



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
“Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico (2016–2017)

Trabajo Fin de Grado

**“Enfermedad celiaca: detección,
tratamiento, cuidados que precisa y
patologías asociadas”**

(Revisión Bibliográfica)

Alumna: Lucía Porrero de Prado.

Tutora: D^a. Imelda Abarquero Abarquero.

Julio, 2017

ÍNDICE

1. Abreviaturas	3
2. Resumen	4
3. Abstract	5
4. Introducción	6
¿Qué es la enfermedad celiaca y cómo se desarrolla?	6
Epidemiología	8
Clasificación	9
Detección de la enfermedad celiaca, protocolo de actuación en Atención Primaria	9
Tratamiento y cuidados	13
Patologías asociadas a la enfermedad celiaca	
4.1. Justificación	15
4.2. Objetivos	16
5. Material y Métodos	17
6. Resultados	21
6.1. Tratamiento	21
6.2. Enfermedad celiaca en asociación con otras patologías	22
7. Discusión	26
8. Conclusiones	28
9. Bibliografía	29

1. Abreviaturas:

EC: Enfermedad Celiaca

AT: Atención Primaria

d.C: Después de Cristo

AAAtTG: Anticuerpos Antitransglutaminasa Tisular Humana

AGA: Anticuerpos Antigliadina

EMA: Anticuerpos Antiendomiso

RAE: Real Academia Española

FACE: Federación de Asociaciones de Celiacos en España

HLA: antígenos leucocitarios humanos

DQ2: Halotipo DQ2

DQ8: Halotipo DQ8

DM: Diabetes Méllitus

DH: Dermatitis Herpetiforme

2. RESUMEN

Introducción: La prevalencia de la enfermedad celiaca ha crecido notablemente, junto a ella las complicaciones que derivan y las patologías que van asociadas, considerándose pues una enfermedad emergente. La detección precoz de dicha patología es importante ya que con un control precoz de la enfermedad se atenúan las complicaciones además de llevar un mejor control de patologías que se asocian con ella.

El fin de esta revisión bibliográfica es conocer la enfermedad celiaca, incluyendo detección, tratamiento, complicaciones y dando una visión general de las patologías asociadas más relevantes.

Material y métodos: Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica, se ha realizado una búsqueda con diferentes herramientas electrónicas, para ello se han utilizado diferentes tesauros como “enfermedad celiaca”, “cuidados”... seleccionando finalmente los documentos más relevantes para la ejecución del trabajo.

Resultados y discusión: La detección precoz de la Enfermedad Celiaca es clave para minimizar las complicaciones que se generan con un mal control de la patología, asimismo mejorar la sintomatología de las patologías que van asociadas a ella. El único tratamiento eficaz para la Enfermedad Celiaca es una estricta dieta sin gluten.

Conclusiones: No hay discrepancias en que la enfermedad celiaca es una patología emergente y que cada vez cobra más importancia en la sociedad, debido a la morbi-mortalidad que la rodea. El único tratamiento es un exhaustivo control de la dieta en los individuos que la padecen, sin embargo, en individuos sanos no produce ningún beneficio la retirada del gluten de la dieta.

Palabras clave: Enfermedad Celiaca, Patologías, Cuidados, Detección.

3. ABSTRACT

Introduction: The prevalence of celiac disease has grown markedly, along with the complications that derive from it and the associated pathologies, being considered an emerging disease. The early detection of this pathology is important because with an early control of the disease, complications are attenuated as well as better control of pathologies associated with it.

The purpose of this literature review is to know celiac disease, including detection, treatment, complications and giving an overview of the most relevant associated pathologies.

Material and methods: In order to carry out this bibliographic review, a search has been made with different electronic tools, for which different thesauri have been used as "celiac disease", "care" ... finally selecting the most relevant documents for the execution of the work .

Results and discussion: Early detection of Celiac Disease is key to minimize the complications that are generated with poor control of pathology, in order to improve the symptomatology of the pathologies associated with it. The only effective treatment for Celiac Disease is a strict gluten-free diet.

Conclusions: There are no discrepancies in which celiac disease is an emerging pathology that is becoming more important in society due to the morbidity and mortality that surrounds it. The only treatment is an exhaustive control of the diet in the individuals who suffer it, however in healthy individuals it does not produce any benefit the gluten withdrawal of the diet.

Key words: Celiac Disease, Pathologies, Care, Detection.

4. INTRODUCCIÓN

En la actualidad la enfermedad celiaca y las patologías que van asociadas a ella han tomado gran relevancia. Debido a que se trata de una enfermedad crónica es fundamental su precoz detección para controlarla y, con ello, evitar daños, los cuales van en progresión generando problemas en ocasiones de gran severidad.

La palabra celiaco proviene del latín coeliacus y del griego koiliacos, los primeros textos encontrados datan del siglo II d.C describiéndose en ellos una patología de características parecidas a la enteropatía por sensibilidad al gluten.

Desde la descripción de la enfermedad en 1950, los criterios diagnósticos han variado, en 2012 la ESPGHAN (The European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition) afirma que la Enfermedad Celiaca además de una enteropatía producida por el gluten es un trastorno a nivel sistémico en el que participa el sistema inmunológico, por todo ello los factores que influyen en el desarrollo de ésta son:

- Sintomatología clínica gluten-dependiente
- Anticuerpos específicos de Enfermedad Celiaca
- Individuo genéticamente predispuesto (halotipos HLA, DQ2 y DQ8)
- Una enteropatía de diferente grado (clasificación de Marsh para lesiones del intestino delgado)¹

• ¿Qué es la enfermedad celiaca y cómo se desarrolla?

La celiaquía es una patología que cursa con una intolerancia permanente a las proteínas del gluten del trigo (gliadina), del centeno (secalina), de la cebada (hordeína) y del triticale (híbrido de trigo y centeno). El desencadenante de la

enfermedad es desconocido, aunque contribuyen factores genéticos (HLA, DQ2 y DQ8), ambientales (gluten) e inmunológicos².

