

Grupo Interdisciplinario de Atención integral al celíaco.

SOBRE LA CELIAQUIA OCULTA ENTRE PACIENTES DESNUTRIDOS CON HISTORIA GASTROINTESTINAL.

Sergio Santana Porbén,¹ Marlen Castellanos Fernández.²

INTRODUCCION

La EC Enfermedad celíaca representa tal vez la única enfermedad que es causada/precipitada por la exposición del sujeto a la gliadina: proteína presente en la fracción soluble del endosperma del grano de cereales como el trigo, el centeno, la cebada y la avena, y en la que se logra la curación con la retirada de la dieta regular del enfermo de todos los alimentos elaborados con estos ingredientes de presencia universal.¹ El diagnóstico de la EC es elusivo y muchas veces tardío, a pesar de que afecta entre el 0.5 – 1.0% de la población.² Los pacientes pueden aquejar sintomatología gastrointestinal llamativa durante años, e incluso desnutrirse, antes de que la enfermedad sea establecida como tal. Desgraciadamente, el cuadro clínico considerado como prototipo de la EC, así como los hallazgos histopatológicos y serológicos tenidos como identificativos de esta entidad, han cedido su lugar a manifestaciones oligosintomáticas, e incluso raras, de la enfermedad, con pocos cambios en la anatomía de la mucosa intestinal.³ Es por ello que se ha recomendado la búsqueda proactiva de casos de celiacía en enfermedades asociadas como la Diabetes y las colagenosis, que se han declarado como reservorios de la EC.⁴

En este trabajo se explora el paradigma expuesto por Cueto Rúa sobre la celiacía oculta entre personas en las que concurren una importante desnutrición junto con una historia a veces crónica de trastornos gastrointestinales no aclarados suficientemente.⁵ Propuesta inicialmente para la actuación pediátrica, la DEN Desnutrición energético-nutricional, unida a una importante sintomatología gastrointestinal, podría ser también otra de las formas de presentación de la EC en la adultez. Los trastornos nutricionales pueden afectar a la mitad de los celíacos.⁶ Consecuentemente, el equipo básico de atención médica debería incluir la EC en la lista de hipótesis a dilucidar en el proceso de diagnóstico diferencial de un enfermo en el que los síntomas gastrointestinales se presenten junto con signos de desmedro nutricional, o de aquel paciente desnutrido en el que fracasan las medidas indicadas de repleción nutricional.

Los casos clínicos que se presentan a continuación se corresponden con adultos que se identificaron como celíacos en las instituciones de pertenencia de los autores mientras eran atendidos por los respectivos Grupos institucionales de Apoyo nutricional, y se constituyen en evidencia tangible de la certeza del paradigma de Cueto Rúa.

¹ Médico, Especialista de Segundo Grado en Bioquímica Clínica. Profesor Asistente de Bioquímica.

² Médico, Especialista de Segundo Grado en Gastroenterología.

Recibido: 7 de Febrero del 2009. Aceptado: 17 de Noviembre del 2009.

Sergio Santana Porbén. Grupo Interdisciplinario de Atención integral al celíaco. Hospital Clínico quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. San Lázaro 701 e/t Marqués González y Belascoaín. Centro Habana. La Habana. Cuba.

Correo electrónico: ssergito@infomed.sld.cu

Presentación de casos.

Caso clínico #1. Mujer de 39 años de edad, de piel blanca, atendida en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Clínico quirúrgico “Hermandades Ameijeiras” por diarreas crónicas de etiología no suficientemente aclarada. Al ingreso hospitalario se presentó con signos de depleción tisular y edemas importantes en las extremidades inferiores. El diagnóstico de DEN se estableció ante la pérdida sufrida del 23.0% del peso habitual, y la repercusión ocurrida en los compartimientos graso y muscular esquelético. El tamaño de la grasa corporal total (estimada de la suma de los pliegues cutáneos tricípital y subescapular) y la masa muscular esquelética (calculada de la Circunferencia del brazo) fue del 42.1% y 70.0% de los respectivos puntos actuales de corte.⁷

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 el diagnóstico de la enfermedad celíaca.

Caso clínico #2. Mujer de 27 años de edad, de piel blanca, atendida en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Clínico quirúrgico “Hermandades 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 conducido devolvió una Albúmina sérica de 21.0 g.L⁻¹, y un Conteo de Linfocitos de 1,037 células.mm⁻³.

El patoflujograma construido con los problemas de salud de esta paciente se muestra en la Figura 1. Es de notar que la enfermedad celíaca no se incluyó en la lista inicial de hipótesis diagnósticas a dilucidar hasta el día 21 del ingreso hospitalario, en que una biopsia de la mucosa yeyunal reveló una atrofia total de las vellosidades*.

La paciente fue atendida por el GAN hospitalario 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 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.

