



Diagnóstico precoz de la  
**enfermedad**  
**CELÍACA**

Gobierno de La Rioja  
[www.larioja.org](http://www.larioja.org)



**EDITA:**

Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Salud y Servicios Sociales de La Rioja

**PROMUEVE:**

Servicio de Promoción de la Salud

**COORDINACIÓN Y REVISIÓN:**

Sección de Programas de Salud del Servicio de Promoción de la Salud  
Servicio de Pediatría, Servicio de Digestivo del Servicio Riojano de Salud (SERIS)

**COLABORA:**

Asociación Celíaca de La Rioja (ACERI)

**BASADO EN:**

Diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca  
Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. NIPO: 351-08-086-X  
<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/Celiaquia/enfermedadCeliaca.pdf>

**DEPÓSITO LEGAL:**

LR-291-2011

Diagnóstico precoz de la  
**enfermedad**  
**CELÍACA**





## ÍNDICE

---

Presentación .....	7
Decálogo para el diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca .....	9
Presentación clínica de la enfermedad .....	11
Grupos de riesgo .....	15
Secuencia de diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca en atención primaria .....	17
Secuencia de actuación diagnóstica en atención especializada .....	21
Tratamiento .....	25
Puntos clave y recomendaciones .....	28
Páginas web de interés .....	31





## PRESENTACIÓN

---

La celiacía es la enfermedad crónica intestinal más frecuente, se estima que una de cada 100 personas puede padecerla y aparece a cualquier edad, desde la infancia a la edad adulta. Su causa es desconocida pero en su desarrollo contribuyen factores genéticos, ambientales (gluten) e inmunológicos.

La gran variedad de signos y síntomas que puede presentar, comunes con otros procesos, hace que su diagnóstico y detección precoz sea un reto para el sistema sanitario. Por esta razón, la Consejería de Salud de La Rioja apuesta por dirigir sus esfuerzos a un mayor diagnóstico de esta enfermedad para contribuir a mejorar la situación de la ciudadanía que sufre esta patología.

Es necesario que los y las profesionales de la salud, fundamentalmente especialistas en pediatría y medicina de familia de atención primaria, pero también quienes trabajan en la atención hospitalaria, conozcan bien cuándo hay que pensar en la enfermedad celíaca, en cómo diagnosticarla y qué información precisan las personas para el control de su enfermedad.

Dentro de la estrategia de formación y sensibilización de profesionales sanitarios editamos la presente guía, con la que se pretende reforzar la información para facilitar un diagnóstico precoz, instaurar el tratamiento y realizar un seguimiento adecuado.

Este documento sigue las recomendaciones establecidas por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y es fruto del trabajo y consenso de profesionales de la salud de nuestra Comunidad Autónoma en colaboración con la Asociación de Celíacos de La Rioja (ACERI), a quienes hay que agradecer su dedicación en mejorar la calidad de vida de los pacientes celíacos.

*José Ignacio Nieto*  
Consejero de Salud y Servicios Sociales







## DECÁLOGO PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD CELÍACA

La Enfermedad Celíaca (EC) afecta aproximadamente a una de cada cien personas. La mayoría de ellas permanecen sin diagnosticar, de ahí la necesidad de llevar a cabo una búsqueda intencionada de síntomas o combinaciones de síntomas que deberían suscitar la sospecha clínica. Las siguientes claves pueden ser de sumo interés para el diagnóstico precoz de la misma.

- 1. En la infancia**, los síntomas intestinales y el retraso de crecimiento, sobre todo si se acompañan de irritabilidad y anorexia, constituyen un cuadro clínico muy sugestivo de enfermedad celíaca. En criaturas recién nacidas de riesgo es aconsejable la determinación de HLA en sangre de cordón.
- 2. En la adolescencia**, el hallazgo de un retraso de talla o de la pubertad, así como una ferropenia o una hipertransaminasemia sin otra justificación, obliga a descartar la existencia de enfermedad celíaca.
- 3. En la edad adulta**, la presentación clásica en forma de diarrea crónica con clínica de malabsorción es inusual, siendo más frecuente en la actualidad la presencia de síntomas poco específicos.
- 4.** La probabilidad de padecer una EC aumenta en determinados **grupos de riesgo**. Estos incluyen primordialmente a familiares de primer grado, enfermedades autoinmunes (diabetes tipo I, hipotiroidismo, etc.) y algunas cromosomopatías como el síndrome de Down.
- 5.** A menudo, la persona diagnosticada de celiaquía ha sido visitada por numerosos profesionales de la salud y sometida a diversas exploraciones complementarias, siendo **etiquetada de “trastorno funcional”**. Estas personas merecen una especial atención, en particular, si además refieren una historia de aftas bucales, astenia, irritabilidad o depresión.



