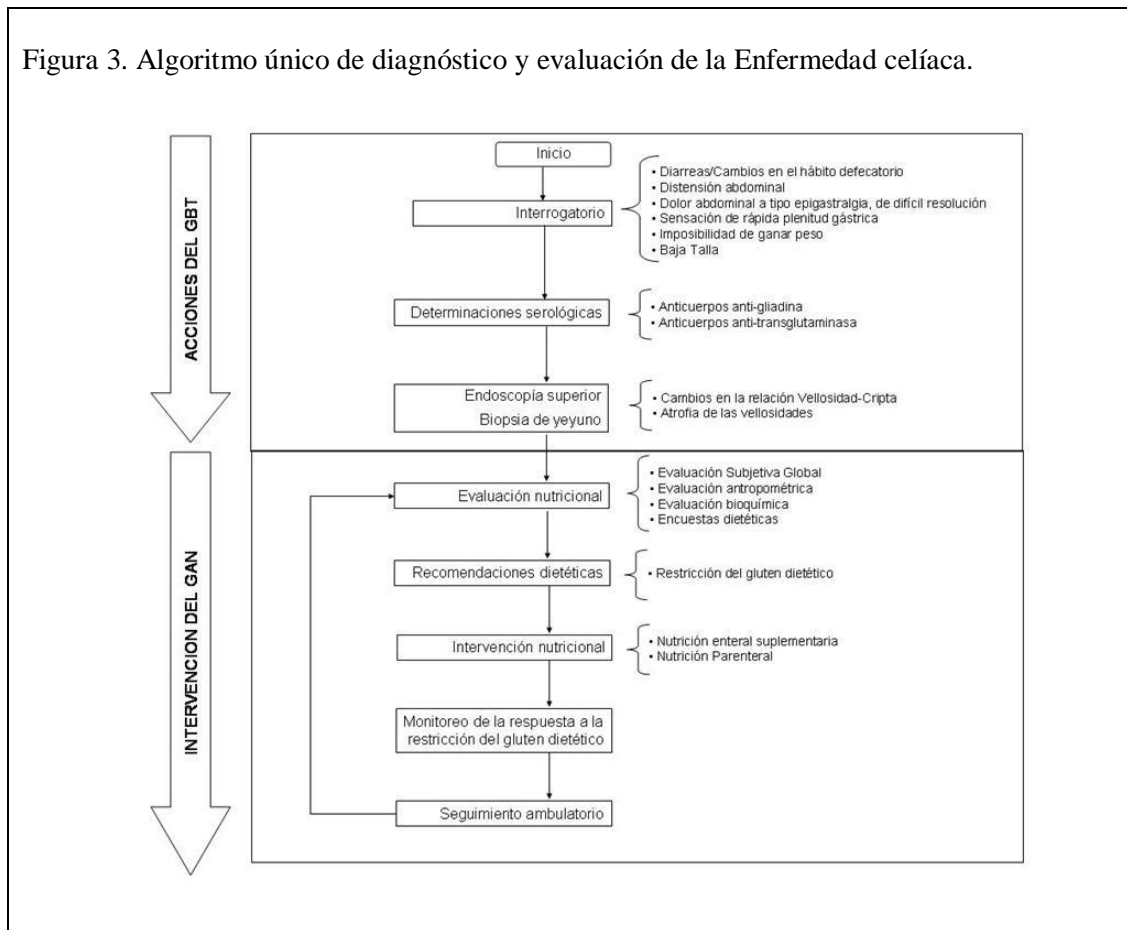
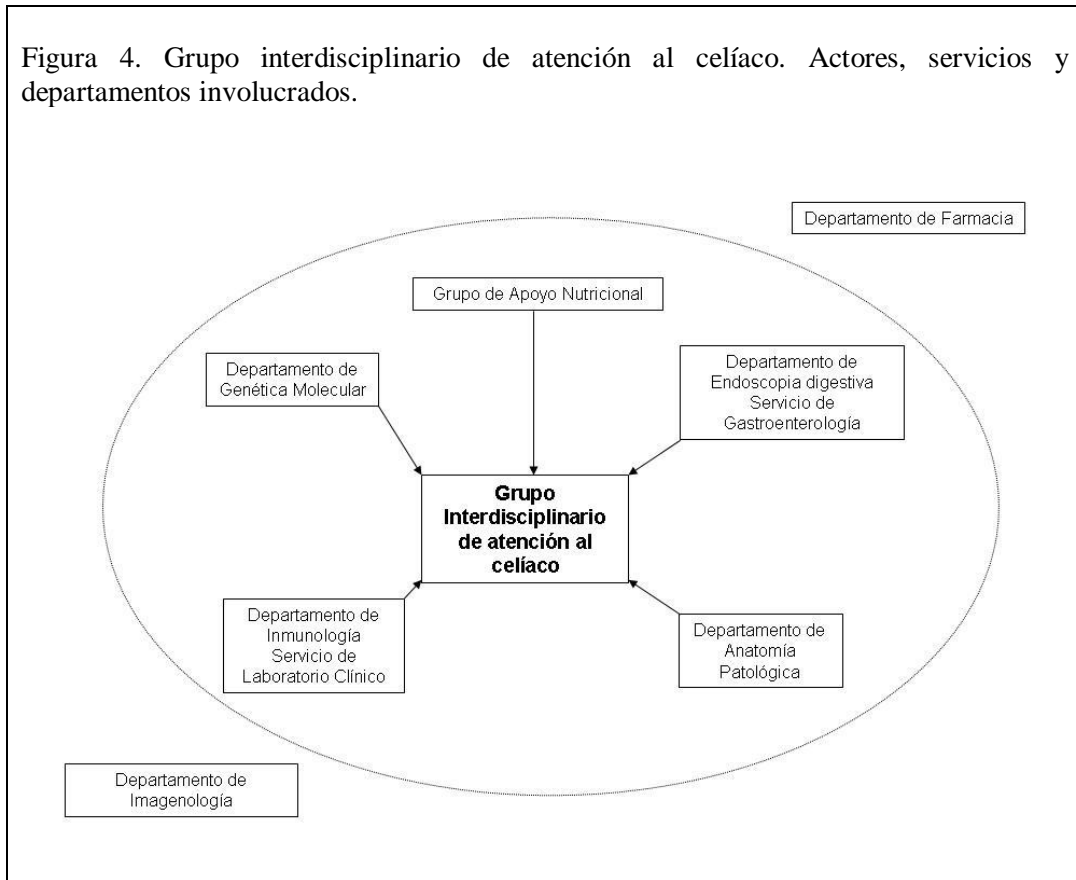