“El gluten es una proteína amorfa que se encuentra en la semilla de muchos cereales (trigo, cebada, centeno, espelta, triticale y posiblemente avena) combinada con almidón. Representa un 80% de las proteínas del trigo y está compuesta de gliadina y glutenina.” (FACE, Federación de Asociaciones de celíacos de España)³.

La ingestión de estos cereales, de alimentos que los contengan o hayan sido contaminados por los mismos, desencadena en la persona una serie de síntomas de diferente gravedad y progresión, muchos de ellos debidos a la lesión que se produce en las vellosidades intestinales, que incluso puede producir la atrofia de las mismas, teniendo como grave consecuencia la malabsorción de los nutrientes.

Cuando la mucosa intestinal de un individuo susceptible se pone en contacto con el gluten, se produce la aparición de un daño el cual puede ser de diversa magnitud, desde un aumento de la población linfocitaria hasta la atrofia de las vellosidades. Los síntomas van desde estados de déficit de nutrientes, anemia, osteoporosis, osteopenia, etc., además de diversos síntomas digestivos y extra-digestivos.

La sintomatología se pone de manifiesto en función de diferentes aspectos como puede ser la edad del individuo, la cantidad de gluten que ingiera, el grado de sensibilidad que tenga, etc.

Síntomas digestivos: diarrea, anorexia dolor y distensión abdominal, hábito intestinal irregular, aftas orales, defectos del esmalte dental, etc.

Síntomas extra-digestivos: irritabilidad, apatía, tristeza, retraso ponderoestatural, anemia ferropénica, cefalea, artralgias, dermatitis atópica, irregularidades menstruales, osteoporosis, infertilidad y abortos, epilepsia, hipertransaminasemia, anemia ferropénica, parestesias, etc.^{2,4,5}

- **Epidemiología**

En la actualidad la Enfermedad Celiaca ha aumentado notablemente teniendo en una prevalencia entorno al 1% de la población general, afecta tanto a niños como adultos (Tabla 1).

País	Método de Cribado	Tamaño muestral	Prevalencia
Italia	AGA, EMA	3351	1:328
Irlanda del Norte	AGA, EMA	1823	1:122
Finlandia	EMA	1070	1:130
Holanda	EMA	6127	1:198
Sáhara	EMA	989	1:18
España	AGA, EMA	1170	1:389 (pobl. Gral.) 1:118 (niños)
Australia	EMA	3011	1:251
Suecia	tTGA, EMA	1850	1:205
Argentina	AGA, EMA	2000	1:167
Brasil	EMA	2371	1:183
EE.UU.	AGA, EMA	4126	1:133
Inglaterra	EMA	7550	1:87
Holanda	EMA	1440	1:288
Irán	EMA	2799	1:104

Tabla 1. Prevalencia de la enfermedad celiaca en diferentes países y áreas geográficas.

AGA.- Anticuerpos anti gliadina. EMA.- Anticuerpos anti endomisio. tTGA.- Anticuerpos antitransglutaminasa 2 tisular.⁶

Diversos estudios afirman que es más frecuente en mujeres que en hombres.

La prevalencia en la población mundial ronda en 1/266, siendo más frecuente la patología en Europa y países habitados de personas con raíces europeas, como en los Estados Unidos de Norteamérica.

La prevalencia en España, según varios estudios. va desde 1/118 en niños y 1/389 en personas adultas.^{2,5,7,8}

- **Clasificación**

La enfermedad celiaca se clasifica según su forma clínica en:

- Enfermedad celiaca clásica: es característica por el desarrollo de síntomas de malabsorción, anticuerpos séricos positivos y atrofia grave de las vellosidades. Los individuos padecen síntomas tanto digestivos como extra - digestivos.
- Enfermedad pauci o monosintomática: en la actualidad es la forma más común. Puede cursar con sintomatología digestiva y extra - digestiva.
- Enfermedad celiaca silente: no se manifiesta clínicamente, pero, sin embargo, produce lesiones histológicas.
- Enfermedad celiaca latente: en estos individuos la mucosa duodenoyeyunal es normal, aunque tomen gluten en su dieta, pero en algún momento presentarán o han presentado características propias de la enfermedad celiaca.
- Enfermedad celiaca potencial: estos individuos no presentan la enfermedad, pero por sus características genéticas o inmunológicas tienen riesgo potencial de padecerla.
- Enfermedad celiaca refractaria: pacientes que padecen la enfermedad, además es verificada histológicamente y su sintomatología no remite después de haber retirado de su alimentación el gluten durante un periodo mínimo de 6 meses.^{2,7,8}

- **Detección de la enfermedad celiaca y protocolo de actuación en Atención Primaria**

La detección precoz de la EC es vital para que se inicie el tratamiento lo antes posible con el fin de que desaparezca la sintomatología y prevenir las futuras complicaciones.

Dependiendo de la edad de inicio las manifestaciones son diferentes, en edad pediátrica son más habituales los síntomas intestinales, el retraso en el crecimiento, anorexia, etc. en la adolescencia se producen anemias severas, retraso en el desarrollo, etc.; en la edad adulta son más comunes los síntomas extra-digestivos.

Se ha de tener en cuenta que hay grupos de riesgo en los cuales la probabilidad de desarrollar EC es mucho mayor que en la población general, por ejemplo, los familiares de primer grado, algunas cromosopatías, algunas enfermedades autoinmunes, síndrome del intestino irritable, etc.

En el diagnóstico de la EC participan varios factores (valoración multifactorial)

- Historia clínica
- Análisis serológico
- Visualización endoscópica
- Análisis histológico

La primera valoración se centra en la identificación de síntomas y signos de la patología en el paciente y si este tiene predisponibilidad genética para padecer la enfermedad o padece una o varias patologías que se relacionan con la enfermedad celiaca.