6. La EC debe incluirse en el **diagnóstico diferencial de las personas con dispepsia tipo dismotilidad o distrés postprandial** (saciedad precoz y plenitud postprandial), especialmente si asocian flatulencia, hinchazón y meteorismo. La sospecha debe ser firmemente considerada cuando los síntomas son crónicos y recurrentes y no han respondido adecuadamente a un tratamiento empírico.
7. Las personas que padecen diarrea acuosa crónica e intermitente y que han sido catalogadas de **síndrome de intestino irritable (SII)**, deben ser revisadas de forma minuciosa. La coexistencia de flatulencia o distensión abdominal, borborigmos y deposiciones mezcladas con abundante gas (“explosivas”) obliga a considerar la posibilidad de una EC. El estreñimiento crónico no es un síntoma excluyente de padecerla.
8. **Las situaciones siguientes, sin explicación demostrable**, obligan a valorar el diagnóstico de EC: mujeres en edad fértil con ferropenia, infertilidad y abortos recurrentes; personas que presentan elevación de transaminasas; las que refieren una historia de fracturas ante traumatismos mínimos o una osteopenia/osteoporosis detectada antes de la menopausia o en un varón adulto joven.
9. **Los marcadores serológicos (AAtTG)** resultan de elección para iniciar el despistaje de personas con mayor probabilidad de presentar EC. Una serología negativa no permite excluir el diagnóstico. De hecho, una proporción de personas con enfermedad celíaca, que presentan formas histológicas leves e incluso con atrofia de vellosidades, no expresan anticuerpos antitransglutaminasa en el suero.
10. **El estudio genético (HLA-DQ2/DQ8)** es útil en el manejo de la enfermedad celíaca, dado que casi la totalidad de personas celíacas son HLA-DQ2 o DQ8 positivos. Su determinación tiene utilidad clínica en casos de pacientes con sospecha clínica bien fundada y estudio serológico negativo. Un estudio genético negativo excluye casi totalmente la enfermedad celíaca, evitando con ello pruebas invasivas, incómodas y de mayor coste.



## PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD

---

En la **infancia** el cuadro clínico varía dependiendo del momento de la introducción del gluten en la dieta. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: diarrea crónica, falta de apetito, vómitos, dolor abdominal recurrente, laxitud e irritabilidad, apatía, introversión y tristeza. Los signos más frecuentes son la malnutrición, la distensión abdominal, la hipotrofia muscular, el retraso pondero-estatural, la anemia ferropénica y la hipoproteinemia.

En la **adolescencia** pueden no tener síntomas digestivos. La enfermedad puede presentarse como una anemia ferropénica rebelde a la ferroterapia oral, estreñimiento, dolor abdominal, menarquia retrasada e irregularidades menstruales, cefaleas, artralgias y hábito intestinal irregular. Los signos que presentan con mayor frecuencia son la talla baja, aftas orales, hipoplasia del esmalte, distensión abdominal, debilidad muscular, artritis, osteopenia y queratosis folicular.

En la **edad adulta** la enfermedad puede tener distintos patrones de presentación. La descripción clásica de la enfermedad, que incluye las manifestaciones de un síndrome de malabsorción grave con esteatorrea y signos de malnutrición es, hoy en día, excepcional. No obstante, algunas personas cuya enfermedad pasó desapercibida en la edad pediátrica, pueden debutar con un cuadro de estas características a raíz de un acontecimiento vital estresante, una gastrectomía o el embarazo.

En este grupo de edad son mucho más frecuentes las formas paucisintomáticas o monosintomáticas; de ahí la necesidad de valorar en atención primaria las siguientes situaciones:

- **Dispepsia.** La presencia de dolor o malestar en la línea media superior del abdomen, sobre todo postprandial, constituye una



consulta frecuente. La endoscopia resulta necesaria cuando los síntomas debutan en personas mayores de 50 años o ante la presencia de vómitos persistentes, anemia, pérdida de peso, antecedentes familiares de cáncer gástrico o una masa palpable en el abdomen. En ausencia de síntomas de alarma, no resulta coste-efectivo indicar una gastroscopia. La actitud en estos casos depende de la naturaleza de los síntomas.

Deben distinguirse dos situaciones:

- ***Distrés postprandial.*** Este término hace referencia a las personas que refieren sensación de saciedad precoz y/o plenitud postprandial.
- ***Dolor o ardor en epigastrio.*** Se trata de pacientes que refieren una sensación urente en el epigastrio, que puede ser la expresión de una enfermedad por reflujo gastroesofágico, una úlcera gastroduodenal (generalmente péptica) o una hipersensibilidad al ácido.
- **Síndrome del intestino irritable (SII).** De los tres subtipos que se describen (predominio de estreñimiento, predominio de diarrea y patrón alternante), es especialmente sospechoso el subtipo de SII con diarrea como síntoma principal. Por este motivo, ante una persona diagnosticada de SII podría ser necesario descartar la enfermedad celíaca, si el cuadro clínico y analítico fuese compatible.
- **Otros síntomas gastrointestinales** que obligan a considerar un posible diagnóstico de EC son: la presencia de dolor abdominal crónico y recurrente de causa no aclarada, especialmente cuando asocia síntomas de “hinchazón”, flatulencia y/o meteorismo y la presencia de vómitos frecuentes de causa no aclarada, particularmente si asocia los síntomas anteriores. El estreñimiento no es un síntoma infrecuente en la enfermedad celíaca.



