

# Hipooncosis severa como forma de presentación de la Enfermedad Celíaca

Sala Vilardebó  
Hospital Maciel  
C. Antón, E.Caffarel, N.Reyes, M. López

Setiembre 2016

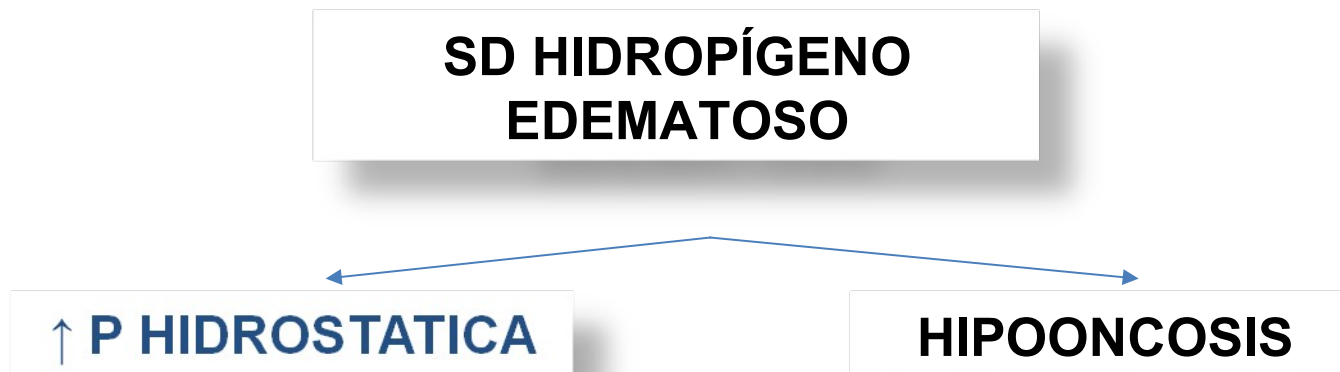
- SM 44 años
- AP: Esquizofrenia
- MC: Edemas generalizados
- EA:
  - 6 meses de evolución de edemas generalizados y adelgazamiento de 15 kg.
  - Alteraciones del tránsito digestivo
  - No orinas espumosas
  - No historia de hepatopatía
  - No historia de IC

- Regular estado general, desnutrición proteico-calórica.
- P y M: Normocoloreadas.
- Edemas cara, manos, MMII y escroto. Blandos blancos fríos e indoloros.
- CV: RR 70 cpm RBG SL. No IY no RHY
- PP: Eupneico. Sat VEA 97%. Sd. en menos bilateral hasta 1/3 inferior.
- ABD: distendido. Matidez de flanco desplazable. Indoloro.

## Historia clínica 2

- SF 38 años
- AP: Hipotiroidismo
- AF primer grado EC
- MC: edemas generalizados
- EA:
  - 2 meses de evolución
  - Edemas generalizados
  - Disnea CF II, no DD, no DPN. No tos ni expectoración.
  - Apirexia
  - TD y TU sp

- P y M: Normocoloreadas.
- Edemas cara, manos, MMII blandos blancos fríos e indoloros.
- CV: RR 85 cpm RBG SL. No IY no RHY
- PP: 24rpm Sat VEA 96%. Sd en menos bibasal
- ABD: distendido. Matidez de flanco desplazable. Indoloro.



↑ P HIDROSTATICA

	HC 1	HC 2
<b>INSUFICIENCIA CARDÍACA</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>INSUFICIENCIA RENAL</b>	Crea 0.52 mg/dl	Crea 0.40 mg/dl
↑ <b>APOORTE VOLUMEN</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>EMBARAZO</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>MEDICAMENTOS: corticoides, calcio antagonistas, vasodilatadores</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