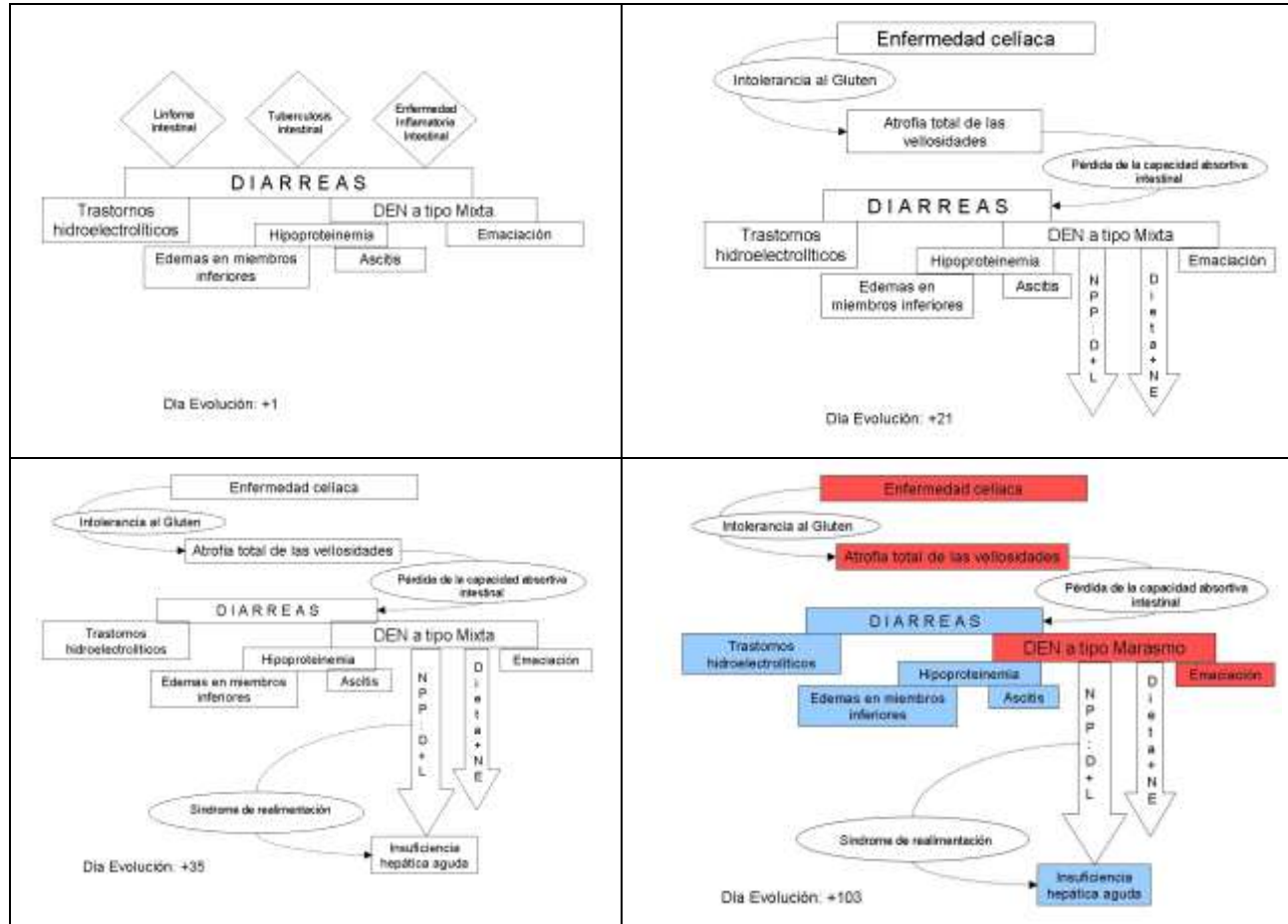
Caso clínico #3: Hombre de 50 años, de piel blanca, de buena salud anterior, que ingresó en el Instituto de Gastroenterología con una pérdida reciente del 5% del peso corporal, secundaria a digestiones lentas, repletz gástrica permanente, e imposibilidad de alimentarse correctamente. La EC se estableció ante títulos positivos de

* 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

Anticuerpos anti-gliadina, la atrofia parcial moderada de las vellosidades intestinales, y la respuesta clínica y nutricional observada a la retirada del gluten dietético.

Nacional de Salud de identificar a adultos celíacos de entre una población que acude al centro presentando grados variables de desnutrición concurriendo con trastornos

Figura 1. Procesos de indagación diagnóstica y tratamiento seguidos en un paciente de la serie de estudio. 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. Para más detalles: Consulte las Referencias [8-10].



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%.

Estado del reconocimiento de la enfermedad celíaca en instituciones terciarias de salud de Cuba.