- **Síntomas extradigestivos** relativamente frecuentes en la persona celíaca son: pérdida de peso, dolores óseos y articulares, historia de fracturas (ante traumatismos banales), parestesias, tetania, infertilidad, abortos recurrentes, irritabilidad, astenia, ansiedad, depresión, epilepsia y ataxia.

**Dermatitis herpetiforme.** Es la expresión cutánea de la enfermedad celíaca. Se presenta en la infancia, adolescencia y jóvenes en forma de lesiones vesiculares pruriginosas en piel normal o sobre placas maculares localizadas simétricamente en cabeza, codos, rodillas y muslos. El diagnóstico se realiza mediante la demostración por inmunofluorescencia directa de depósitos granulares de IgA en la unión dermoepidérmica de piel sana. Si bien quienes tienen dermatitis herpetiforme no presentan síntomas del tracto digestivo, habitualmente aparece el daño intestinal característico de la enfermedad celíaca.



**Tabla I. Síntomas, signos y alteraciones analíticas que obligan a considerar el diagnóstico de enfermedad celíaca**

CLÍNICA	SÍNTOMAS	SIGNOS Y ALTERACIONES ANALÍTICAS
<b>Infancia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diarrea crónica</li> <li>Falta de apetito</li> <li>Vómitos</li> <li>Dolor abdominal recurrente</li> <li>Laxitud</li> <li>Irritabilidad</li> <li>Apatía</li> <li>Introversión</li> <li>Tristeza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Malnutrición</li> <li>Distensión abdominal</li> <li>Hipotrofia muscular</li> <li>Retraso pondero-estatural</li> <li>Anemia ferropénica</li> <li>Hipoproteinemia</li> </ul>
<b>Adolescencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Frecuentemente asintomática</li> <li>Estreñimiento</li> <li>Dolor abdominal</li> <li>Menarquia retrasada</li> <li>Irregularidades menstruales</li> <li>Cefalea</li> <li>Artralgias</li> <li>Hábito intestinal irregular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anemia ferropénica</li> <li>Talla baja</li> <li>Aftas orales</li> <li>Hipoplasia del esmalte</li> <li>Distensión abdominal</li> <li>Debilidad muscular</li> <li>Artritis, osteopenia</li> <li>Queratosis folicular</li> </ul>
<b>Edad adulta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diarrea crónica</li> <li>Dispepsia</li> <li>Dolor abdominal recidivante</li> <li>Pérdida de peso</li> <li>Síntomas que simulan síndrome de intestino irritable</li> <li>Vómitos recidivantes sin causa aparente</li> <li>Estreñimiento</li> <li>Dolores óseos y articulares o historia de fracturas (ante traumatismos banales)</li> <li>Parestesias, tetania</li> <li>Infertilidad, abortos recurrentes</li> <li>Irritabilidad</li> <li>Astenia</li> <li>Ansiedad, depresión, epilepsia, ataxia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Malnutrición con o sin pérdida de peso</li> <li>Edemas periféricos</li> <li>Talla baja</li> <li>Neuropatía periférica</li> <li>Miopatía proximal</li> <li>Anemia ferropénica sin explicación</li> <li>Hipoesplenismo</li> <li>Osteopenia u osteoporosis (especialmente en el varón joven)</li> <li>Aftas bucales recidivantes</li> <li>Descenso de albúmina sérica</li> <li>Disminución del tiempo de protrombina</li> <li>Deficiencia de ácido fólico o vitamina B12 (no explicada)</li> <li>Hipertransaminasemia inexplicada</li> </ul>



## GRUPOS DE RIESGO

---

Son grupos de riesgo familiares de personas celíacas o con enfermedades asociadas.

**Familiares de primer grado.** Constituyen un grupo de riesgo elevado en el que la prevalencia de enfermedad celíaca oscila del 5 al 15% (10-30% si son DQ2 o DQ8 positivos). Aunque algunas de estas personas pueden permanecer asintomáticas, cuando se lleva a cabo una búsqueda intencionada de síntomas y signos en esta población, no es infrecuente detectar astenia, flatulencia, ferropenia y osteoporosis, incluso en las formas histológicamente leves.

**Enfermedades asociadas.** Suelen preceder a la enfermedad celíaca, aunque también pueden manifestarse simultáneamente e incluso después del diagnóstico. Algunas enfermedades que pueden asociarse a la enfermedad celíaca son:

- **Enfermedades autoinmunes y otras inmunopatías:**
  - Diabetes mellitus tipo I. Aproximadamente un 5-6% asocian enfermedad celíaca.
  - Tiroiditis autoinmune. La asociación de la enfermedad celíaca es frecuente (5%), tanto en la infancia como en la edad adulta.
  - Déficit selectivo de IgA. Alrededor del 4% de las personas celíacas presentan además un déficit selectivo de IgA.
  - Enfermedad inflamatoria intestinal.
  - Otras enfermedades autoinmunes: síndrome de Sjögren, lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Addison, nefropatía por IgA, hepatitis crónica autoinmune, cirrosis biliar primaria, artritis reumatoide, psoriasis, vitiligo y alopecia areata.



- **Trastornos neurológicos y psiquiátricos:**

- Encefalopatía progresiva, síndromes cerebelosos, demencia con atrofia cerebral, leucoencefalopatía, epilepsia y esquizofrenia.