Los marcadores séricos son muy útiles a la hora de verificar la EC puesto que tienen una gran fiabilidad, estos son:

- Anticuerpos Antigliadina (AGA) son los de primera elección y tienen preferencia en el diagnóstico en niños por tener mayor fiabilidad en ellos que en adultos.
- Anticuerpos Antiendomiso (EMA) varían según la edad del paciente, por ello, su determinación e interpretación es mucho más costosa.
- Anticuerpos Antitransglutaminasa tisular humana de clase IgA (AAtTG) los más fiables, en la actualidad son los de elección en el cribado de detección de la EC.

En la siguiente tabla se muestra la sensibilidad y eficacia de los anticuerpos a la hora del diagnóstico de la EC.

ANTICUERPOS	SENSIBILIDAD (%)	ESPECIFICIDAD(%)
Antigliadina	75-90	82-95
Antiendomiso	85-98	97-100
Antitransglutaminasa	90-98	94-97

Tabla 2: Eficacia de los anticuerpos séricos de clase IgA considerados en el diagnóstico de la EC.

Teniendo en cuenta los resultados serológicos se tomará un camino u otro.

Si la serología es positiva y con cifras muy elevadas, es indicativo de lesiones histológicas avanzadas, además, si va acompañado de síntomas indicativos de EC debe realizarse una biopsia intestinal. Si la serología es negativa, pero hay clara evidencia clínica solo con la prueba serológica no queda excluida la enfermedad, si la sintomatología y los signos son de manifiesta claridad ha de remitirse al paciente para seguir con un estudio más especializado.

La determinación genética es un punto muy importante, ya que está constatado que casi la totalidad de los celíacos son HLA-DQ2-DQ8 positivos. Por ello, el estudio genético es una prueba excluyente de la EC con un 99% de fiabilidad.

La prueba de clave para el diagnóstico de la enfermedad celíaca sigue siendo la visualización endoscópica del intestino y la biopsia duodenoyeyunal.

Antes de la retirada del gluten en la dieta se debe verificar la patología mediante ello. En la biopsia se han de tomar al menos 4 muestras de tejido para su análisis histológico, debido a que las lesiones del intestino pueden ser parcheadas.

Para el análisis del resultado de la biopsia se utiliza la clasificación Marsh de lesiones del intestino delgado cuyos criterios anatomopatológicos son los siguientes:

- Marsh 0: mucosa periinfiltrativa, mucosa del intestino delgado normal.

- Marsh 1: se detecta un incremento en el número de linfocitos intraepiteliales
- Marsh 2: Hiperplasia de criptas además de un incremento del número de linfocitos intraepiteliales.
- Marsh 3: se produce una atrofia vellositaria que puede cursar con varios grados parcial, subtotal o total.
- Marsh 4: presenta hipoplasia de las células, el grado de afectación es muy severo pudiendo incluso desarrollar complicaciones malignas.

A continuación, se muestra imagen con los distintos grados de lesión.

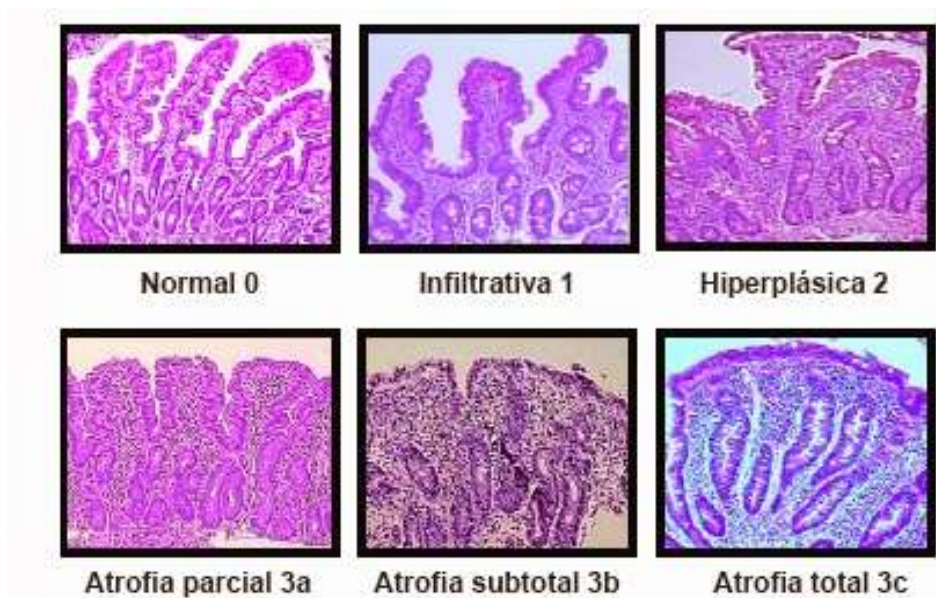


Figura 1. Clasificación de Marsh de las lesiones del Intestino Delgado⁸

Cabe destacar que para el diagnóstico de la EC hay que descartar otras patologías como son:

- La sensibilidad al gluten no celíaca en la cual hay signos y síntomas causados por el gluten, pero se ha descartado la EC. Su clínica es indistinguible con la de la EC, aunque predominan más las afectaciones extra - digestivas. La prevalencia es del 6%, un 5% más que la de la enfermedad celiaca.
- Alergia al trigo reacción de hipersensibilidad al trigo medida por la Inmunoglobulina E (IgE). Los efectos se desencadenan en minutos o horas tras la ingesta de trigo, la vía de contacto puede ser respiratoria,

digestiva o cutánea. La prevalencia es de un 10%, diez veces más que la EC.

El punto clave para el diagnóstico de sospecha en AT es la valoración de la historia clínica y el examen físico, para ello hay que tener claros los patrones de presentación de la EC, incluyendo las presentaciones asintomáticas ya que estas son las más complicadas de diagnosticar. Es importante también tener en cuenta los grupos de riesgo (familiares de primer grado, determinadas enfermedades autoinmunes, cromosopatías, etc.) .Un estudio serológico negativo no es excluyente de la patología.

Siempre que haya sospecha de EC, se debe cursar una analítica de anticuerpos Antitransglutaminasa Tisular Humana de clase IgA (AAAtTG).^{2,5,9}

Tratamiento y Cuidados

El tratamiento se basa en la eliminación total del gluten en la dieta, evitando todos los alimentos que contengan trigo, cebada y centeno para toda la vida además de extremar las precauciones a la hora de la contaminación cruzada.

