

ASPECTOS NUTRICIONALES DE LA ENFERMEDAD CELÍACA.

Sergio Santana Porbén¹.

La desnutrición asociada a la Enfermedad celíaca.

Es muy probable que el proceso de diagnóstico de la EC Enfermedad celíaca se inicie en un enfermo con síntomas digestivos crónicos cuya causa nunca ha sido suficientemente aclarada (aunque haya consultado numerosos médicos por ello) y que se presenta con grados variables de desnutrición.¹ Como quiera que la EC es una entidad autoinmune (de la que se conocen tanto el autoantígeno: la transglutaminasa tisular, como el disparador de la respuesta inmune sistémica desproporcionada y descontrolada: las melaminas y prolaminas presentes en el germen de trigo, cebada y centeno), con máxima (aunque no exclusiva) repercusión gastrointestinal, cabe esperar una elevada frecuencia de trastornos nutricionales en esta subpoblación.

La pérdida inexplicable de peso es el síntoma principal que refiere el enfermo celíaco en la consulta especializada de Nutrición, aún cuando los ingresos alimenticios no estén afectados. La anemia es otro síntoma nutricional presente en el celíaco, pero las causas de la misma pueden ser multifactoriales y redundantes entre sí. En casos extremos, el paciente puede presentarse con un cuadro franco de desnutrición, acentuado por trastornos de la distribución hídrica tales como ascitis y edemas en miembros inferiores, todo ello en medio de un agravamiento de la sintomatología digestiva y un manifiesto deterioro general.

En un estudio completado por el Grupo hospitalario de Atención integral de la EC y otras formas de mala absorción intestinal, la frecuencia de desnutrición fue mayor del 90%.² La concurrencia de trastornos gastrointestinales, síntomas digestivos, anemia, desnutrición y deterioro del estado general cierra un círculo vicioso que suele ser difícil de quebrar. Por ello, no debe sorprender la mortalidad observada en la EC. Se debe aclarar que en el enfermo celíaco también se pueden observar cuadros de carencia de micronutrientes tales como el complejo B, aminoácidos azufrados, zinc y selenio, por solo mencionar algunos; todo lo cual puede complicar aún más el cuadro nutricional del celíaco, y la respuesta al tratamiento.

La dietoterapia en la Enfermedad celíaca.

La prescripción dietética especializada constituye la principal (y hasta este momento, la única posible) intervención terapéutica en el enfermo celíaco.³ La inmediata retirada de los alimentos elaborados (o en los que participan) el trigo, el centeno y la cebada va seguida de remisión tal de los síntomas digestivos (en particular, la distensión abdominal dolorosa y las diarreas) que podría calificarse como “milagrosa”.

Una vez instalada, la restricción del gluten dietético debe ser obedecida de por vida, lo que se hace difícil en un enfermo con baja percepción de riesgo. Todavía se discute si algunos celíacos pudieran tolerar cantidades tenidas como mínimas de gluten dietético, y que en la práctica equivaldrían a 3 rebanadas de pan. Algunos enfermos aceptan una carga especificada de

¹ Especialista de Segundo grado en Bioquímica Clínica. Máster en Nutrición en Salud Pública. Grupo de Apoyo Nutricional. Hospital Clínico quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. La Habana. Cuba.

morbilidad con tal de no renunciar al consumo de los cereales enunciados previamente, con el pretexto de que no están suficientemente documentadas las repercusiones a largo plazo de la EC. Si bien es cierto que se disputa la relación entre la EC y ciertas formas de linfomas, no es menos cierto que la no-adherencia a la restricción del gluten dietético puede traer consigo otras complicaciones como el *sprue* colágeno. La mejor manera de obedecer la “dieta libre de gluten” es restablecer en el hogar del enfermo celíaco el rol de género del seleccionador y preparador de los alimentos, y orientar al enfermo y sus familiares sobre el consumo de alimentos elaborados domésticamente, a partir de ingredientes naturales. En ocasiones puede ser necesaria extender la DLG al resto de la familia para evitar reintoxicación del enfermo por contaminación cruzada.

No obstante, se debe aclarar sobre la presencia no reconocida de trigo/cebada/centeno en los alimentos de origen industrial. El trigo es un componente universal de todos los alimentos producidos por la industria alimentaria, y por ello, se debe recomendar enérgicamente al enfermo celíaco que se abstenga del consumo de los mismos. La disponibilidad de alimentos con una certificación “libre de gluten” de origen en nuestro medio es precaria e irregular, y de hecho, son más caros que otros similares en presentación. Atar el cumplimiento de la prescripción dietética en la EC al consumo de tales alimentos implica desviar la atención del enfermo y familiares del objetivo verdadero de la intervención dietética: la reestructuración de la conducta alimentaria, y la incorporación de nuevas opciones de preparación y elaboración de alimentos.

La suplementación vitamino-mineral en la Enfermedad celíaca.

La suplementación vitamino-mineral debe acompañar la prescripción dietética en el enfermo celíaco. El daño mucosal ocasionado por la EC resulta en un “síndrome de mala absorción intestinal” causante, por un lado, de la pérdida de peso; y por el otro, de carencias de micronutrientes esenciales para la homeostasis de la economía humana.