Figura 4. Grupo interdisciplinario de atención al celíaco. Actores, servicios y departamentos involucrados.



Los resultados de la conducción del protocolo, y la actuación del grupo, se muestran en la Tabla 2. Es de destacar el incremento en el número de pacientes en los que se ha completado la determinación de los AATGt, y la incorporación de los marcadores genéticos DR/DQ para el genotipaje de los enfermos sospechosos. De esta manera, ha mejorado la exactitud diagnóstica del protocolo diseñado e implementado en el hospital.

Tabla 2. Estado de completamiento del protocolo de diagnóstico de la Enfermedad celíaca.

Indicador	Primer corte:	Segundo corte:
	2007	2009
Número de casos	28	67
Biopsia de yeyuno	28 [100.0]	67 [100.0]
AGA	25 [89.3]	52 [77.6]
AATGt	11 [39.3]	44 [65.7]
DR/DQ	0 [0.0]	42 [62.7]

AAG: Anticuerpos antigliadina.

AATGt: Anticuerpos antitransglutaminasa.

La conducción del protocolo descrito de diagnóstico y evaluación de la EC ha resultado en un incremento importante de la cantidad de pacientes identificados como celíacos, según se aprecia en la Figura 5. La prevalencia de 7.4% de sujetos celíacos encontrados entre aquellos que concurren al grupo por la concurrencia de desnutrición y trastornos gastrointestinales crónicos y de etiología no aclarada fehacientemente se aproxima a la reportada por otros autores en poblaciones similares.