Es muy importante la educación sanitaria y la concienciación del paciente de la importancia del tipo de alimentación que ha de seguir. Debido a que hay manifestaciones de EC asintomáticas, hay que dejar claro al paciente que, aunque no padezca síntomas, si ingiere gluten se produce daño en las vellosidades intestinales igualmente.

Hay que tener en cuenta que dependiendo de la edad del paciente hay que tratar actuar de un modo u de otro, teniendo en cuenta que la enfermedad se manifiesta tanto en niños, como adolescentes o adultos y la manera de abordar la situación en cada una de ellas es diferente.

Además de la orientación de la enfermera o el médico, existen asociaciones de celíacos por toda España, que dan información detallada y actualizada sobre alimentos, listados de marcas, etc., además organizan coloquios, congresos, publicaciones, con el fin de aportar la mayor información posible al paciente. El

seguimiento al paciente se suele hacer cada 3 o 6 meses, hasta que todos los marcadores están controlados y desaparece la sintomatología. Tras un periodo de tiempo de evolución positivo se realiza otra biopsia de control para confirmar la mejoría, el seguimiento médico es de por vida, aunque en repetidas revisiones quede constancia de que la enfermedad está controlada.

¿En qué consiste una dieta sin gluten?

- Eliminación total y de por vida del gluten en la dieta, eliminando por ello de la dieta cualquier alimento que contenga trigo, centeno, cebada, triticale o avena.
- Evitar los productos procesados o manufacturados, ya que se suelen producirse contaminaciones cruzadas en su elaboración.
- Asegurarse que los alimentos enlatados no contengan ninguno de los siguientes almidones modificados (E-1404, E-1410, E-1412, E-1413, E-1414, E-1420, E-1422, E1440, E-1442, E-1450).
- Evitar el consumo de productos que no estén debidamente etiquetados. Todos los productos sin gluten han de llevar en su formato el siguiente símbolo (Figura 2 y 3):



Figura 2: Símbolo internacional Sin Gluten³

(Este anagrama se encuentra regulado por la Asociación de Celiacos Europeos, actualmente todas las industrias que deseen utilizar este símbolo deben certificarse en el "Sistema de Licencia Europeo", además, para que tenga validez el anagrama debe ir acompañado del número de registro concedido por la asociación y una de las expresiones "OATS" (producto que contiene avena pura), "100" (producto contiene hasta 100 mg/kg ppm, y no contiene avena) o "100/OATS" (el producto contiene hasta 100 mg/kg ppm de gluten y avena pura).



Figuras 3. Anagrama de FACE. Libre de Gluten.³

(Esta marca garantiza que el nivel máximo de gluten admitido en el producto final es de 10mg/kg (ppm) y está controlado estrictamente por laboratorios acreditados según la norma ISO 17025 para el análisis de gluten)

- Cuando se tomen alimentos manipulados en bares y restaurantes asegurarse que dichos establecimientos cuentan con las certificaciones oficiales para poder garantizar un servicio adecuado y fiable.
- No cocinar alimentos en aceites en los cuales no se garantice que antes no se ha cocinado algún alimento que contenga gluten o contaminado.
- Ante la duda de si un alimento contiene gluten o no, mejor no consumirlo.

Hay que tener en cuenta que los celíacos no pueden tomar cualquier medicamento ya que algunos de ellos tienen gluten en su composición, por ello hay que verificar su composición antes de proceder a su administración.^{2,8,10}

• **Patologías asociadas a la Enfermedad Celíaca**

Las patologías asociadas a la EC son 10 veces más frecuentes que en la población general, algunas de ellas son Diabetes Mellitus insulino-dependiente (Tipo 1), enfermedades tiroideas (hipo e hipertiroidismo), síndrome de Sjögren, enfermedad de Addison, enfermedades hepáticas autoinmunes (hepatitis autoinmune, cirrosis biliar primaria y colangitis autoinmune), miocardiopatía dilatada, artritis reumatoide y diversos procesos neurológicos, con frecuencia se produce primero el diagnóstico de una o varias patologías, ya que en ocasiones la EC se manifiesta de manera asintomática.

Existen evidencias de que el desencadenante del desarrollo de diversas enfermedades autoinmunes es la EC. Diversos estudios muestran que la

detección temprana de la enfermedad celiaca puede evitar la aparición de algunas enfermedades autoinmunes.

Grupos de riesgo y enfermedades asociadas con la Enfermedad Celiaca

- Familiares de primer grado
- Síndromes de Down y Turner
- Deficiencia selectiva de IgA
- Enfermedades Endocrinas: Diabetes Méllitus tipo 1, Procesos tiroideos autoinmunes, Alopecia areata.
- Enfermedades Neurológicas: Ataxia cerebelosa, Epilepsia, Polineuropatía desmielinizante, Esclerosis múltiple.
- Enfermedades Hepáticas autoinmunes: Cirrosis biliar primaria, Hepatitis autoinmune, Colangitis Autoinmune, Hipertransaminasemia idiopática.
- Enfermedades Reumáticas: Artritis Reumatoide, Síndrome de Sjögren, Espondilitis anquilosante, Sacroileitis.
- Enfermedades Cardíacas: Miocardiopatía dilatada, Miocarditis autoinmune.
- Enfermedades Cutáneas: Dermatitis herpetiforme, Psoriasis, Vitíligo.
- Otras: Anemia ferropénica, Osteoporosis, Fracturas frecuentes, Infertilidad y abortos de repetición, Amenorrea, Defectos del esmalte dentario, Depresión y ansiedad, Síndrome de astenia crónica, Fibromialgia.^{2,5,8}

2.1 Justificación

Debido al aumento de la prevalencia en la población general de la patología celiaca (llegando en algunos países a ser el 1%), considerándose una enfermedad emergente, y teniendo en cuenta las repercusiones que tiene en la salud, es de vital importancia su detección precoz, en donde enfermería tiene un papel muy destacado.

