

En niños con un cuadro clínico compatible con enfermedad celiaca, la realización simultánea de anticuerpos antigliadina y antiendomiso con un resultado negativo en ambas pruebas es útil para descartar la presencia de esta enfermedad.

Tema

Enfermedad celiaca (diagnóstico)

Pregunta

¿Cuál es la utilidad de la determinación de los anticuerpos antigliadina y antiendomiso para la realización del diagnóstico de enfermedad celiaca en la infancia?

Palabras clave

- o Enfermedad celiaca (EC),
- o sensibilidad,
- o especificidad,
- o predictive
- o valor predictivo,
- o infancia.

Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Búsqueda en TRIP:

celiac AND disease

Búsqueda en MEDLINE a través de PubMed: "celiac disease/diagnosis"[MESH] AND prevalence[MESH] NOT diabetic[Text Word] Limits: All Child: 0-18 years, only items with abstracts, Human, MEDLINE

"celiac disease/diagnosis"[MESH] AND prevalence[MESH] Limits: All Child: 0-18 years, only items with abstracts, Human, MEDLINE

"celiac disease/diagnosis"[MESH] AND prevalence[MESH] Limits: All Child: 0-18 years, only items with abstracts, Spanish, Human, MEDLINE

"celiac disease/diagnosis"[MESH] AND prevalence[MESH]

"celiac disease/diagnosis"[MESH] Limits: All Child: 0-18 years, only items with abstracts, Spanish, Human, MEDLINE

"celiac disease/diagnosis"[MESH] Limits: All Child: 0-18 years, only items with abstracts, MEDLINE

"celiac disease/diagnosis"[MESH] Limits: All Child: 0-18 years, only items with abstracts, MEDLINE

"celiac disease/diagnosis"[MESH] AND "Primary Health Care"[MESH]

Mejor respuesta conseguida (obtenida el 15 de Enero de 2001).

Russo P A, Chartrand L J, Seidman E. Comparative análisis of serologic tests for the initial diagnosis of celiac disease. Pediatrics 1999; 104: 75- 78 (1)

La concordancia de los resultados de la determinación simultánea de anticuerpos anti- gliadina y antiTablaendomisio constituye la estrategia más efectiva para confirmar o descartar la presencia de una EC (probabilidad de un 82,8% de padecer la enfermedad cuando ambos son positivos y de un 0% cuando ambos son negativos)

Tabla I: cocientes de probabilidad positivos y negativos y sus correspondientes probabilidades post-test

Test serológico diagnóstico	S	IC (95%)	E	CP +	P post-test	CP -	P post-test	P pre-test
AGA IgG	83,3 %	68,4 - 98,2	84,5 %	76,1 - 92,3	64,6 %	0,198	6,3%	25,3 % (IC al 95 %: 16,5 % - 34%)
AGA IgA	83,3 %	68,4 - 98,2	85,9 %	77,8 - 94	66,7%	0,194	6,2%	
EMA ME	75 %	57,7 - 92,3	88,7 %	81,3 - 96,1	69,1 %	0,282	8,7%	
EMA HUC	45,8 %	24,1 - 67,5	95,8 %	84,7 - 106,9	78,7 %	0,566	16,1%	
En paralelo	100%		73 %	62,7 - 83,3	55,6%	0	0%	
En serie	100%		93 %	87,1 - 98,9	82,4%	0	0%	

*estimaciones calculadas a partir de los datos del estudio original; IC 95%: intervalo de confianza del 95%; CP+: cociente de probabilidad positivo; CP-: cociente de probabilidad negativo; en paralelo: cuando alguno de los anticuerpos (AGA o EMA) fueron positivos; en serie: cuando los resultados de los AGA y EMA fueron concordantes (ambos positivos o ambos negativos); (1) AGA IgG: anticuerpos IgG anti- gliadina; (2) AGA IgA: anticuerpos IgA antigliadina; (3) EMA ME: anticuerpos anti- endomisio (esófago de mono); (4) EMA HUC: anticuerpos antiendomisio (cordón umbilical humano).

¿Es importante esta información para mis pacientes, la sociedad o para mi mismo?

Sí. La presencia de una concordancia en los resultados de los anticuerpos AGA y EMA (ambos positivos) aumenta la probabilidad de la presencia de EC desde un 25,3% antes de la prueba hasta un 82,8% tras su realización. Asimismo, cuando ambos test fueron negativos, la presencia de una EC se descartó con toda seguridad (probabilidad del 0% de padecer la enfermedad). Existe un solo estudio que determina la prevalencia de EC en pacientes pediátricos cuya clínica hace necesario descartar una EC en el ámbito de la atención primaria (AP) (2). La prevalencia de EC en este trabajo es de un 7,5%. La aplicación a esta prevalencia de los resultados del estudio aquí valorado (aplicación de los dos test serológicos en serie) da como resultado una probabilidad post-test de un 53,5% cuando fueron positivos, aumentando en gran medida la probabilidad de padecer la enfermedad. Cuando ambos test fueron negativos, la presencia de la misma puede descartarse (probabilidad de un 0% de tener una EC).