La suplementación oral con ácido fólico ($15 - 30 \text{ mg} \cdot 24 \text{ horas}^{-1}$ distribuidos en 3 tomas diarias, y consumidos con las comidas) suele ser necesaria para la restauración de la arquitectura vellositaria y la morfología de la mucosa yeyunal. El ácido fólico es una coenzima esencial en la síntesis de purinas y pirimidinas, y con ello, de la replicación celular implicada en la repoblación de la mucosa yeyunal dañada por la enfermedad. La suplementación oral con ácido fólico debe incorporar una sal de zinc ($5 \text{ mg} \cdot 24 \text{ horas}^{-1}$ consumido en ayunas en horas de la mañana) para maximizar el efecto promotor de la replicación celular. La estrategia de suplementación vitamino-mineral en la EC también debe tener en cuenta el aporte de una sal de hierro para la corrección de la anemia, e incluso el consumo concomitante de una preparación multivitamínica, a los fines de la restauración de los depósitos corporales depletados de los micronutrientes.

Una nota de precaución: La harina de trigo puede ser el excipiente utilizado en la elaboración de las presentaciones de los suplementos vitamino-minerales prescritos para la restauración nutricional del enfermo celíaco. El médico actuante debe verificar la composición química del suplemento a prescribir, a fin de evitar la reintoxicación del enfermo.

La Nutrición artificial en la Enfermedad celíaca.

La restauración nutricional del enfermo celíaco puede obligar a intervenciones enérgicas mediante técnicas y procedimientos de Nutrición artificial. La suplementación parenteral con una combinación de vitaminas B₁/B₆/B₁₂ se prescribe habitualmente para iniciar primero, y sostener después, la repoblación de la mucosa yeyunal en un paciente gravemente desnutrido y/o que

aqueja sintomatología gastrointestinal florida. El esquema de suplementación vitamínica parenteral conlleva la administración de B₁: 1 mg + B₆: 1 mg + B₁₂: 100 UI por vía intramuscular 3 veces a la semana hasta completar 4 semanas de tratamiento. La suplementación vitamino-mineral parenteral puede evolucionar hasta el aporte por vía endovenosa de preparaciones de oligoelementos (TRACUTIL®[®], B|BRAUN, Alemania) y vitaminas (CERNEVIT®[®], Baxter, Estados Unidos; RITRAZ®[®], Laboratorios RIVERO, Argentina) a razón de 1 ampolla/bulbo de cada una en 500 mL de un vehículo acuoso mediante el esquema de administración propuesto anteriormente.

La NPC Nutrición Parenteral Central puede ser necesaria cuando el uso de la vía oral no es suficiente para el sostén del estado nutricional. Se han publicado guías, pautas y esquemas para el diseño, instalación, mantenimiento y retiro de esquemas hospitalarios de NPC.⁴ La vigilancia sistemática de la conducción del esquema de NPC debe resultar en minimización de las complicaciones de todo tipo asociadas a este proceder, en particular, el Síndrome de realimentación.

La Nutrición Enteral debe considerarse en las primeras etapas de la rehabilitación nutricional del enfermo celíaco, cuando la tolerancia a los alimentos pudiera ser escasa, o cuando las manifestaciones gastrointestinales no ceden, como sería el caso de las diarreas. Las pautas, guías y esquemas relativos al diseño, implementación, mantenimiento y retiro de esquemas hospitalarios de Nutrición Enteral han sido dadas a conocer con anterioridad.⁵ Numerosos productos enterales se encuentran disponibles, cada uno con sus ventajas intrínsecas. Si el caso fuera de una atrofia vellositaria grave, las dietas oligoméricas (léase semidigeridas) podrían ser beneficiosas para sostener las fases iniciales de la recuperación nutricional del enfermo celíaco. La incorporación en el producto enteral de la glutamina: un aminoácido condicionalmente esencial que desempeña un importante papel en la homeostasis del enterocito, podría ser un *plus* para la recuperación de la arquitectura vellositaria yeyunal. Desafortunadamente, no se cuenta con evidencias suficientes para aconsejar el uso de productos enterales altamente especializados, y por lo tanto, económicamente onerosos, cuando la misma tasa de beneficios se puede obtener con dietas poliméricas genéricas.

CONCLUSIONES

La desnutrición suele ser un importante componente del cortejo sintomático de la EC. Muchas veces el proceso diagnóstico de la EC se inicia ante un paciente con sintomatología gastrointestinal crónica que refiere síntomas de deterioro nutricional, siendo la pérdida inexplicable de peso el más llamativo de ellos. Numerosas opciones de intervención nutricional están disponibles, pero se debe insistir en que la adherencia a una “dieta-libre-de-gluten” es clave en la paliación de los síntomas gastrointestinales y la recuperación nutricional del enfermo celíaco.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santana Porbén S, Castellanos Fernández M. Sobre la celiaquía oculta entre pacientes desnutridos con historia gastrointestinal. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2009;19:158-63.
2. Santana Porbén S, Castellanos Fernández M. La desnutrición en adultos con trastornos gastrointestinales: ¿un nuevo reservorio de la enfermedad celíaca? Rev Gastroenterol Mex 2009. Aceptado para publicación.

3. PNO 4.106.98. Dieta libre de gluten. Manual de Procedimientos. Grupo de Apoyo Nutricional. Hospital Clínico quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Segunda Edición. La Habana: 2000.
4. Santana Porbén S, Barreto Penié J, Martínez Espinosa C, Espinosa Borrás A. Diseño e implementación de un esquema intra-hospitalario de Nutrición Parenteral. II. Nutrición Parenteral Central. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2008;18:94-126.
5. Martínez González C, Santana Porbén S. Diseño e implementación de un esquema intrahospitalario de Nutrición enteral. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2001;15:130-8.