



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1979 - CELIAQUÍA Oculta: No todo se diagnostica con protocolos

J. Juan Armas^a, C. Manzanares Arnáiz^b, E. Rueda Alonso^c, A.B. García Garrido^d, A.I. Ortiz Blanco^e, M.J. Otero Ketterer^e, M. de Cos Gutiérrez^f, M.C. Martínez Pérez^g, M.P. Manterola Pérez^h y C. Espinosa Perdomoⁱ

^aMédico de Familia. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. ^bMédico de Familia. Servicio de Urgencias Centro de Salud Santoña. Cantabria. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Maliaño. Cantabria. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Besaya. Los Corrales de Buelna. Cantabria. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Potes. Liébana. Cantabria. ^gMédico de Familia. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. ^hMédico de Familia. Servicio de Urgencias Centro de Salud Astillero. Cantabria. ⁱMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santoña. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 62 años con episodios recurrentes de dolor abdominal pospandrial cólico, estreñimiento y distensión abdominal de 20 años de evolución, siempre refiere que “las comidas le hacen daño”. Se le diagnostica hace 12 años de colon Irritable, tras tres gastroscopias anuales con resultado de metaplasia intestinal inespecífica pautándose tratamiento sintomático con espasmolítico, con escasa mejoría. Sigue reevaluándose en Digestivo en dos ocasiones, descartándose en ese momento enfermedad celiaca tras estudio inmunológico negativo. Cinco años después, ingresa por cuadro suboclusivo, reevaluándose y ampliando espectro de posibles diagnósticos diferenciales.

Exploración y pruebas complementarias: Bien hidratada, normocoloreada. Sobre peso. Afebril. Auscultación. Abdomen: normal. No adenopatías palpables. En pruebas complementarias, hemograma fórmula normal, bioquímica normal salvo GGT 46, VSG 21. Proteinograma con beta2microglobulina 0,18, resto normal. Estudio inmunológico con IgG, IgA e Ig M normales, anticuerpos antigliadina negativo y antitransglutaminasa 6. Estudio genético (DRB1*03,07; DQA1*02,05; DQB1*02,-DQ2.2, DQ2.5. El símbolo* indica homozigosidad para el antígeno locus en el que aparece). Marcadores tumorales a-fetoproteína, CEA y Ca 15.30 normales, y Ca 19.9 (24). Serología toxoplasma, VHC, VHB y VIH negativos. Eco abdominal sin hallazgos. TAC y angioRMN: múltiples adenopatías mesentéricas, no en otras localizaciones, estudio aorta y sus ramas normales. Recomendándose biopsiar adenopatías mesentéricas: linfoma no Hodgkin folicular grado 2 y paniculitis esclerosante secundaria a LNH. Biopsia gástrica resultado de extensa metaplasia intestinal completa e incompleta.

Juicio clínico: Linfoma no Hodgkin folicular grado 2 y paniculitis esclerosante secundaria a LNH como complicaciones de enfermedad celiaca tardíamente diagnosticada.

Diagnóstico diferencial: En el adulto, el patrón clínico predominante de celiaquía es de síntomas gastrointestinales inespecíficos o incluso estar ausentes. Predomina sensación de hinchazón y distensión abdominal, seguido de flatulencia y dolor abdominal. Muchos tienen síntomas que se superponen a los del síndrome de intestino irritable o una dispepsia con criterios de aparente funcionalidad sin signos de alarma. Pero a veces la clínica puede ser secundaria a complicaciones como linfomas como ocurre en este caso.

Comentario final: La celiaquía es una inflamación crónica de mucosa de intestino delgado por ingesta de gluten en individuos genéticamente susceptibles. No hay una lesión histológica patognomónica. Su diagnóstico es combinación de criterios clínicos/serológicos/histológicos con peor aplicabilidad en el adulto. A pesar de dar serología negativa (en adulto suelen ser menos elevados) puede positivizarse a posteriori, por lo que ante sospecha clínica, complementaremos con estudio genético. Actualmente hay reevaluación constante de los criterios diagnósticos de celiaquía, ya que hay un porcentaje de pacientes diagnosticados tras desarrollar complicaciones más graves, como las neoplasias (el linfoma es la más frecuente a pesar de seguir considerándose una rara complicación) o complicaciones secundarias a la malabsorción. Esta paciente, tras recibir tratamiento con rituximab junto con retirada del gluten (siempre obligatoria) mejoró su calidad de vida, cediendo clínica digestiva y mejorando síntomas ansioso-depresivos, permaneciendo asintomática hasta nueva recaída del linfoma 6 años después.

BIBLIOGRAFÍA

1. Garrido et al. Linfoma intestinal y paniculitis mesentérica: Complicaciones de una enfermedad celiaca no diagnóstica. Gastroenterol Hepatol. 2008;31(4):221-4.
2. Esteve et al. Diagnóstico de la enfermedad celiaca. AEGastrum. 2013;1(1).