- **Otras asociaciones:**

- Síndrome de Down (la asociación con EC es superior al 12%), síndrome de Williams, síndrome de Turner, fibrosis quística, enfermedad de Hartnup, cistinuria, colitis microscópica, cardiomiopatía, fibromialgia, síndrome de fatiga crónica e infertilidad.





## SECUENCIA DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD CELÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA

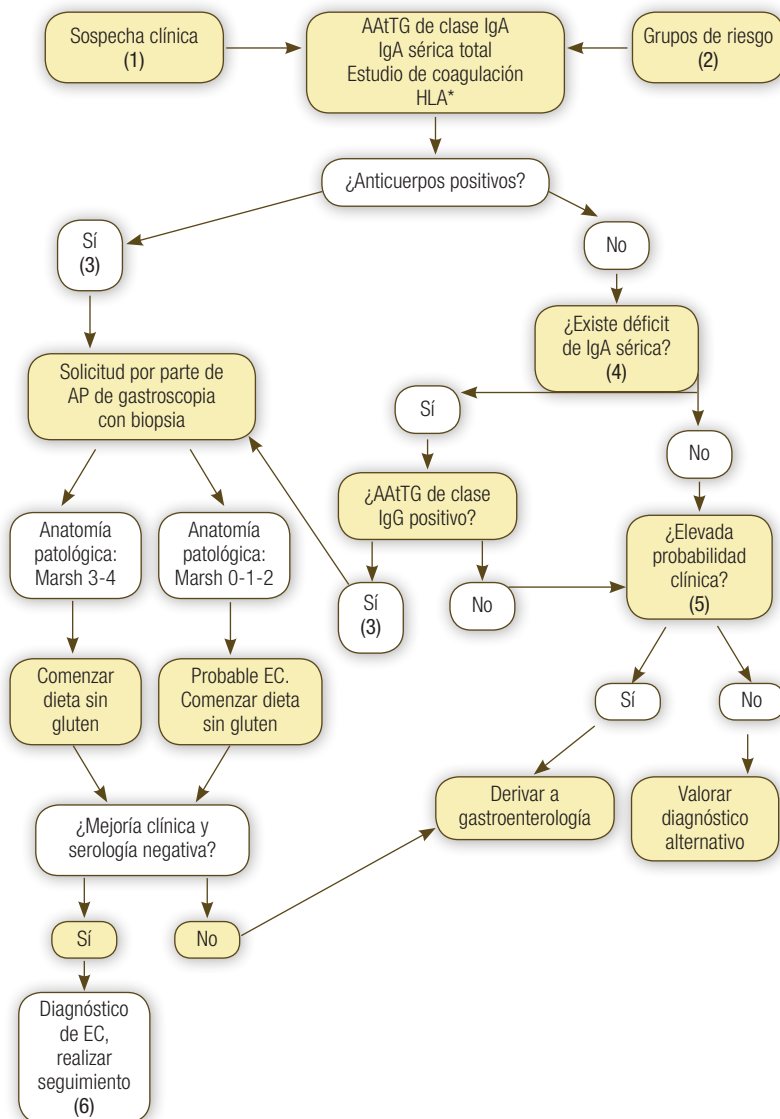
---

La historia clínica y el examen físico son la piedra angular para orientar el diagnóstico en el ámbito de la atención primaria. Éste debe sustentarse en el conocimiento de los distintos patrones de presentación de la enfermedad, incluyendo las formas atípicas, paucisintomáticas o monosintomáticas, sin duda las más frecuentes hoy en día. La pertenencia a grupos de riesgo también debe alertar al profesional de atención primaria.

Ante la sospecha clínica, debe solicitarse una determinación de **anticuerpos antitransglutaminasa tisular humana de clase IgA (AAtTG)**, así como los niveles plasmáticos de **IgA sérica total**. No es excepcional encontrar un déficit de esta inmunoglobulina en la población con enfermedad celíaca. Ello podría condicionar un “falso negativo” en la determinación de anticuerpos. En tal caso, pueden analizarse los AAtTG de clase IgG y sólo en caso negativo validar definitivamente la serología como negativa.



## Algoritmo I. Diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca. Actuación en atención primaria (AP)



\* HLA en atención primaria para el cribado en población de riesgo.  
La prueba está accesible desde atención primaria.



### (1) Sospecha clínica.

El índice de sospecha clínica para la enfermedad celíaca es extremadamente bajo, especialmente en la población adulta. La presentación clásica en forma de diarrea crónica con clínica de malabsorción es inusual, siendo más frecuente la presencia de síntomas poco específicos (ver tabla I).

*El mejor momento para diagnosticar EC en pediatría es entre los 6 meses y los 3 años de edad: es conveniente marcar el perfil celíaco ante una analítica por cualquier motivo en esta franja de edad.*

### (2) Grupos de riesgo.

La probabilidad de padecer una enfermedad celíaca aumenta en determinados grupos de riesgo. Éstos incluyen primordialmente a familiares de primer grado, determinadas enfermedades autoinmunes y algunas cromosopatías, especialmente el síndrome de Down. El conocimiento de estos grupos de riesgo es importante dado que un estudio serológico negativo no siempre excluye con seguridad la enfermedad. En casos con alto índice de sospecha y serología negativa podría ser necesario derivar a atención especializada.