¿Qué cambios de actitud, rutina profesional o de organización debería introducir para mejorar mi práctica clínica?

Ante todo niño que presente signos y síntomas clínicos que hagan necesario descartar una EC es preciso efectuar una determinación simultánea de AGA y EMA para confirmar o descartar la presencia de la misma con el mínimo margen de error posible.

La negatividad de ambas pruebas permite descartar con un amplio margen de seguridad la presencia de EC. Cuando ambas son positivas, se hace necesario la remisión a un centro de referencia con el fin de realizar una biopsia intestinal (diagnóstico de confirmación).

De la revisión bibliográfica efectuada se deduce que es necesario realizar los test serológicos también en pacientes con presentaciones atípicas de la enfermedad: anemia (2) o alteraciones del perfil bioquímico hepático (3) no explicables por otras causas, retraso del crecimiento (2), dermatitis herpetiforme en adolescentes (3) o astenia (4).

¿Qué obstáculos puedo encontrar?

En principio, ninguno.

¿Cómo podría observar los cambios realizados?

Mediante un seguimiento clínico adecuado a lo largo del tiempo.

Observaciones

La prevalencia de EC en población general clínicamente asintomática, medida mediante métodos de cribado serológico seguidos de la realización de una biopsia intestinal en los casos positivos, se ha estimado en un 0,2% (5). En población pediátrica oscila entre un 0,6% en escolares de edades comprendidas entre 11 y 15 años (6) y un 1,2% en niños entre 3 y 6 años (7).

Los resultados del estudio valorado son la consecuencia de la aplicación de los test serológicos en un medio hospitalario, a donde llega una muestra seleccionada de la población, con una probabilidad a priori más elevada de padecer EC que la población general.

Sin embargo, existen dos estudios realizados en AP que determinan la prevalencia de EC en pacientes que presentan signos y síntomas cuya presencia hace necesario descartar la presencia de EC; el primero de ellos está realizado en pacientes pertenecientes a todos los grupos de edad (pediátrica y adulta) (4). El test serológico aplicado fue la presencia de anticuerpos EMA. Los casos positivos fueron sometidos a biopsia intestinal.

La prevalencia obtenida fue del 3%. Como ya se ha mencionado con anterioridad, existe un estudio similar realizado en AP en pacientes pediátricos con sintomatología compatible con EC (2). Todos los pacientes fueron testados para detectar la presencia de anticuerpos EMA (o anticuerpos AGA- IgG si el niño padecía un déficit de IgA).

Los casos positivos fueron sometidos a biopsia intestinal confirmatoria; la prevalencia de EC fue de un 7,5% (IC 95%: 4,2%- 10,8%, calculado a partir de los datos del estudio).

Oportunidades para la investigación

Son necesarios estudios realizados en AP en nuestro medio que sean capaces de determinar con precisión la prevalencia de EC en niños con sintomatología clínica compatible.

Referencias

1. Russo P A, Chartrand L J, Seidman E. Comparative análisis of serologic tests for the initial diagnosis of celiac disease. *Pediatrics* 1999; 104: 75- 78
2. Ventura A. Coeliac disease extra intestinal manifestations in paediatric population. *BMJ* [en línea] 1999 February 23 [fecha de acceso 21 de Febrero de 2001]; 318 (7177). URL disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/eletters/318/7177/164#EL10>
3. Pruessner H T. Detecting celiac disease in your patients (includes patient information handout). *Am Fam Phys* 1998; 57: 1023-34, 1039-41.
4. Hin H, Bird G, Fisher P, Mahy N, Jewell D. Coeliac disease in primary care: case finding study. *BMJ* 1999; 318: 164-167.
5. Corrao G, Corazza GR, Andreani ML, Torchio P, Valentini RA, Galatola G et al. Serological screening of coeliac disease: choosing the optimal procedure according to various prevalence values. *Gut* 1994; 35: 771- 775.
6. Catassi C, Ratsch IM, Fabiani E, Ricci S, Bordicchia F, Pierdomenico R, Giorgi PL. High prevalence of undiagnosed coeliac disease in 5280 Italian students screened by antigliadin antibodies. *Acta Paediatr* 1995 Jun;84(6):672- 676.
7. Korponay-Szabo IR, Kovacs JB, Czinner A, Goracz G, Vamos A, Szabo T. High prevalence of silent celiac disease in preschool children screened with IgA/IgG antiendomysium antibodies. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 28: 26-30.

Autor:

José Cristóbal Buñuel Álvarez. Pediatra. ABS Girona- 4 (ICS).