2.2 Objetivos

General:

Motivar la importancia de la detección precoz de la Enfermedad Celiaca, y la repercusión en cuanto la morbi-mortalidad en los pacientes celíacos.

Específico:

Conocer el tratamiento dietético y los cuidados en el paciente con enfermedad celiaca.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

En este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica con el fin de dar una visión general de la Enfermedad Celiaca, englobando en ella cómo se detecta, cuidados que precisa, las principales patologías asociadas y la importancia de una precoz detección con el fin de minimizar la morbilidad y mortalidad de la misma.

La búsqueda bibliográfica se realizó entre marzo y abril, posteriormente en mayo se analizaron los resultados.

En esta revisión se han incluido estudios de las principales bases de datos tanto nacionales como internacionales, repositorios, además de páginas web específicas como FACE (www.celiacos.org) y ACECALE (Asociación de Celiacos de Castilla y León), www.madrid.org, en las cuales podemos encontrar información variada y fiable sobre la Enfermedad Celiaca.

Tras especificar el tema sobre el que se va a realizar la revisión, se comienza la búsqueda, para ello se extraen los conceptos principales y, mediante ellos, los descriptores de ciencias de la salud que se van a utilizar para la búsqueda, los cuales se han utilizado tanto en español (MeHS) como en inglés (DeSH) (Tabla 3). Los operadores booleanos utilizados han sido “and” y “or”.

Descriptores de Ciencias de la Salud (DecS)	Medical Subject Headings (MeSH)
Enfermedad Celiaca	Celiac Disease
Patologías	Pathology
Cuidados	Care
Detección	Detection

Tabla 3: Descriptores de Ciencias de la Salud y Medical Subject Headings.

Las bases de datos donde se realizó la búsqueda son:

- Pubmed
- Scielo

- Google académico

También se realizó una búsqueda en la base de datos Lilacs y Fistera, pero no se seleccionó ningún documento por no resultar interesante para dicho trabajo.

Antes de comenzar la búsqueda se han fijado unos criterios de exclusión e inclusión, los cuales son:

Criterios de inclusión:

- Trabajos comprendidos entre 2000 y la actualidad.
- Trabajos referidos solamente de la especie humana.
- Trabajos del tema a desarrollar en el estudio.
- Artículos de consulta gratuita.
- Artículos cuyo idioma sea español o inglés.

Criterios de exclusión, todos aquellos que no cumplan los criterios de inclusión.

En la base de datos Scielo, utilizando las palabras clave Enfermedad Celiaca, además de los criterios antes mencionados, y seleccionamos solo artículos en español como resultado obtenemos 81 artículos, de los cuales seleccionamos 9 para obtener información en nuestro trabajo.

En Pubmed, como palabras clave usamos Celiac Disease (enfermedad celiaca), Pathology (patología), Detection (Detección), como operadores se utilizaron “or” y “and”, además de los criterios de inclusión nombrados anteriormente, obteniendo 2945 ítems, para acortar más aplicamos el filtro de tiempo seleccionando artículos de los últimos 5 años obteniendo así 435 artículos, de los cuales seleccionamos 11 para el estudio.

En la base de datos Google Académico, las palabras clave seleccionadas son Enfermedad Celiaca, utilizando además los criterios de inclusión como resultado obtenemos 6570 ítems, para acortar resultados aplicamos los filtros de artículos desde 2013 y páginas en español, como resultado se obtuvieron 13 artículos de los cuales seleccionamos 4.

De todos los textos seleccionados para esta revisión se escogió la información más relevante y concluyente, para la realización de esta revisión.

Como limitaciones en la búsqueda encontramos que hay pocos documentos sobre la enfermedad celiaca en población adulta, debido a que es una enfermedad emergente en dicha población, sin embargo, sí encontramos diversidad de estudios en la población infantil.

6. RESULTADOS

Tras revisar todos los artículos seleccionados para el trabajo concluimos que la EC tiene una prevalencia del 1% en la población general, siendo más común en mujeres que en hombres con una diferencia de 4:1. Es una patología de afectación multisistémica, cuyo mecanismo es de carácter inmunológico. Siempre que se detecta un individuo con EC, todos los estudios revisados coinciden en que se ha de realizar un estudio a los familiares de primer grado de consanguinidad, debido a la influencia genética de esta patología, entre un 10-20% padecen la EC de forma subclínica o silente.^{2,5,7,8}

Hay que tener en cuenta que una de las posibles manifestaciones de la enfermedad celiaca es asintomática, siendo más complicado por ello su diagnóstico, pero no menos importante, ya que el daño en las vellosidades intestinales se produce de igual manera que en las manifestaciones sintomáticas de la enfermedad.^{1,2,5,8,11,19}

A la hora de diagnosticar la EC, todos los estudios y casos clínicos coinciden en que la biopsia intestinal sigue siendo la prueba principal, aunque no es necesario realizarla en todos los casos, ya que, cuando los marcadores séricos dan positivo, es seguro el diagnóstico, pero se realiza la biopsia para comprobar la magnitud del daño de las vellosidades intestinales.^{1,2,8,10,11,20}

En 2010 en cinco centros de Salud de Toledo se realizó un estudio, de cribado en niños de dos años, con el fin de conseguir una detección precoz de EC, mediante un test rápido de AAtTG, el cual se realiza con una punción digital y determinación en sangre venosa de AAtTG e Ig G, consiguiéndose detectar la patología en tres de cada cien niños, los cuales se derivaron al Servicio de Digestivo correspondiente.¹⁸

4.1 Tratamiento

La totalidad de los estudios, revisiones bibliográficas, artículos, etc., seleccionados para este trabajo coinciden en que el único tratamiento eficaz para combatir la EC es una dieta estricta sin gluten. La principal causa de recaídas en la EC es el incumplimiento de la dieta estricta, asimismo, que la

recuperación de las vellosidades intestinales tanto funcional como anatómica se produce a los 2 años aproximadamente tras la realización de un tratamiento adecuado.