**HIPOONCOSIS**

	HC 1 : Alb 0.87 g/dL	HC 2: Alb 1.10 g/dL
↓ <b>APOORTE</b>	No	No
↓ <b>ABSORCIÓN: EC?</b>	Alteración TD Adelgazamiento Hb 12 g/dL, sin ferropenia TGO 76 TGP 88	AF TD sp Adelgazamiento Hb 13.7 g/dL, sin ferropenia TGO 64 TGP 71
↓ <b>PRODUCCIÓN Insuficiencia hepática</b>	No HC sugestiva F y E: TGO -TGP, resto sp T de P 38% Eco esteatosis moderada VHB VHC neg, no OH	No HC sugestiva F y E: TGO-TGP resto sp T de P normal Eco sp VHB VHC neg. No OH
↑ <b>PERDIDAS URINARIAS</b>	Proteinuria 0.28 g/L Pru/cru 0.12	Proteinuria 0.19 g/L Pru/Cru 0.62



## ¿ENFERMEDAD CELÍACA?

- Anticuerpos Antitransglutaminasa +
- Anticuerpos Antiendomiso +++
  
- FGC: mucosa atrófica con ausencia de pliegues a nivel de duodeno II
  
- AP: Atrofia vellositaria severa. Aumento marcado de LIE e inflamación en el corion (Marsh 3c)

- Reposición con albúmina y diuréticos intravenosos
- Dieta libre de gluten
- Buena evolución

# Enfermedad celíaca

Enfermedad sistémica, mediada por el sistema inmunológico y precipitada por el contacto de la mucosa intestinal con el gluten y otras prolaminas relacionadas, en individuos genéticamente susceptibles.

- 0,33% y el 1%
- Subdiagnóstico
- Cambio en el patrón clínico y epidemiológico
- Es más frecuente en mujeres con una relación 2:1

Mullin G, Rampertab D. *Celiac Disease*, Clinical Gastroenterology.2014;1:1-11

- Amplio espectro
- Gran variabilidad inter e intra-individual.
- Los síntomas “clásicos” obedecen al daño en la mucosa intestinal.
- Manifestaciones sistémicas consecuencia de fenómenos inflamatorios e inmunológicos.\_

Original article

## Celiac disease: A disease with varied manifestations in adults and adolescents

Minakshi SHARMA,\* Prashant SINGH,\* Abhishek AGNIHOTRI,\* Prasenjit DAS,† Asha MISHRA,\*  
Anil K VERMA,\* Arvind AHUJA,† Vishnubhatla SREENIVAS,‡ Rajesh KHADGAWAT,§ Siddhartha Datta GUPTA†  
& Govind K MAKHARIA\*

Departments of \*Gastroenterology and Human Nutrition, †Pathology, ‡Biostatistics, and §Endocrinology, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India

- 56,2%: médicos del primer nivel de atención y gastroenterólogos
- 43,8%: internista, endocrinólogo, hematólogo, dermatólogo y ginecología.