Habiendo expuesto estos 3 casos, fue solo natural preguntarse cuán capaces son las instituciones terciarias del Sistema

gastrointestinales crónicos de etiología que no ha podido ser dilucidada. En el Hospital Clínico quirúrgico “Hermanos Ameijeiras” (La Habana, Cuba) ha estado funcionando un GAN Grupo de Apoyo Nutricional de forma ininterrumpida durante los últimos 10 años.¹¹ Como parte de las Buenas Prácticas

de Documentación y Registros avanzadas en el PRINUMA Programa de Intervención Alimentaria, Nutricional y Metabólica que conduce el GAN, se ha creado un registro electrónico para la preservación, manipulación y examen de los datos demográficos, clínicos, antropométricos y bioquímicos colectados de los pacientes que son atendidos por el Grupo en respuesta a pedidos de interconsulta de los servicios de la institución, junto con las medidas intervencionistas adoptadas.¹²

Tabla 1. Identificación de celíacos entre los pacientes con historia gastrointestinal atendidos por el GAN del Hospital Clínico quirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

Período de observación	1997 – Primer semestre del 2004
Pacientes atendidos	1,827
Pacientes con historia gastrointestinal	53 [2.9]
De ellos, desnutridos §	35 [66.0]
Celíacos identificados	3
• Respecto del total	1 : 609 [0.2]
• Respecto de aquellos con historia gastrointestinal	1 : 17 [5.7]
• Respecto de los pacientes con TGI y desnutridos	1 : 11 [8.6]
Presencia de desnutrición §	3 [100.0]

Fuente: Registros del GAN.

Durante los primeros 7 años de actividad del GAN, se atendieron 1,827 pacientes. Cincuenta y tres [2.9%] de los enfermos relataron historias de trastornos gastrointestinales crónicos sin que se pudiera establecer fehacientemente la causa de los mismos. La diarrea se presentó en el

44.4% de estos pacientes. Muchos de estos pacientes fueron remitidos al Grupo para la realización de una evaluación nutricional, y la adopción de las requeridas medidas de intervención, con el diagnóstico de "mala absorción intestinal": una figura taxonómica que reflejaba la incongruencia entre la ausencia de "fugas" intestinales (verbigracia, diarreas) y el deterioro nutricional presente en el enfermo interconsultado. El 66.0% de los pacientes estaba desnutrido en el momento de la interconsulta con el GAN. Se identificaron 3 celíacos de la constatación de atrofia vellositaria total y daño mucosal grave en el examen histopatológico de muestras de la mucosa yeyunal retiradas mediante biopsia peroral, entre ellos, los 2 discutidos previamente. La Tabla 1 muestra la relevancia de tales hallazgos. Los celíacos identificados representaron el 0.2% de todos los atendidos por el Grupo en el período en discusión, el 5.7% de aquellos con trastornos gastrointestinales crónicos, y el 8.6% de aquellos en los que concurren trastornos gastrointestinales y nutricionales. Los 3 celíacos identificados estaban desnutridos en el momento de la interconsulta.

La situación no parece ser mejor en otra institución terciaria del Sistema Nacional de Salud Pública verticalizada en el diagnóstico y tratamiento de las afecciones gastrointestinales en adultos, según muestra la Tabla 2. Llama la atención que en 2 años consecutivos no se haya identificado enfermo celíaco alguno en esta institución, aún cuando las demandas de atención por un "síndrome de mala absorción intestinal" representaron poco más del 5.0% de los ingresos hospitalarios en la misma.

DISCUSION

Habiendo examinado los casos clínicos presentados, y revisado las estadísticas anotadas, se puede concluir que la celiaquía

es una duda diagnóstica plausible en un adulto que refiere epigastralgia, dispepsias, distensión abdominal dolorosa, o diarreas, entre otros trastornos gastrointestinales todos ellos crónicos, y nunca suficientemente aclarados en su etiología; y en el que se reconocen signos de desnutrición en el momento de la interconsulta con un Grupo hospitalario de Apoyo Nutricional. Estos adultos podrían en realidad ser celíacos oligo-sintomáticos en los que un evento agudo precipita una cascada de acontecimientos que resulta finalmente en exacerbación de las manifestaciones de la EC, lo que, a su vez, causa un grave deterioro del estado nutricional del enfermo. La pregunta subsiguiente sería: ¿Cuál puede ser el tamaño de la celiaquía en este reservorio propuesto? Si se asume que la proporción de celíacos entre los que acuden al hospital con desnutrición y trastornos gastrointestinales crónicas podría ser mucho mayor que la indicada de los estudios poblacionales, entonces solo se podría concluir que los equipos básicos de trabajo están fallando en reconocer esta entidad en los pacientes que atienden, lo que impide entonces incluso la curación de la enfermedad, la resolución de los síntomas, y la recuperación nutricional mediante la simple prescripción del gluten dietético.