Estudios demuestran que introducir los alimentos con gluten antes de los 6 meses provoca un aumento de la incidencia de la enfermedad, y la introducción después de los 2 años sí aumenta la incidencia por pérdida de la tolerancia a los antígenos del gluten.^{1,2,11,12, 21}

4.2 Enfermedad celiaca en asociación con otras patologías.

Todos los estudios revisados están de acuerdo en que uno de los principales nexos de unión entre la EC y las enfermedades autoinmunes que frecuentemente coexisten con ella, lo constituye su asociación con determinadas variantes en los genes del complejo mayor de histocompatibilidad que codifican antígenos leucocitarios humanos. En el caso de la EC hay una asociación de HLA, DQ2 y DQ8.^{1,2,5,8,11,12}

La información analizada en *“El libro blanco de la Enfermedad Celiaca”*, estima que entre un 14 y 30% de los pacientes celíacos presentan al menos una patología asociada enfermedad celiaca.⁸

Enfermedad celiaca asociada con Diabetes Méllitus tipo 1

La prevalencia de EC en pacientes pediátricos con DM tipo 1 se ha estimado entre el 3 y el 6%, generalizando otros estudios citan que la prevalencia oscila entre 3-10% en niños y el 2-5% en adultos.^{2,8,11}

El estudio transversal, observacional y descriptivo realizado por Sociedad Paraguaya de Medicina Interna en 2102, concluye que la mayoría de los pacientes con DM1 padecen EC de manera clínica o subclínica, a pesar de ello, no padecen ningún síntoma de mala absorción o, si lo padecen, es leve. En cuanto al control glucémico no ha sido demostrado que sea peor en pacientes con EC, con respecto a la tendencia a sufrir hipoglucemias, los pacientes con EC sintomática debido a la mala absorción de nutrientes tienen una incidencia mayor que los que padecen sólo DM sin asociación a EC.¹³

Enfermedad celiaca en asociación con patologías hepáticas

Las manifestaciones hepáticas en los pacientes con EC son de gran amplitud, tienen un riesgo de entre 2 y 6 veces mayor que en la población normal. Un estudio sueco demostró que los pacientes con EC tienen mayor riesgo de padecer patologías hepáticas, así como las personas que padecen patologías hepáticas tienen mayor riesgo a padecer EC.

La enfermedad celiaca causa elevación de las transaminasas, entre un 5 y 10% de los pacientes con elevación crónica presentan EC. Dicha asociación se da tanto en niños como adultos.

Estudios demuestran que pacientes con EC tienen una mayor incidencia de padecer cirrosis biliar primaria, así como que, tras llevar correctamente una dieta sin gluten, no modifica el desarrollo de dicha patología.

La prevalencia de la EC en individuos que padecen hepatitis crónica autoinmune está en el 4%, afectando por igual a adultos y niños; mientras que los pacientes con EC son 6 veces más propensos a padecer una hepatitis crónica autoinmune con respecto a la población en general. La detección de hepatitis crónica autoinmune es anterior al diagnóstico de EC, y la mayoría padecen una EC asintomática. La asociación de estas dos patologías viene dada porque comparten genes que codifican el antígeno HLA de la clase II. Por ello está recomendada la realización de un cribado de EC en pacientes con Hepatitis crónica autoinmune y a la inversa también. Asimismo, la instauración de una dieta sin gluten no mejora el daño hepático.

Estudios demuestran que, cuando el fallo hepático se produce de una forma aguda, al llevar a cabo una estricta dieta sin gluten, se origina una mejoría muy rápida de la función hepática. ^{8,11,14}

Enfermedad Celiaca en asociación con patologías cutáneas

La Dermatitis Herpetiforme es la manifestación cutánea por excelencia de la EC, relacionándose fuertemente ambas con los halotipos HLA- DQ2 y DQ8. Se estima que, al menos, un 5% de pacientes con EC desarrollarán DH a lo largo de su vida. Se presenta tanto en niños como adolescentes y adultos, pudiendo

desarrollarse a cualquier edad, aunque tiene una mayor incidencia de aparición en los adultos jóvenes, además de presentar mayor prevalencia en el sexo masculino, estos individuos no presentan síntomas típicos de EC del tracto digestivo, pero si tienen daño intestinal, asimismo, todos los pacientes con DH presentan sensibilidad al gluten.¹⁵

También es común la Psoriasis con una prevalencia de entre el 10-30%. El vitíligo y la alopecia areata son comunes también, aunque con una prevalencia menor a las anteriores.^{2,8,12, 22}

Enfermedad celiaca en asociación con la patología pancreática

La vinculación de la EC con la pancreatitis aguda, pancreatitis crónica e insuficiencia pancreática tienen una prevalencia muy elevada en comparación con la población general. En los casos de pancreatitis aguda es muy importante la detección precoz de la EC con el fin de instaurar una adecuada dieta y, con ello, prevenir otro futuro episodio de pancreatitis.

En cuanto a la pancreatitis aguda recidivante hay que destacar que, siendo una de las asociaciones más frecuentes con EC, puede derivar en formas más graves y complicadas.¹⁶

Enfermedad celiaca en asociación con las patologías inmunológicas y neurologías

Encontramos un gran abanico de enfermedades mediadas inmunológicamente que han sido relacionadas con la EC, y demostradas significativamente, por ejemplo, el Síndrome de Sjögren, Lupus eritematoso, anemias, hipoparatiroidismo idiopático, Enfermedad de Addison, artritis reumatoide.