### (3) Anticuerpos positivos.

La sensibilidad de la serología es muy elevada (próxima al 100%), especialmente en personas con lesiones histológicas avanzadas (atrofia vellositaria). Por lo tanto, ante la presencia de síntomas sugestivos y serología positiva debe solicitarse una gastroscopia con biopsia intestinal desde la consulta de atención primaria.

*En la infancia, como norma general lo que se realiza es una biopsia peroral con cápsula.*

### (4) Déficit de IgA.

Antes de considerar una serología negativa debe tenerse en cuenta que algunas personas celíacas poseen un déficit de IgA y ello puede condicionar un "falso negativo" en la determinación de AAtTG. En tal caso deben solicitarse AAtTG de tipo IgG y sólo en caso negativo validar definitivamente la serología como negativa.



#### **(5) Actitud ante serología negativa y elevada sospecha clínica.**

Recientes evidencias sugieren que la serología negativa no permite excluir con seguridad el padecimiento de la enfermedad. Ello resulta particularmente cierto en pacientes con lesiones histológicas poco avanzadas (Marsh 1). Por otro lado, el hecho de presentar alteraciones morfológicas poco relevantes (enteritis linfocítica sin atrofia vellositaria) no excluye que la persona muestre síntomas y signos de enfermedad clínicamente relevante (astenia, flatulencia, anemia u osteopenia). Por este motivo, ante la presencia de síntomas sospechosos, especialmente en grupos de riesgo, debe considerarse la posibilidad de derivar el caso a atención especializada para una evaluación específica.

#### **(6) En la infancia el seguimiento suele ser clínico y por AAtTG.**



## SECUENCIA DE ACTUACIÓN DIAGNÓSTICA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

---

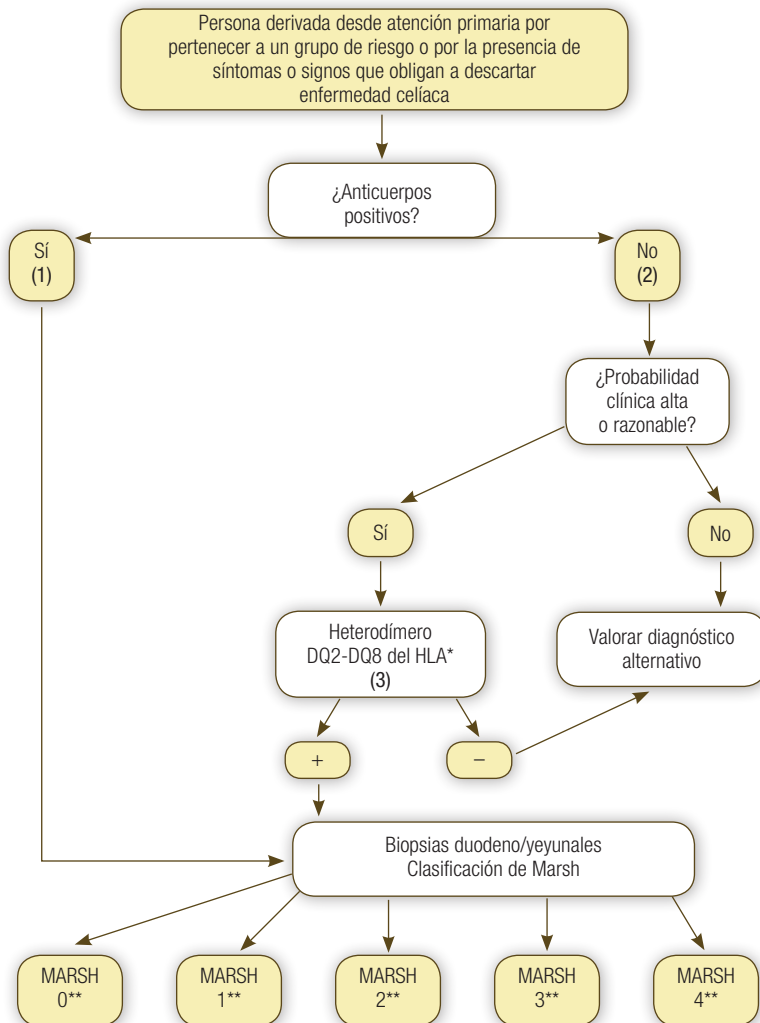
Cuando los marcadores séricos son positivos, o bien siendo negativos existe una probabilidad clínica alta de sospecha de enfermedad celíaca, es conveniente derivar a gastroenterología, quien valorará la realización del estudio genético y/o una **biopsia intestinal** a nivel **duodenoyeyunal** (precedida de un estudio de coagulación normal) para confirmar la presencia de lesiones histológicas compatibles con una enfermedad celíaca.

La detección de anticuerpos es muy útil como apoyo al diagnóstico de sospecha, para indicar el momento en que debe realizarse la biopsia intestinal y para vigilar el cumplimiento de la dieta exenta de gluten.