- Clásica
- No clásica
- Asintomática
- Subclínica
- Latente o potencial\_

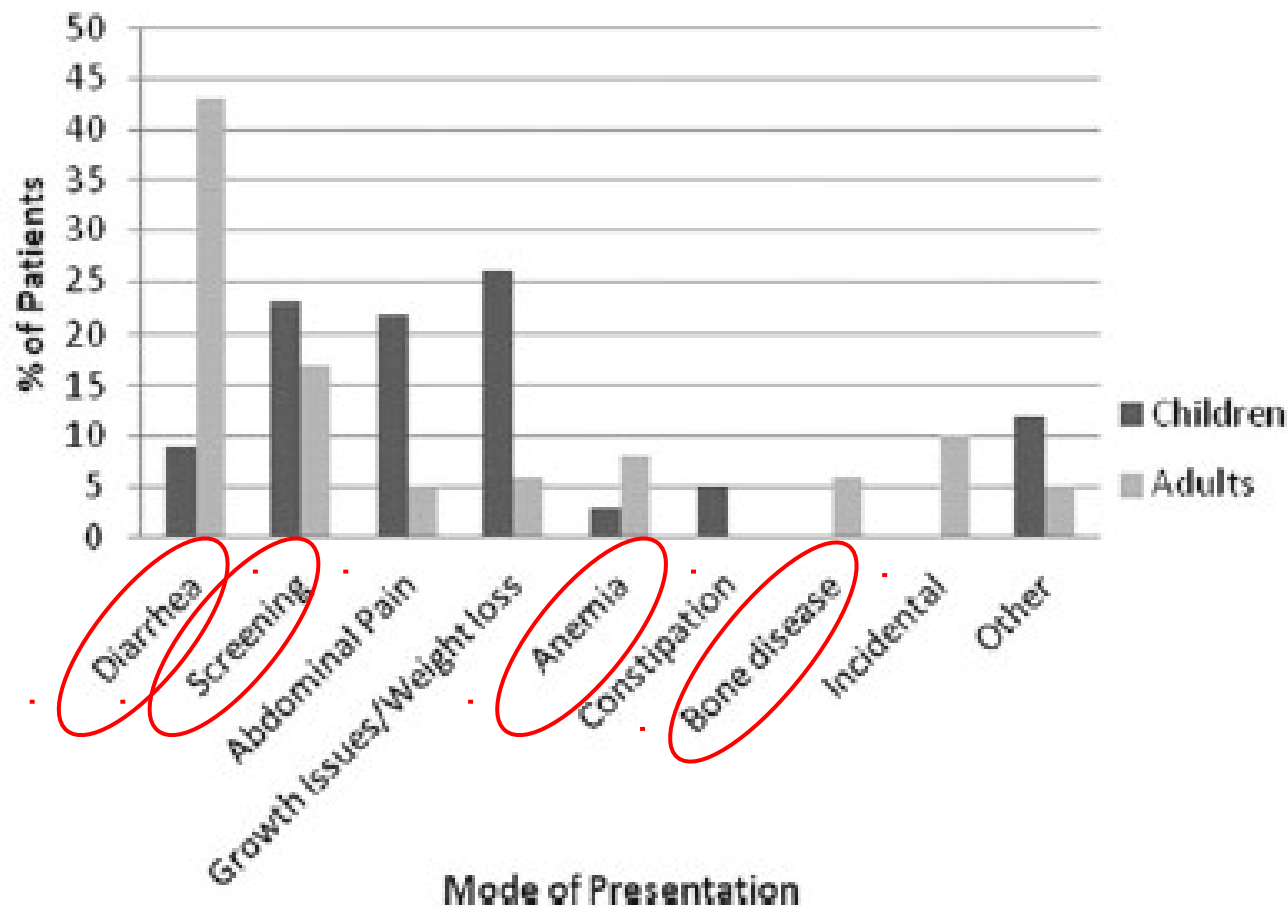
## Síntomas de mal absorción:

- Diarrea
- Esteatorrea
- Perdida de peso
- Hipoalbuminemia

## Manifestaciones inespecíficas:

- Distensión abdominal
- Dispepsia
- Elementos de Sd. intestino irritable
- Anemia
- Astenia
- Hipertransaminasemia
- Infertilidad
- Alteraciones neurológicas centrales y periféricas
- Osteoporosis
- Alteraciones del esmalte dental
- Dermatitis herpetiforme





Reilly N, Green P. Presentation of Celiac Disease in Children and Adults. *Celiac Disease*, Clinical Gastroenterology. 2014;1:95-105.

## Manifestaciones extraintestinales

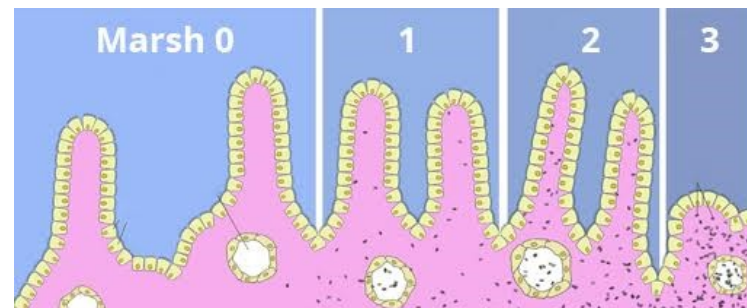
- Dermatitis herpetiforme
- Neurológicos: Ataxia, epilepsia, neuropatías.
- Trastornos psiquiátricos: depresión, esquizofrenia.