La esquizofrenia y epilepsia tienen una prevalencia mucho mayor que en la población general. La cefalea es muy común en los pacientes celiacos, las migrañas tienen una prevalencia 4,4% mayor que en la población general

Otras asociaciones como, por ejemplo, Síndrome de Down con un porcentaje superior al 12-16 % con la EC.^{2,8}

En cuanto a las neoplasias, el paciente celiaco es 1,29 veces más predispuesto a padecer una, siendo las que con mayor frecuencia se manifiestan con la EC el Linfoma T intestinal y en segundo lugar el adenocarcinoma de intestino delgado; también son relevantes los carcinomas de esófago y faringe. El Linfoma de Hodgkin cursa con un riesgo 11 veces mayor en personas con EC.^{11,17}

7. DISCUSIÓN

Analizando la incidencia y prevalencia de la enfermedad celiaca, se observa que, a pesar de ser una patología emergente, no se le da la importancia necesaria a la hora de su diagnóstico, ya que es un porcentaje muy pequeño el número de casos diagnosticados comparado con el número de casos que se estima que hay en la población general. Parte de ello puede ser debido al desarrollo asintomático de la enfermedad en muchas ocasiones; muchos autores lo denominan el iceberg de la enfermedad celiaca.

Teniendo en cuenta que se dan periodos de tiempo en ocasiones muy largos entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico de la EC, se subestima la prevalencia de la patología. Su detección tardía se relaciona directamente con la aparición de complicaciones y la magnificación de las mismas.

Todos los estudios revisados coinciden en que el 1% de la población general padece Enfermedad Celiaca, y no se encuentran discrepancias en la relación de asociación con las demás enfermedades citadas en el apartado de patologías asociadas, además de coincidir en que la detección precoz de la enfermedad celiaca y la puesta en marcha del tratamiento lo más rápido posible mejoran la morbi-mortalidad de la enfermedad celiaca en asociación con otras enfermedades.

No se encuentran contrariedades en la bibliografía revisada en cuanto a las patologías asociadas con la enfermedad celiaca y la aparición de las mismas con simultaneidad.

Se estima que para el año 2020 habrá en el mundo 5 millones de celíacos, lo que supone un importante aumento en los gastos sanitarios derivados de ello. Según los criterios de la OMS la EC cumple las características suficientes para que se ponga en marcha un plan de cribado poblacional. ^{2,5, 8,11,12}

Povedano Jiménez, M. en su publicación “Celiaquía y Enfermería” de 2012, considera que la mayor dificultad que presenta este tipo de pacientes es la falta de información, tanto para él como para su familia y entorno; y, aunque el sistema sanitario debería ser el primer referente, aún existen carencias, tanto

en el cribado de la enfermedad, como en la formación escasa del profesional de enfermería. Asimismo, apunta que una adecuada educación sanitaria, no sólo desde los centros de salud, sino también desde el ámbito escolar, ayudaría al manejo de la enfermedad y a la divulgación de la misma a la sociedad.²³

Alonso Benedí, AM. y col., en el artículo publicado en 2014 "*Protocolo para la detección precoz en la enfermedad celíaca*", también señalan que, aunque no se realiza el cribado sistemático en la población general, cada vez son más los estudios que lo recomiendan, dado que esta patología reúne muchos de los requisitos establecidos por la OMS, por lo que podría considerarse una actividad recomendable de Salud Pública. Además, manifiestan que España se adelantó a otros países en la puesta en marcha en 2008 de un "Plan de Apoyo a las Personas con Intolerancia al Gluten" en el que está incluido un protocolo de detección precoz de esta enfermedad.²⁴

8. CONCLUSIONES

- La Enfermedad Celiaca es una patología emergente, y que en la última década ha cobrado mucha importancia debido a las patologías que se asocian a ella y las consecuencias que acarrearán, por ello es vital la detección precoz y la instauración lo más rápido posible del tratamiento.
- En la población infantil si se realizan pruebas y cribados de detección cuando se dan una serie de signos y síntomas, pero en la población adulta no, incluso aunque se dé una o varias enfermedades autoinmunes simultáneamente que estén relacionadas con la EC.
- El único tratamiento efectivo es la correcta dieta sin gluten, excluyendo de por vida todo lo que contenga gluten y poniendo especial cuidado con la contaminación cruzada, y con cualquier producto que no esté debidamente etiquetado.
- Eliminar el gluten de la dieta sin padecer la enfermedad celiaca se ha puesto de moda en la sociedad, está totalmente contraindicado por los médicos, no produciendo ningún beneficio su retirada en un individuo sano.
- La información y formación del profesional de enfermería sería fundamental para la detección y seguimiento de enfermos celiacos.

9. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Araya M, Bascañán K. Catching up on celiac disease. Rev Chil Pediatr. [revista en Internet] 2014 diciembre. [Acceso 15 Marzo 2017]; 85. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/272518157_Catching_up_on_celiac_disease
- 2.- Ministerio de Sanidad y Consumo 2008. Diagnóstico Precoz de la Enfermedad Celiaca [sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. [Acceso 17 Marzo 2017] Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/Celiaca/enfermedadCeliaca.pdf>
- 3.- Federación de Asociaciones de Celiacos de España. [Acceso 17 Marzo 2017] <http://www.celiacos.org/>
- 4.- Villamil Cajoto I, Capparrini Escondrillas A, Villacián Vicedo MJ, Otero Antón E, González Quintela A. Enfermedad celiaca del adulto - Anales de Medicina Interna [revista en Web]. 2005 noviembre. [Acceso 15 Marzo 2017]; 22(11); 552-553; Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992006000400014
- 5.- Vaquero L, Alvarez-Cuenllas B, Rodríguez-Martín L, Aparicio M, Jorquera F, Olcoz JL, Vivas S. A review of diseases related to the intake of gluten Nutr Hosp [revista en Web]. 2015 Junio. [Acceso 19 Marzo] 2017; 31(6):2359-71. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26040340>
- 6.- Galbe Sánchez-Ventura J. Prevención y cribado de la enfermedad celiaca. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [sede Web]. [Actualizado febrero de 2016. Acceso 19 Marzo 2017]. Disponible en:
<http://previnfad.aepap.org/recomendacion/celiaca-rec>
- 7.- Casellas, J, López Vivancos J. R, Malagelada. Epidemiología actual y accesibilidad al seguimiento de la dieta de la enfermedad celiaca del adulto [revista en Web]. 2006. [Acceso 19 Marzo]. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 26 (3) 799-804. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082006000600002

8.- Vivas Alegre S, Ruiz de Morales JM. Enfermedad celíaca refractaria. In: Conserjería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, editor. Libro blanco de la enfermedad celíaca [revista en Web]. 2008. [Acceso 19 Marzo 2017]. 69-77.