La presencia del heterodímero HLA-DQ2/DQ8 en familiares de personas celíacas únicamente indica que existe una predisposición genética a padecer la enfermedad y puede ser de valiosa ayuda en la toma de decisiones en un contexto apropiado (sospecha clínica y serología negativa).



## Algoritmo II. Diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca. Actuación en atención especializada (AE)



\* Determinar DQ8 sólo si el DQ2 es negativo

\*\* Actitud a seguir en función del informe anatomopatológico



### **(1) Serología positiva.**

Ante la presencia de una serología positiva debe indicarse una biopsia del duodeno. El carácter parcheado de las lesiones obliga a tomar varias muestras (4-6) de la 2<sup>a</sup>-3<sup>a</sup> porción duodenal o yeyunal, para aumentar la probabilidad de detectar cambios morfológicos compatibles. Debe recordarse que algunos casos únicamente mostrarán cambios compatibles con una enteritis linfocítica (>25 linfocitos/100 células epiteliales). Aunque las tinciones con hematoxilina-eosina permiten hacer una estimación inicial del número de linfocitos intraepiteliales (LIEs), a menudo es necesario llevar a cabo inmunotinciones específicas para linfocitos que permiten una mayor precisión en el recuento.

### **(2) Serología negativa.**

Recientes observaciones sugieren que la serología no goza de una elevada sensibilidad, especialmente en las formas histológicamente leves (enteritis linfocítica). Por esta razón, desde gastroenterología se actúa con cautela y no se rechaza la posibilidad de una EC en presencia de síntomas sugestivos o compatibles. En este punto es importante llevar a cabo un cribado intencionado de síntomas y signos cuya presencia obligaría a realizar exploraciones más avanzadas (tabla I). Si la persona ha sido remitida por dispepsia, debe diferenciarse claramente el subtipo conocido como distrés postprandial (saciedad precoz, plenitud postprandial), del dolor/ardor epigástrico, dado que pueden tener connotaciones patogénicas bien diferenciadas. Es importante describir cualquier síntoma asociado, incluyendo pirosis, aerofagia, náuseas, vómitos y muy especialmente la presencia de flatulencia y/o meteorismo, síntomas que podrían reflejar el incremento en la producción de gas (H<sub>2</sub>, CO<sub>2</sub>, metano) derivado de la fermentación de los carbohidratos no absorbidos.

Si reúne criterios compatibles con un síndrome de intestino irritable, se debe recordar que bajo la apariencia de una diarrea con criterios de aparente funcionalidad, a menudo subyace una dolencia orgánica,



entre las que no deben de olvidarse la enfermedad celíaca y la colitis microscópica, entidades cuya asociación, por otra parte, está bien descrita. Determinadas combinaciones de síntomas y signos (tabla I) o grupos de riesgo aumentan la probabilidad de que se sea portador de una EC. La presentación clásica de la enfermedad con un cuadro de malabsorción florido es hoy en día poco frecuente.

### **(3) Estudio genético.**

El 90% de las personas con enfermedad celíaca son HLA-DQ2 positivas (codificado por los alelos DQA1\*05 y DQB1\*02) mientras que sólo lo expresan un 20-30% de la población general. El resto poseen variantes alélicas que codifican HLA-DQ8 (DQA1\*03 y DQB1\*0302) sin HLA-DQ2 (6% del total) o un solo alelo del HLA-DQ2 [DQB1\*02 (4% del total) y DQA1\*05 (2% del total)]. Por tanto, la ausencia de HLA-DQ2 y HLA-DQ8 hace que el diagnóstico de EC sea muy poco probable.

La investigación del haplotipo DQ2 (o DQ8 si aquél es negativo) es importante en la persona con sospecha clínica bien fundada y estudio serológico negativo. Si el estudio genético es negativo, debería plantearse un diagnóstico alternativo. Sin embargo, un resultado positivo en presencia de una serología negativa, obliga a considerar firmemente la necesidad de biopsiar el duodeno. Estudios recientes han demostrado que esta estrategia multiplica por tres la probabilidad de establecer un diagnóstico en familiares de primer grado, cuando se compara con la estrategia clásica basada exclusivamente en el estudio serológico.





## TRATAMIENTO

---

El único tratamiento eficaz de la enfermedad celíaca es una **dieta estricta sin gluten durante toda la vida**. Hay que excluir de la dieta el trigo, la cebada, el triticale, el centeno y todos sus derivados, incluidos los almidones.

Para conseguir una dieta sin gluten es necesario recurrir a un consumo preferente de alimentos naturales: carnes, pescados, huevos, leche y derivados, legumbres, frutas, verduras, hortalizas y cereales sin gluten como el maíz o arroz. En la tabla II se presenta la clasificación de los alimentos en función de su contenido en gluten.

Con ello se consigue la mejoría de los síntomas aproximadamente a partir de las dos semanas, la normalización serológica entre los 6 y 12 meses y la recuperación de las vellosidades intestinales en torno a los 2 años de iniciado el tratamiento. En personas adultas, la respuesta clínica suele ser más lenta.

