

LA CELIAQUÍA REFRACTARIA. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

Yagén Pomares Pérez¹.

INTRODUCCIÓN

La EC Enfermedad celíaca se tiene en la actualidad como una entidad autoinmune de la que se conocen tanto el autoantígeno: la enzima tisular Transglutaminasa, como el disparador: las prolaminas presentes en cereales especificados, como el trigo, el centeno y la cebada. La EC muestra una elevada seroprevalencia, y puede afectar entre el 1 – 2% de la población en cualquier latitud geográfica.

Una vez diagnosticada la enfermedad, se deben introducir cambios profundos en las dinámicas y estilos de vida del paciente y sus familiares. Cabe esperar que, una vez implantado el régimen dietoterapéutico, ocurra una respuesta sustancial en todos los dominios del estado de salud del enfermo, incluido el estado nutricional. Debe hacerse notar que el diagnóstico de EC obliga a un seguimiento del paciente durante los próximos 2 años, como mínimo, para evaluar la respuesta al tratamiento instalado.

La celiacía refractaria.

Se dice que la EC se ha hecho refractaria cuando persisten en el paciente los síntomas clínicos que motivaron la consulta médica, junto con atrofia de las vellosidades, durante más de un año de seguimiento y tratamiento, a pesar de comprobarse adherencia al tratamiento. Según estimados de la literatura internacional, el 5% de los celíacos evoluciona hacia una celiacía refractaria. En el caso nuestro, este estimado pudiera ser mayor, debido, entre otras cosas, a la baja percepción de riesgo del enfermo, y la ausencia de un entorno amigable que haga posible la obediencia a la “dieta-libre-de-gluten” mediante alimentos con una certificación de denominación de origen.

¿Estamos realmente ante una celiacía refractaria?

1. No ha habido una adecuada adherencia al tratamiento. Respuesta: Hay que identificar las fuentes ocultas de gluten en la dieta del enfermo.
2. Exactitud del diagnóstico.
 - Biopsia de yeyuno. Cambios en la morfología de la vellosidad intestinal. Presencia de linfocitos intraepiteliales.
 - Anticuerpos Anti-gliadina.
 - Anticuerpos Anti-transglutaminasa tisular.
 - Genotipaje Dq2/Dq8.
3. Ponderación de la información recogida durante el proceso diagnóstico.

¹ Médico, Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Servicio de Gastroenterología. Hospital Clínico quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. La Habana. Cuba.

Tampoco se puede abusar del diagnóstico de EC. En todo paciente que concurre con trastornos gastrointestinales de etiología no suficientemente aclarada, hay que conducir un diagnóstico diferencial exhaustivo para explorar (y desechar) otras hipótesis. La Tabla 1 muestra algunas de ellas, sin pretender agotar todas las posibles. En cualquier caso, debe tenerse que se está ante un enfermo que ha pasado por numerosos procesos diagnósticos en el pasado, ha sufrido innumerables exámenes, y está agotado de que se le soliciten pruebas que no devuelven resultados concluyentes.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de la Enfermedad celíaca

Enfermedad	Diagnóstico	Tratamiento
Giardiasis	Frotis/Drenaje biliar	Antigiardiásicos
Esprue tropical	Anticuerpos antitransglutaminasa	Antibióticos Probióticos
Sobrecrecimiento bacteriano	Interrogatorio	Probióticos
Enfermedad de Crohn	Colonoscopia	Aminosalicilatos Inmunosupresores
Colitis microscópica	Colonoscopia	
Síndrome de Intestino irritable		Probióticos
Infección por VIH/sida	Serología	Terapia antirretroviral

La Enfermedad por reflujo gastroesofágico y la Enfermedad celíaca.

La ERGE Enfermedad por reflujo gastroesofágico puede convertirse en un síntoma para-celíaco que se debe tener siempre presente cuando se evalúe la respuesta del enfermo al tratamiento instalado, y que sin dudas, puede acarrear graves consecuencias para la rehabilitación nutricional de no ser intervenido apropiadamente.

La Enfermedad celíaca complicada.

Se han descrito graves complicaciones de la EC no intervenida. Entre ellas, se pueden mencionar el esprue colágeno, el esprue refractario, la enteropatía autoinmune, y la más temida de todas: el linfoma intestinal a células T. Esta variedad de linfoma se puede mostrar mediante 3 formas diferentes: como una celiacía latente que se manifiesta después de la instalación del linfoma; como una celiacía refractaria complicada por el linfoma; y como una enteropatía refractaria inducida por un linfoma intestinal de células T indiferenciable en términos histológicos de una celiacía.

Tratamiento de la Enfermedad celíaca refractaria.

Una vez hecho el diagnóstico de la EC refractaria, y tratadas las otras afecciones que puedan presentarse concomitantemente, el tratamiento del enfermo debería completar los aspectos siguientes: Restricción estricta y comprobable del gluten dietético, con insistencia en las fuentes ocultas de gluten; Prescripción de suplementos de vitaminas y minerales para sostener la rehabilitación de la mucosa duodenoyeyunal dañada; Repleción nutricional mediante técnicas de Nutrición artificial (Enteral y/oParenteral); Administración de corticoides, que pueden inducir mejoría clínica; e incluso la instalación de inmunosupresores. El uso de estos poderosos

medicamentos debe ser cauteloso, con causa justificada, y sopesando los riesgos y los beneficios. El uso crónico de inmunosupresores puede asociarse con un riesgo incrementado de aparición de linfomas.

CONCLUSIONES

Las consideraciones acerca de la refractoriedad de la EC son un recordatorio permanente de la necesidad del seguimiento permanente del enfermo, a fin de establecer la presencia de estas entidades, y tratarlas en consecuencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abdallah H, Leffler D, Dennis M, Kelly CP. Refractory celiac disease. *Curr Gastroenterol Rep* 2007;9:401-5.
2. Al-toma A, Verbeek WH, Mulder CJ. The management of complicated celiac disease. *Dig Dis* 2007;25:230-6.
3. Mulder CJ, Wahab PJ, Moshaver B, Meijer JW. Refractory coeliac disease: a window between coeliac disease and enteropathy associated T cell lymphoma. *Scand J Gastroenterol Suppl* 2000;(232):32-7.