

HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO  
"JOSÉ LUIS MIRANDA"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

**INFORME DE CASO**

ENFERMEDAD CELIACA CLÁSICA.  
UN CASO INFRECLENTE EN NUESTRO MEDIO.

Por:

Dr. Rodolfo Valdés Landaburo<sup>1</sup> y Dr. Francisco Sánchez Pérez<sup>2</sup>

1. Especialista de II Grado en Gastroenterología. Instructor. ISCM -VC.
2. Especialista de II Grado en Pediatría. Profesor Auxiliar. ISCM-VC.

**Descriptorcs DeCS:**  
ENFERMEDAD CELIACA

**Subjec headings:**  
CELIAC DISEASE

La enfermedad celiaca (EC) es una enteropatía crónica, que ocurre por una intolerancia indefinida al gluten en personas con factores genéticos predisponentes. Se caracteriza clásicamente por un cuadro de diarreas crónicas en el niño, asociado a un síndrome de malabsorción intestinal, que no se recupera hasta tanto no se excluya el gluten de la dieta.

Esta forma clásica ha dado paso a formas más heterogéneas, que en lugar de mostrar la característica atrofia vellositaria, se definen por un aumento de los linfocitos intraepiteliales, sin otras alteraciones morfológicas del intestino (pacientes monosintomáticos, oligosintomáticos, e incluso asintomáticos), que son las que predominan en algunas series actualmente comunicadas<sup>1-4</sup>.

Durante casi diez años no se había asistido en nuestro Hospital a un paciente con un cuadro tan característico, por lo que nos pareció interesante su publicación, la que contribuirá a ilustrar la enfermedad para los alumnos de pregrado, y quizás muchos médicos que nunca han tenido la oportunidad de presenciarla.

Presentamos un caso clásico de celiaquía con extrema desnutrición, en el que la instauración del tratamiento dietético repercutió en la rápida recuperación de la paciente en sólo 45 días.

**Presentación del paciente**

Se trata de una niña de 15 meses con antecedentes de salud hasta su fiesta de primer cumpleaños, en que consume por vez primera productos con gluten (cake, panecillos y galleticas). Al día siguiente comienza con un cuadro de diarreas líquidas abundantes y vómitos, asociado a deshidratación severa, por lo que fue admitida en nuestro Hospital. Se comprueba una sepsis urinaria por E. coli, que es tratada, y con posterioridad, ausencia de crecimiento bacteriano en los urocultivos evolutivos; sin embargo, el cuadro diarreico persiste. En el tratamiento se mantiene una dieta a expensas de sopas y purés, se comienza a realizar cambios de leches y vitaminoterapia. La paciente comienza a perder peso de forma extraordinaria, y presenta un cuadro de malabsorción durante los tres primeros meses de evolución, caracterizado por esteatorrea, edemas y distensión abdominal severa. Consecutivamente se observa pérdida del panículo adiposo, pliegues longitudinales, irritabilidad, palidez cutaneomucosa y caída del cabello (ralo y quebradizo) (Figs 1 y 2). En la anamnesis la madre refiere que diariamente se le brinda a la paciente sopa de fideos y

pan, entre otros alimentos. En los exámenes complementarios se verifica anemia e hipoproteinemia. Se sospecha la enfermedad, por lo que se indica determinación de anticuerpos antigliadina, que resultó fuertemente positiva. Se procede a la realización de biopsia de yeyuno, que confirmó la sospecha diagnóstica, al demostrar la existencia de una atrofia subtotal de las vellosidades intestinales. Se comienza a realizar dieta sin gluten y la madre refiere, al tercer día del tratamiento, que la niña está menos distendida e irritable. Paulatinamente comienza a recuperar su peso, desaparecen los signos somáticos de desnutrición y a los 45 días decidimos fotografiarla nuevamente por considerar que la recuperación ha sido espectacular, sólo persiste discreta distensión abdominal (Figs 3 y 4), que en el momento actual ha desaparecido.



Fig 1 Aspecto general de la paciente en el momento del diagnóstico.



Fig 2 Pliegues longitudinales en glúteos.



Fig 3 Aspecto general de la paciente después de 45 días de dieta sin gluten.



Fig 4 Recuperación de la masa muscular después del tratamiento.