Se valorará la necesidad de hierro, ácido fólico, vitamina B12, calcio o vitamina D. La deficiencia de vitamina D debe *buscarse* y tratarse si se encuentra. En general, se aconseja dar suplementos polivitamínicos tras el diagnóstico, pero no son necesarios a largo plazo puesto que la malabsorción mejora.

En los primeros momentos tras el diagnóstico se retira también la lactosa, debido al posible daño secundario de la actividad lactásica del borde en cepillo por la atrofia vellositaria, que puede perpetuar la sintomatología pese a la retirada del gluten.

Las recomendaciones de la ESPGHAN (Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica) para proteger del desarrollo



de EC son:

- Fomentar la lactancia materna.
- No introducir el gluten antes de los 4 ni después de los 7 meses.
- Ofrecer antes de los 7 meses pequeñas cantidades de gluten, en co-existencia con la lactancia materna.



**Tabla II. Clasificación de alimentos en función de su contenido en gluten**

<b>Alimentos SIN gluten</b>	<p>Leche y derivados*: quesos, requesón, nata para repostería, yogures naturales y cuajada fresca.</p> <p><i>* Algunos quesos como en lonchas, de untar, en porciones, etc.; nata, margarina y mantequilla necesitan especificación ya que pueden contener gluten.</i></p> <p>Todo tipo de carnes y vísceras frescas, congeladas y en conserva al natural, cecina, jamón serrano y jamón cocido de calidad extra.</p> <p>Pescados y mariscos frescos y congelados sin rebozar y pescados y mariscos en conserva al natural o en aceite.</p> <p>Huevos frescos, líquidos y en polvo.</p> <p>Verduras, hortalizas y tubérculos frescos, congelados y cocidos en conserva.</p> <p>Frutas.</p> <p>Arroz, maíz y tapioca, así como sus derivados.</p> <p>Todo tipo de legumbres.</p> <p>Azúcar y miel. Aceites.</p> <p>Café en grano o molido, infusiones sin aromas y refrescos.</p> <p>Toda clase de vinos y bebidas espumosas.</p> <p>Frutos secos crudos y desecados.</p> <p>Sal, vinagre de manzana, sidra y vino.</p> <p>Especias en rama y grano y todas las naturales envasadas.</p>
<b>Alimentos CON gluten</b>	<p>Pan y harinas de trigo, cebada, centeno, triticale y, probablemente, la avena.</p> <p>Productos manufacturados en cuya composición figure cualquiera de las harinas ya citadas y en cualquiera de sus formas: almidones, almidones modificados, féculas, harinas, proteínas, etc.</p> <p>Bollos, pasteles, tartas y demás productos de pastelería.</p> <p>Galletas, bizcochos.</p> <p>Pastas italianas (fideos, macarrones, tallarines, etc.) y sémola de trigo.</p> <p>Higos secos.</p> <p>Bebidas malteadas.</p> <p>Bebidas destiladas o fermentadas a partir de los cereales citados: cerveza, agua de cebada, algunos licores, etc.</p>
<b>Alimentos que PUEDEN contener gluten</b>	<p>Embutidos: chorizo, morcilla, salchichón, etc.</p> <p>Productos de charcutería.</p> <p>Hamburguesas, salchichas, patés y adobados.</p> <p>Yogures de sabores y con trocitos de fruta.</p> <p>Nata para cocinar.</p> <p>Quesos fundidos, en porciones, en lonchas, rallados, de untar y con sabores.</p> <p>Conservas de carnes y pescado con distintas salsas.</p> <p>Sucedáneos de pescado y marisco: gulas, surimis, etc.</p> <p>Caramelos y gominolas.</p> <p>Sucedáneos de café y otras bebidas de máquinas expendedoras.</p> <p>Frutos secos fritos y tostados con sal.</p> <p>Helados.</p> <p>Chocolates y bombones.</p> <p>Salsas, condimentos y colorantes alimentarios.</p>



## PUNTOS CLAVE Y RECOMENDACIONES

- La enfermedad celíaca puede manifestarse **en cualquier edad**, tanto en la infancia, adolescencia como en personas adultas.
- La enfermedad celíaca es una **intolerancia permanente al gluten**, proteína presente en algunos cereales como trigo, cebada, centeno, triticale, kalmut y espelta. Si bien la avena no contiene gluten, hoy por hoy es prácticamente imposible encontrarla sin que esté contaminada por cereales que sí lo tienen.
- Aparece en personas genéticamente predispuestas, en su gran mayoría portadoras del heterodímero **DQ2 o DQ8** del sistema HLA. Por lo tanto, el valor predictivo negativo de estos marcadores es muy elevado.
- Cursa con una **enteropatía** cuya expresión clínica oscila entre formas asintomáticas (casos silentes) y un cuadro de malabsorción florido con grave repercusión sobre el estado de nutrición. No es infrecuente que la persona refiera únicamente síntomas o **signos extra-digestivos**.
- La **dermatitis herpetiforme** es la expresión cutánea de la enfermedad celíaca.
- Su prevalencia es alta, pudiendo afectar hasta al **1%** de la población.
- Esta enfermedad puede generar absentismo escolar y laboral y supone un alto coste sanitario, sobre todo en aquellos casos en los que existe un retraso en el diagnóstico. Este retraso obedece, en gran medida, a la existencia de **formas paucisintomáticas o monosintomáticas** que se alejan del patrón clásico de presentación y es el motivo fundamental por el que gran parte de la población celíaca permanece sin diagnosticar.
- Un mejor conocimiento de los distintos patrones de presentación, especialmente de las formas no clásicas o “atípicas” por parte de los y las profesionales de atención primaria permitirá un diagnóstico y tratamiento precoz con las consiguientes ventajas, tanto sanitarias como sociales,



laborales y de carácter económico. Especial atención merecen aquellas personas diagnosticadas de **patología digestiva “funcional”** y que no responden adecuadamente al tratamiento convencional.