© 2011 Logical Images, Inc.

- Serología:
  - Ac anti transglutaminasa
  - Ac anti endomisio
  - Ac anti péptido de gliadina desaminado
  - Ac anti gliadina
- Estudio endoscópico:
  - FGC con biopsias múltiples
  - Cápsula endoscópica
- Histología
- Estudio HLA DQ2 – DQ8

Serología +  
Histología compatible



- Dieta libre de gluten: trigo, centeno, cebada y avena
- Listado de medicamentos libres de gluten (Asociación celíaca del Uruguay)
- ¿Reposición con albúmina?

- Proteasas de gluten (ALV003 y AN-PEP)
- Bloqueador de receptor de zonulina (Larazotide)
- Desensibilización a portadores de HLA Q2 (Nexvax2)

- Seguimiento trimestral - anual
- Determinaciones serológicas
- Segunda endoscopia y biopsia
- Vigilar la aparición de otras enfermedades asociadas, como entidades autoinmunes o malignas.

**TABLA 3. Enfermedades asociadas a la enfermedad celíaca**

- › Diabetes mellitus tipo I.
- › Tiroiditis.
- › Colitis microscópica (colitis linfocítica).
- › Síndrome de Sjögren.
- › Púrpura trombocitopénica idiopática.
- › Nefropatía por IgA.
- › Enfermedad de Addison.
- › Hepatopatía autoinmune.
- › Miocardiopatía dilatada.
- › Trastornos neurológicos (neuropatía, ataxia y otros).
- › Linfoma intestinal.
- › Déficit selectivo de IgA.
- › Síndrome de Down.
- › Síndrome de Turner.
- › Síndrome de Williams.

Gomollón F. Enfermedad celíaca (sensibilidad al gluten). En: Montoro M, García J. Gastroenterología Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. 2ª Ed. España: 2012: 331-346.

Rampertab D, Mullin G. Celiac Disease. New York:Springer Science;2014.

Rubio-Tapia A, Hill I, Kelly C, et al. ACG Clinical Guidelines: Diagnosis and Management of Celiac Disease. Am J Gastroenterol 2013; 108:656–676.

Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabo IR, et al. European Society for Pediatric gastroenterology, Hepatology, and Nutrition guidelines for the diagnosis of coeliac disease. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2012; 54: 136-60.

Bai J, Ciacci C, Corazza G, Fried M, Olano C, Rostami-Nejad M, et al. Celiac Disease. World Gastroenterology Organisation, 2016.

Catassi C, Kryszak D, Louis-Jacques O, et al. Detection of Celiac Disease in Primary Care: A Multicenter Case-Finding Study in North America. Am J Gastroenterol 2007;102:1454–1460.

Sharma M, Singh P, Agnihotri A, et al. Celiac disease: A disease with varied manifestations in adults and adolescents. *Journal of Digestive Diseases* 2013;14: 518–525

Chiu C, Hearn N, Lind J. Development of a Risk Score for Extraintestinal Manifestations of Coeliac Disease. *Medicine* 2016;95(15):1-6.

Campo C, Alonso R, Montero M, et al. Enfermedad celíaca del adulto: estudio de 21 casos y revisión de la bibliografía. *Gastroenterol Hepatol* 2001;24:236-239.

Tortora R, Capone P, De Stefano G, et al. Metabolic syndrome in patients with coeliac disease on a gluten-free diet. *Aliment Pharmacol Ther* 2015; 41: 352–359.

Moscoso F, Quera R. Enfermedad celíaca: revisión. *Rev. Med. Clin. Condes* 2015; 26(5):613-627.

Bakker S, Tushuizen M, Von Blomberg B, et al. Screening for coeliac disease in adult patients with type 1 diabetes mellitus: myths, facts and controversy. *Bakker et al. Diabetol Metab Syndr* 2016; 8: 1-10.

Kalaydjian A, Eaton W, Cascella N, et al. *The gluten connection: the association between schizophrenia and celiac disease. Acta Psychiatr Scand* 2006; 113: 82–90