



ENFERMEDAD CELÍACA DEL ADULTO

Sr. Director: Hemos leído con interés el trabajo que, sobre la enfermedad celíaca del adulto, han publicado recientemente en su revista Campo López et al¹. Los autores hacen una descripción de los hallazgos clínicos, analíticos, serológicos, endoscópicos, radiológicos e histológicos de una serie de 21 pacientes ingresados durante un período de 7 años en un hospital de primer nivel, por sintomatología que condujo al diagnóstico de enfermedad celíaca del adulto. El hecho de que se trate de una serie retrospectiva y de que incluya fundamentalmente pacientes con síntomas relacionados con un síndrome de malabsorción (diarrea, anemia ferropénica, pérdida de peso) podría hacer pensar a algunos lectores que, en la actualidad, la enfermedad celíaca del adulto sigue siendo un proceso poco frecuente y con manifestaciones eminentemente digestivas. Nos gustaría hacer algunos comentarios, basados en nuestra experiencia personal, sobre la frecuencia real de la enfermedad en nuestro medio, así como sobre las formas de presentación en la edad adulta.

Hasta hace unos 10 años, los estudios sobre la frecuencia de la enfermedad celíaca se basaban en los registros de casos, que incluían sobre todo a pacientes en edad pediátrica y con manifestaciones típicas de malabsorción intestinal (forma clásica); el conocimiento de la gran heterogeneidad en la forma de presentación de la enfermedad (sintomática, silente, oligosintomática, extradigestiva, latente, etc.)², así como la mejor definición de los grupos de riesgo o enfermedades asociadas a la misma (familiares, diabetes mellitus tipo 1, síndrome de Down, enfermedad tiroidea autoinmune, déficit selectivo de IgA, etc.)³, han hecho que haya aumentado el número de pacientes diagnosticados de enfermedad celíaca. Sin embargo, los actuales registros de casos aún están muy lejos de incluir a todos los pacientes con sensibilidad al gluten. En un estudio poblacional llevado a cabo por nosotros en Asturias, hemos encontrado que la prevalencia de enfermedad celíaca es, al menos, de 2,6 casos por 1.000 personas (1/389)⁴, que es similar a la descrita en otras poblaciones de origen caucásico^{5,6}; para una población de 1.100.000 personas, estimamos que debería de haber unos 2.860 celíacos en nuestra región, si bien sólo hay actualmente diagnosticados 450 pacientes (el 15% del número esperado). Por tanto, se puede concluir que la enfermedad celíaca no es una enteropatía rara, sino que está aún infradiagnosticada.

Respecto a las características epidemiológicas de la enfermedad celíaca del adulto en nuestro medio⁷, hemos observado un incremento de su incidencia, que ha pasado de 0,4/10⁵/año (década de los setenta) a 7/10⁵/año (década de los noventa); sin embargo, estas formas del adulto sólo constituían el 30% de los pacientes inscritos en el registro regional de pacientes con enfermedad celíaca. La edad media al diagnóstico fue de 38 años, la relación mujeres/varones de 1,8, y la forma de presentación más habitual fue la clásica (68%). Nos gustaría comentar cómo estos datos pueden ser bastante distintos en áreas donde exista una unidad de gastroenterología de adultos con interés en este campo; así, en 1997 iniciamos un estudio de cribado serológico poblacional de enfermedad celíaca en el Área Sanitaria del Valle del Nalón (90.701 habitantes), a partir del cual se ha desarrollado un grupo de trabajo especialmente interesado en esta afección; pues bien, en nuestra zona existen 25 pacientes diagnosticados de enfermedad celíaca, de los que 15 presentan una forma del adulto (60%), que se ha manifestado de forma clásica únicamente en 5 casos (33%).

Para concluir, podemos decir que la enfermedad celíaca es frecuente en nuestro medio, que solamente están diagnosticados aproximadamente un 15% de los pacientes y que las formas de presentación en la edad adulta, sobre todo con manifestaciones no clásicas, constituye el 60% de los casos actualmente diagnosticados.

S. Riestra, E. Fernández^a, C. Bousoño^b y L. Rodrigo^c
Sección Aparato Digestivo. Hospital Valle del Nalón.

^aServicio Análisis Clínicos. Hospital de Cabueñes.

^bServicio de Pediatría. ^cAparato Digestivo. Hospital Central de Asturias. Asturias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Campo López C, Alonso Estellés R, Montero Alonso M, Todolí Parra J, Bosch Aparicio N, Calabuig Alborch JR. Enfermedad celíaca del adulto: estudio de 21 casos y revisión de la bibliografía. *Gastroenterol Hepatol* 2001; 24: 236-239.
2. Humbert Yagüe P, Yuste Yuste R. Nuevos conceptos sobre la enfermedad celíaca. *Gastroenterol Hepatol* 2000; 23: 290-299.