Como resultado de la conducción del protocolo, y la actuación del grupo, ha ocurrido un aumento gradual pero significativo en el número de casos identificados anualmente como celíacos en el centro. En lo que ha transcurrido del año corriente, se han reconocido a 17 enfermos celíacos. Para cuando concluya, se espera que la cifra total de reconocidos sea casi el doble de los diagnosticados el pasado año 2008.

Figura 5. Reconocimiento de la Enfermedad celíaca en un hospital terciario, referativo, terminal después de la implementación del algoritmo descrito en el cuerpo del trabajo para la identificación, reconocimiento y evaluación de la Enfermedad celíaca.



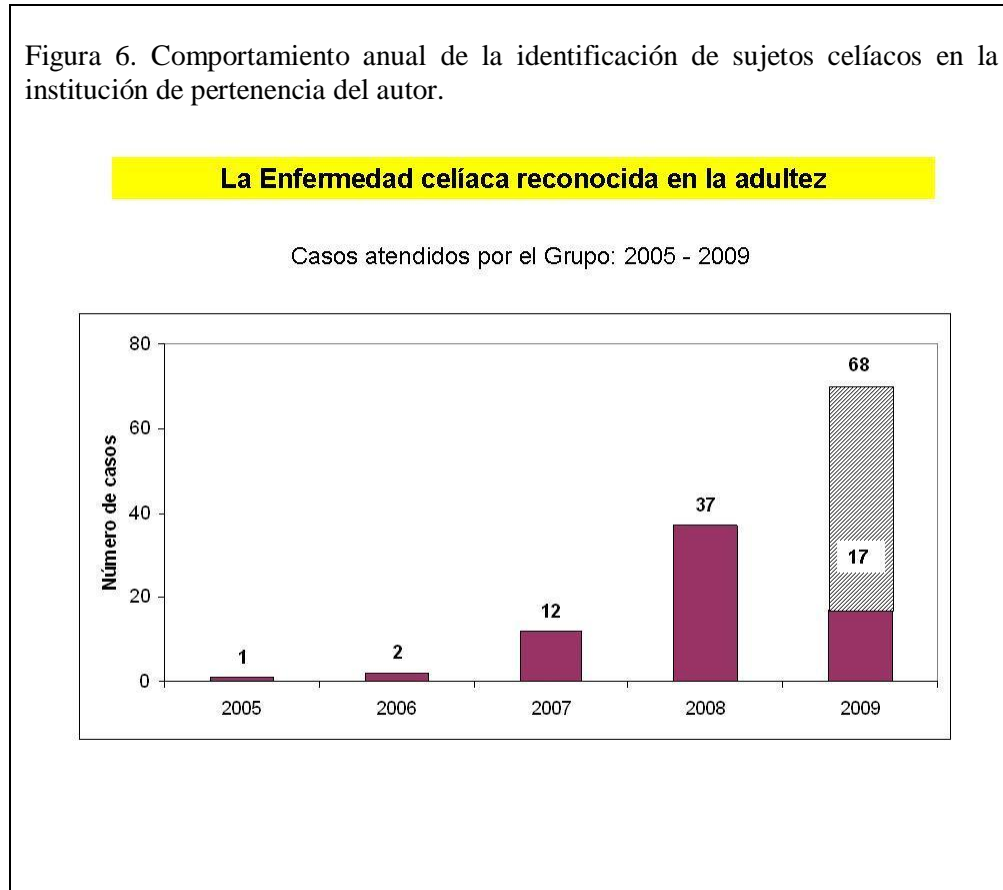
Casos atendidos durante el período: 935

## CONCLUSIONES

Los resultados de la actuación de un Grupo interdisciplinario de atención al celíaco en la institución de pertenencia del autor han servido para demostrar los beneficios del trabajo-en-equipo en la identificación de casos de celiaquía de entre los enfermos consultados por trastornos gastrointestinales asociados con desmedro nutricional. Ello redundará en una optimización del

flujo diagnóstico de la institución, una calidad asistencial mejor percibida, y un mejor tratamiento y seguimiento del enfermo.

Figura 6. Comportamiento anual de la identificación de sujetos celíacos en la institución de pertenencia del autor.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Santana Porbén S, Castellanos Fernández M. Sobre la celiaquia oculta entre pacientes desnutridos con historia gastrointestinal. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2009;19:158-63.