- Personas con enfermedades asociadas a EC (autoinmunes, cromosomopatías, etc.) junto con familiares de personas celíacas, constituyen una **población de riesgo** en los que hay que mantener un alto grado de sospecha.
- Los marcadores séricos (**AAtTG**) resultan de elección para iniciar el despistaje de personas con mayor probabilidad de presentar EC.
- Una **serología negativa no excluye** el padecimiento de la enfermedad, por lo que en presencia de síntomas sospechosos puede hacer necesario una evaluación más exhaustiva.
- La **biopsia intestinal** sigue siendo el patrón oro para verificar la presencia de una lesión de la mucosa compatible con la enfermedad. Esta debe de indicarse en presencia de síntomas sugestivos y una serología positiva o cuando presenta alta probabilidad clínica y un estudio genético positivo (aunque la serología sea negativa).

### **No se debe iniciar una dieta sin gluten sin haber realizado previamente una biopsia intestinal**

- El **estudio genético** permite detectar otros miembros de la familia susceptibles de padecer la enfermedad. En criaturas recién nacidas de riesgo, determinación de HLA en sangre de cordón.
- **La dieta estricta sin gluten** constituye el único tratamiento actual de la EC. En la mayoría de los casos conduce a la desaparición de los síntomas, la negativización de los marcadores séricos y la práctica normalización de las alteraciones histológicas. El régimen sin gluten debe seguirse durante **toda la vida** tanto en personas sintomáticas como asintomáticas.



- La causa más frecuente de **falta de respuesta al tratamiento** es el incumplimiento de la dieta o la ingesta insospechada de pequeñas cantidades de gluten en la alimentación.
- La dieta sin gluten debe basarse, fundamentalmente, **en alimentos naturales y frescos** que no contengan gluten: carnes, pescados, huevos, leche y derivados, frutas, verduras, hortalizas, legumbres y los cereales que no tienen gluten (maíz, arroz, mijo y sorgo), combinándolos entre sí de forma variada y equilibrada.
- El consumo de **productos manufacturados** conlleva riesgos potenciales. Como norma general, deben eliminarse de la dieta los productos a granel, los elaborados artesanalmente o los que no estén etiquetados, donde no se pueda comprobar el listado de ingredientes.
- Para lograr la identificación de los alimentos sin gluten serían recomendables actuaciones dirigidas a **mejorar el etiquetado** de los productos alimentarios, perfeccionar los métodos analíticos de detección de gluten, formar a manipuladores de alimentos y personal de hostelería sobre la naturaleza de la enfermedad y las características de la dieta sin gluten, mejorar la disponibilidad de menús sin gluten en comedores escolares, universitarios, de empresas, de centros de 3ª edad y hospitales.
- Es necesario potenciar las actividades de **educación para la salud** de las personas diagnosticadas, familiares y cuidadores/as.
- Se debe recomendar el contacto con la **asociación de personas diagnosticadas de celiaquía de la Comunidad Autónoma**. Dichas asociaciones realizan una gran labor de asesoramiento sobre la dieta sin gluten y el manejo de ésta, y son de gran ayuda para superar de los problemas sociales, profesionales, psicológicos, etc.

Asociación Celiaca de La Rioja, ACERI.  
Avda de Portugal 18, 4ºL - 26001 Logroño  
Tfno.: 941 22 67 99 - info@aceri.org



## PÁGINAS WEB DE INTERÉS

---

**[www.aceri.org](http://www.aceri.org)**

Asociación de celíacos de La Rioja.

**[www.mspsi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/Celiaquia/enfermedadCeliaca.pdf](http://www.mspsi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/Celiaquia/enfermedadCeliaca.pdf)**

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad: Diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca.

**[www.celiacos.org](http://www.celiacos.org)**

FACE: Federación de Asociaciones de celíacos de España.

**[facejoven.org/drupal](http://facejoven.org/drupal)**

Jóvenes celíacos de distintas asociaciones de la Federación de Asociaciones de Celíacos de España.

**[www.controladoporface.es](http://www.controladoporface.es)**

Marca de Garantía "Controlado por FACE".

**[www.seec.es](http://www.seec.es)**

Sociedad Española de Enfermedad Celíaca.

**[www.aoecs.org](http://www.aoecs.org)**

The Association of European Coeliac Societies:

Asociación de Asociaciones de Celíacos de Europa.







Gobierno de La Rioja  
[www.larioja.org](http://www.larioja.org)