#### Comentario

Asistir a un niño con EC clásica se ha convertido en una experiencia rara para el pediatra actual. Los conocimientos más recientes en el ámbito de la investigación en este campo comunican, cada vez con mayor frecuencia, series amplias de pacientes que están mucho del cuadro tradicional, en el que se observa emaciación y gran distensión abdominal. Durante los últimos cinco años se han diagnosticado en nuestro centro cerca de 30 casos nuevos de celiaquía, la mayoría con un estado general y nutricional satisfactorio. Otros investigadores también comunican datos similares<sup>5-7</sup>. La frecuencia de pacientes con manifestaciones oligosintomáticas, de enfermos latentes y otros potenciales, también se incrementa cada día. Por supuesto, que todo ello está asociado al avance en los conocimientos genéticos e inmunohistoquímicos relativos a la enfermedad<sup>6,8,9</sup>. Actualmente la EC es infradiagnosticada, y adquieren creciente relevancia los síntomas y signos atípicos y las enfermedades asociadas, que deben alertar al médico, incluso en la atención primaria de salud, sobre la posibilidad de su presencia, ya que un diagnóstico oportuno contribuye

a reducir la mortalidad por complicaciones a largo plazo, como los linfomas y otros tumores gastrointestinales, los cuales prevalecen más en los enfermos no tratados que en la población general<sup>10</sup>.

Estamos seguros de que las ilustraciones que hoy mostramos quedarán en el recuerdo de aquellos que no han tenido la oportunidad de presenciar casos similares, y que de alguna manera contribuiremos a perfeccionar la formación de nuestros nuevos recursos humanos en el sector de la salud, lo que indiscutiblemente redundará en una mejor calidad de vida para quienes han puesto sus vidas en nuestras manos.

### **Referencias bibliográficas**

1. Tomás Ivorra H, Giner R, Bixquert Jiménez M. Enfermedad celiaca del adulto. Rev Sdad Valenciana Patol Dig 2001;20(2):65-71.
2. Valdés Landaburo R, Sánchez Pérez F. Celiaquia: nuevos rostros de una antigua enfermedad. Medicentro Electrónica [revista electrónica] 2002 Abr-Jun [consultado 02/05/2003]. Disponible en: <http://www.vcl.sld.cu/medicentro/v6n202/celilaquia.htm>
3. Catassi C, Fabian E, Gasparin M, Troncone R. Quantitative antigliadin antibody measurement in clinical practice: an Italian multicentre study. SIGEP Working Group on Quantitative AGA Standardization. Ital J Gastroenterol Hepatol 1999;31:366-70.
4. Bottaro G, Cataldo F, Rotolo N, Spina M, Corazza GR. The clinical pattern of subclinical/silent celiac disease: An analysis on 1026 consecutive cases. Am J Gastroenterol 1999;94:691-6.
5. Murray JA. The widening spectrum of celiac disease. Am J Clin Nutr 1999;69:354-65.
6. León F, Eiras P, Camarero C, Roldán E, Sánchez L, Pena R, et al. Avances en el diagnóstico de la enfermedad celiaca: anticuerpos antitransglutaminasa tisular y linfocitos intraepiteliales. Gastroenterol Hepatol 2002;25(6):416-22.
7. Garrote JA, Arranz E, Blanco A, Oyaquez PP, Calco C, Blanco del Val, et al. Valor de los marcadores serológicos en el diagnóstico de la enfermedad celiaca. Propuesta de un protocolo. An Esp Pediatr 2000;53(6):533-41.
8. Schuppan D. Current concepts of celiac disease pathogenesis. Gastroenterology 2000; 119: 234-42.
9. Camarero C, Eiras P, Asensio A, León F, Olivares F, Escobar H, et al. Intraepithelial lymphocytes and coeliac disease: permanent changes in CD3-/CD7+ and T cell receptor gd subsets studied by flow cytometry. Acta Paediatr 2000;89:285-90.
10. Bonamico M, Tiberti C, Picarelli A, Mariani P, Rossi D, Cipolletta E, et al. Radioimmunoassay to detect antitransglutaminase autoantibodies is the most sensitive and specific screening method for celiac disease. Am J Gastroenterol 2001;36:849-53.