La elucidación del paradigma de Cueto Rúa en una población adulta implicaría el diseño e implementación de un esquema de diagnóstico definitivo y diferencial de la celiaquía que pudiera estar oculta en el reservorio propuesto. La discusión de los casos clínicos revela cómo la capacidad diagnóstica del equipo de trabajo puede estar lastrada por estereotipos anclados en la historia de la identificación de la celiaquía.^{1,3-5} En un artículo precedente se refleja la experiencia acumulada por los autores después de la implementación de tal esquema.¹³ La EC se estableció después de

ponderar los resultados obtenidos en 6 categorías diagnósticas, según la fuerza semiótica inherente a cada resultado dentro de la categoría pertinente. De la conducción de este sistema diagnóstico se pudo concluir que el diagnóstico de celiaquía era altamente probable en 22 adultos de los atendidos durante la ventana de observación de un estudio multicéntrico: una cifra quince veces superior a la obtenida en un hospital terciario con un alto volumen de ingresos.

Tabla 2. Estado del reconocimiento de la enfermedad celíaca en el Instituto de Gastroenterología.

Año	Ingresos acumulados	Síndrome de mala absorción Número [%]	Enfermedad celíaca Número [%]
2002	237	21 [8.9]	0 [0.0]
2003	248	10 [4.0]	0 [0.0]
Totales	485	31 [6.4]	0 [0.0]

Fuente: Departamento de Estadísticas del Instituto de Gastroenterología.

CONCLUSIONES

El nutricionista debe avanzar la hipótesis diagnóstica de la EC ante un adulto que se presente con una historia de trastornos gastrointestinales crónicos en el tiempo, y nunca elucidados, que acuse signos de desnutrición, y que responda espectacularmente a la retirada de la dieta regular de los alimentos elaborados con harina de trigo. Los exámenes histopatológicos y serológicos deben interpretarse a la luz de los cambios que han ocurrido en la presentación clínica de la EC. La reeducación dietética del paciente celíaco y sus familiares en la necesidad de la observancia de la dieta prescrita es pieza fundamental en el tratamiento de esta enfermedad.

AGRADECIMIENTOS

Dr. Juan Carlos Gómez, Unidad de Soporte Nutricional y Enfermedades Malabsortivas. Hospital General Interzonal de Adultos "General José de San Martín". La Plata, República Argentina.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Dubois FC, van Heel DA. Immunogenetics of coeliac disease. *Clin Exp Immunol* 2008;153:162-173.
2. Gómez JC, Selvaggio GS, Viola M, Pizarro B, la Motta G, de Barrio S, Castelletto R, Echeverría R, Sugai E, Vázquez H, Mauriño E, Bai JC. Prevalence of celiac disease in Argentina: screening of an adult population in the La Plata area. *Am J Gastroenterol* 2001;96:2700-4.
3. Lee SK, Green PH. Celiac sprue (the great modern-day imposter). *Curr Opin Rheumatol* 2006;18:101-7.
4. de Gottardi A, de Saussure P. Celiac disease in disguise. *Rev Med Suisse* 2005;1: 2008-11.
5. Cueto Rúa EA, Nanfito G, Guzmán L. La enfermedad celíaca. *Ludovica Pediátrica [Argentina]* 2006;8:85-99.
6. Tikkakoski S, Savilahti E, Kolho KL. Undiagnosed coeliac disease and nutritional deficiencies in adults screened in primary health care. *Scand J Gastroenterol* 2007;42:60-5.
7. Espinosa Borrás A, Martínez González C, Barreto Penié J, Santana Porbén S. Esquema para la evaluación antropométrica del paciente hospitalizado. *Rev Cubana Aliment Nutr* 2007;17:72-89.
8. Weed LL. Medical records that guide and teach. Part I. *New Engl J Med* 1968;278:593-600.
9. Weed LL. Medical records that guide and teach. Part II. *New Engl J Med* 1968;278:652-7.
10. Margolis CZ. Problem-Oriented Record: A critical review. *Paediatrician* 1979;8:152-62.
11. Santana Porbén S, Barreto Penié J, Martínez González C, Espinosa Borrás A, Morales Hernández L. Grupos de Apoyo Nutricional en un entorno hospitalario. La experiencia cubana. *Nutr Hosp [España]* 2007;22:425-35.
12. Santana Porbén S. Sistema de Documentación y Registros. Su lugar dentro de un Programa de Intervención Alimentaria, Nutricional y Metabólica. *Nutr Hosp [España]* 2005;20:327-39.
13. Santana Porbén S, Castellanos Fernández M. La desnutrición en adultos con trastornos gastrointestinales: ¿un nuevo reservorio de la enfermedad celíaca? *Rev Gastroenterol Mex* 2009;74:202-11.