3. Riestra S, Fernández E. Coeliac disease in the general population: risk groups. En: Luis Rodrigo MD, editor. *Treatment of digestive diseases*. Madrid: Acción Médica, 2000; 85-98.
4. Riestra S, Fernández E, Rodrigo L, García S, Ocio G. Prevalence of coeliac disease in the general population of Northern Spain. *Strategies of serologic screening*. *Scand J Gastroenterol* 2000; 35: 398-402.
5. Catassi C, Fabiani E, Ratsch IM, Coppa GV, Giorgi PL, Pierdomenico R et al. The coeliac iceberg in Italy. A multicentre anti-gliadina antibodies screening for coeliac disease in school-age subjects. *Acta Paediatr Suppl* 1996; 412: 29-35.
6. Collin P, Reunal T, Rasmussen M, Kyrönpalo S, Pehkonen E, Laippala P et al. High incidence and prevalence of adult coeliac disease. Augmented diagnostic approach. *Scand J Gastroenterol* 1997; 32: 1129-1133.
7. García M, Meana A, Mozo L, Bousoño C, Ramos E, Fuentes D et al. Cambios epidemiológicos observados en la enfermedad celíaca en Asturias en los últimos 30 años. *Rev Esp Enf Digest* 2000; 92 (Supl 1): 173-174.



REPOSICIÓN DE Sonda DE GASTROSTOMÍA UTILIZANDO DILATADORES DE SAVARY

Sr. Director: La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) es una técnica bien aceptada debido a su simplicidad y poca morbilidad¹. Aunque las complicaciones son escasas, se han descrito muchas de ellas, la mayoría de carácter leve². Entre éstas, una de las más frecuentes es el arrancamiento de la sonda, accidental o intencionado, por un paciente con las funciones superiores alteradas³. En estos casos será necesario la colocación de una nueva sonda, lo que no requerirá de nueva endoscopia si han transcurrido 2 o 3 semanas de la implantación, por haberse formado un verdadero trayecto fistuloso gastrocutáneo³. Dicho recambio deberá realizarse con prontitud, ya que transcurridas varias horas la fístula se cerrará y nos veremos obligados a la recolocación de la sonda siguiendo el procedimiento endoscópico completo.

En 1989 Tsag et al⁴ describieron una técnica sencilla y brillante para resolver el cierre de la fístula gastrocutánea con la ayuda de los dilatadores de Savary-Guillard⁴. Entre 1995 y 2001 se han colocado en nuestra sección ciento cuatro sondas de alimentación siguiendo el procedimiento descrito por Gauderer y Ponsky⁵. En 3 casos nos han remitido a los pacientes por arrancamiento de la sonda con pérdida de la permeabili-

Figura. 1.

dad de la fístula gastrocutánea por haber transcurrido más de seis horas desde el arrancamiento. Hemos seguido las indicaciones de López Rosés³ a la hora de permeabilizar el estoma y la fístula gastrocutánea con el uso de los dilatadores de Savary, según las que se aconseja la realización del proceso mediante control endoscópico continuo (fig. 1), para evitar falsas vías y consecuentes complicaciones que podrían tener un desenlace fatal. En nuestros 3 casos el procedimiento duró menos de 10 min, se realizó sin sedación y necesitó en dos casos del uso de dilatadores de 15 y 21F de diámetro y en el tercero hubieron de alcanzarse los 27F. No se registraron complicaciones en ninguno de los tres pacientes. Nuestro objetivo es el recordar esta forma de solucionar un problema que no requerirá un procedimiento técnico completo con lo que ello puede significar de aumento del gasto y de la posibilidad de complicaciones.

A. BENÍTEZ, J.M. LÓPEZ-CEPERO,
M.E. LÓPEZ y A. AMAYA VIDAL
Sección de Aparato Digestivo del Hospital del SAS
de Jerez de la Frontera. Cádiz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kirby DF, Craig RM, Tsang TK, Plotnick BH. Percutaneous endoscopic gastrostomies: A prospective evaluation and review of the literature. *J Parenteral Enteral Nutrition* 1986; 10: 155-159.
2. López Rosés L. Gastrostomía percutánea endoscópica. En: Vázquez Iglesias JL, editor. *Endoscopia digestiva alta II. Terapéutica*. La Coruña: Galicia Editorial, S.A., 1995; 77-89.
3. López Rosés L, González Ramírez A, Santos E, Ávila S. Reposición retardada de sonda de gastrostomía usando dilatadores de Savary. *Rev Esp Enf Digest* 1997; 89: 569-570.
4. Tsang T, Eaton D, Falconi MA. Percutaneous ostomy dilation: A technique for dilating the closed percutaneous endoscopic gastrostomy sites and reinserting gastrostomies. *Gastrointest Endosc* 1989; 35: 336-337.
5. Ponsky JL, Gauderer MW. Percutaneous endoscopic gastrostomy: a new operative technique for feeding gastrostomy. *Gastrointest Endosc* 1981; 27: 9-11.