Disponible en:

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DLIBRO+BLANCO+DE+LA+ENFERMEDAD+CELIACA.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271659770620&ssbinary=true>

9.- Navarro E, Araya M. Non-celiac gluten sensitivity: Another condition that responds to gluten. Rev Med Chil [revista en Web]. 2015 Mayo [Acceso 19 Marzo 2017]. 143(5):619-26. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26203574>

10.- Fernández Salazar LI, Torre Ferrera N, Velayos Jiménez B, Nocito Colón M, González Hernández JM, Garrote Adrados JA. Problemas diagnósticos en la enfermedad celiaca del adulto [revista en Web]. 2008 [Acceso 21 Marzo 2017]. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 100(1):24-28 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082008000100005

11.- Moscoso J F, Quera P R. Update on celiac disease. Rev Med Chil [revista en Web]. 2016 Febrero [Acceso 21 Marzo 2017]. 144(2):211-21. Review. Spanish. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27092676>

12.- Cantarero Vallejo M D, Gómez Camarero J, Menchén L, Pajares Díaz JA, Lo Iacono O. Daño hepático y enfermedad celíaca [revista en Web]. 2007 Noviembre [Acceso 24 Marzo 2017]. Revista Española de Enfermedades Digestivas; 99(11): 648-652. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082007001100005

- 13.- Ramírez Benítez A I, Miranda Ojeda C, Ferreira L, Palacios Lugo M C, Jiménez González J T. Enfermedad celiaca y diabetes mellitus tipo 1: asociación y características clínicas [revista en Web]. 2016 [Acceso 24 Marzo 2017]. 55(3) Disponible en: <http://www.revista.spmi.org.py/index.php/rvspmi/article/view/2>
- 14.- Cantarero Vallejo MD, Gómez Camarero J, Menchén L, Pajares Díaz JA, Lo Iacono, O. Daño hepático y enfermedad celíaca [revista en Web]. 2007 Noviembre [Acceso 25 Marzo 2017]. .Revista Española de Enfermedades Digestivas; 99(11):648-652; 2007-11. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082007001100005
- 15.- Sanjinés L, Martínez M, Magliano J. Dermatitis herpetiformis as a presentation of celiac disease [revista en Web]. 2016 Noviembre [Acceso 26 Marzo 2017]. 1(1) Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2993-67972016000100003
- 16.- Rodrigo L, Álvarez N, Riestra S, Francisco R, González Bernardo O, García Isidro L, López Vázquez A, López Larrea C. Pancreatitis aguda recidivante con enteropatía por gluten asociada: Características clínico-analíticas y evolutivas en 34 pacientes [revista en Web]. 2008 Diciembre [Acceso 26 Marzo 2017]. Revista Española de Enfermedades Digestivas; 100(12); 746-751; 2008-12. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082008001200002
- 17.- Baños Madrid R, Mercader Martínez J, Sánchez Bueno F, Bas Bernal A. Complicación asociada a la enfermedad celíaca - Anales de Medicina Interna [sede Web]. 2002 Febrero [Acceso 29 Marzo 2017]. 19(2); 39-42; 2002-02. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v19n2/notacli3.pdf>
- 18.- Cantarero Vallejo M D, Espinosa Rodríguez Y, Márquez Moreno MD, Garde Morales T, Carnero Fernández R, Villaizán Pérez C. C-36. Detección de enfermedad celiaca con test rápido en niños de dos años en Atención Primaria

- Pediatría Atención Primaria [sede Web]. 2011 Noviembre [Acceso 29Marzo 2017]. Disponible en:

<http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/ListaArticulosAutor/IrkOXsWEPfUDzeOgSUYc-2SRftKOefV6OQS06kXKctk>

19.- Martínez de Zabarte Fernández JM, García Romero R, Ros Arnal I, López Campos, M, Ubalde Sainz E. Enfermedad celíaca: ¿qué características tienen nuestros pacientes en el momento del diagnóstico? [revista en Web]. 2016 Junio [Acceso 2 Abril 2017]. Pediatría Atención Primaria; 18(70); 141-149; Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322016000200007

20.- Estefanía Buedo P, Rodrigo Buffone, I. Criterios diagnósticos para la enfermedad celíaca: una revisión actualizada [revista en Web]. 2014 Octubre [Acceso 2 Abril 2017]. Revista Clínica de Medicina de Familia; 7(3); 212-219; 2014-10. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2014000300005

21.- Peteiro-González D, Martínez-Olmos M A, Peinó R, Prieto-Tenreiro AM, Villar-Taibo R, Andujar-Plata P, Guillín-Amarelle C. Enfermedad celíaca del adulto: aspectos endocrinológicos y nutricionales Nutrición Hospitalaria [revista en Web]. 2010 Octubre [Acceso 5 Abril 2017]. 25(5); 860-863. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v25n5/caso1.pdf>

22.- Rubio-Tapia A, Jansson-Knodell CL, Rahim MW, See JA, Murray JA. Influencia del género en la presentación clínica y enfermedades asociadas en adultos con enfermedad celiac [sede Web]. 2016 [Acceso 5 Abril 2017]. Disponible en:

http://www.anmm.org.mx/GMM/2016/s2/GMM_152_2016_S2_38-46.pdf

23.- Povedano Jiménez M. Celiaquía y Enfermería [sede Web]. 2012 [Acceso 19 Abril 2017]. Disponible en:

<https://libroslaboratorio.files.wordpress.com/2012/10/celiaquc3ada-y-enfermerc3ada.pdf>

24. Alonso Benedí, AM, García Catalán N, Rodríguez Aylagas M. Protocolo para la detección precoz en la enfermedad celíaca. [sede Web]. 2014 [Acceso 20 Abril 2017]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/deteccion-precoz-enfermedad-celiaca/>