



Ilustre Colegio Oficial de
Médicos de Pontevedra



TODO ME SIENTA MAL...
(Y NADIE ES CAPAZ DE ENCONTRAR LO QUE TENGO)

Dr. Martínez Turnes
Servicio de Aparato Digestivo
Hospital Alvaro Cunqueiro



- Dolor o molestia epigástrica predominante que dura al menos 1 mes.
- Puede asociarse a cualquier otro síntoma del tracto gastrointestinal superior (plenitud epigástrica, náuseas, vómitos o acidez epigástrica), siempre que el dolor epigástrico sea el principal síntoma.

- 25 % de los pacientes con dispepsia tienen una causa orgánica subyacente
- 75 % de los pacientes tienen dispepsia funcional

Dispepsia: causas²

Frecuentes	• Úlcera péptica • Enfermedad por reflujo gastroesofágico • Medicamentos (AINE, hierro, digoxina, teofilina, eritromicina, potasio, etc.)
Poco frecuentes	• Cáncer (gástrico o esofágico) • Diabetes mellitus (con gastroparesia, dismotilidad gástrica, o ambas) • Isquemia mesentérica crónica • Pancreatitis crónica • Cirugía gástrica • Enfermedad infiltrativa de estómago o intestino grueso (enfermedad de Crohn, gastritis eosinofílica, sarcoidosis) • Enteropatía sensible al gluten, incluyendo enfermedad celíaca • Otras neoplasias (cáncer de páncreas, hígado) • Trastornos metabólicos (uremia, hipocalcemia, hipotiroidismo) • Síndromes de la pared abdominal • Parasitosis intestinales • Enfermedades sistémicas (diabetes mellitus, afecciones del tiroides y paratiroides, enfermedades del tejido conectivo)

CRITERIOS DIAGNOSTICOS ROMA IV

1. Uno o más de los siguientes:

1. Malestar por distension abdominal postprandial
2. Malestar por saciedad precoz
3. Malestar por dolor epigástrico
4. Malestar por ardor epigástrico

Y

2. No evidencia de enfermedad orgánica (incluye la realización de EDA) que permita explicar los síntomas

✓ Estos criterios deben estar presentes durante los 3 últimos meses, y se deben haber iniciado al menos 6 meses antes del diagnóstico

- Prevalencia: 15 % en países occidentales

Debe incluir uno o ambos de los siguientes al menos 3 días por semana:

- Plenitud postprandial molesta (afecta a las actividades habituales)
- Saciedad precoz molesta (impide terminar una comida normal)

No evidencia de enfermedad orgánica, sistémica o metabólica que pueda explicar los síntomas en los estudios de rutina (incluye EDA)

- ✓ Estos criterios deben estar presentes durante los 3 últimos meses, y se deben haber iniciado al menos 6 meses antes del diagnóstico

Debe incluir al menos uno de los siguientes síntomas al menos un día a la semana:

☐ Dolor epigástrico molesto (afecta a las actividades habituales)

Y/O

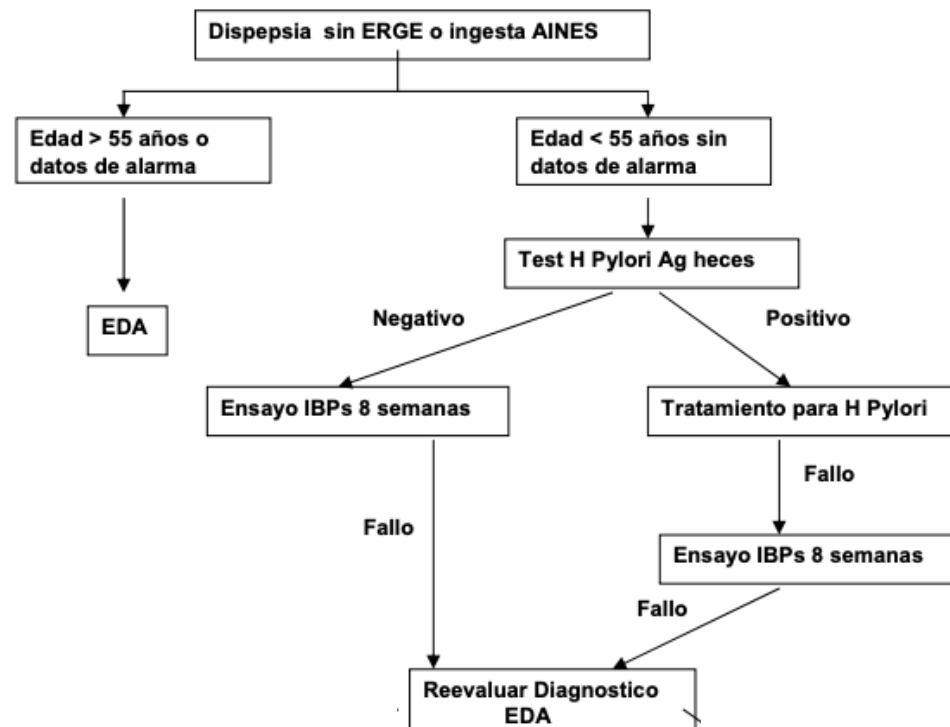
☐ Ardor epigástrico molesto (afecta a las actividades habituales)

No evidencia de enfermedad orgánica, sistémica o metabólica que pueda explicar los síntomas en los estudios de rutina (incluye EDA)

- ✓ Estos criterios deben estar presentes durante los 3 últimos meses, y se deben haber iniciado al menos 6 meses antes del diagnostico

- **DISPEPSIA CON SINTOMAS DE ALARMA**
 - *INICIO DESPUES DE LOS 55 AÑOS*
 - *PERDIDA DE PESO INEXPLICABLE*
 - *HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL*
 - *DISFAGIA PROGRESIVA*
 - *ODINOFAGIA*
 - *ANEMIA FERROPENIA SIN CAUSA CONOCIDA*
 - *VOMITOS PERSISTENTES*

EVALUACION INICIAL DE LA DISPEPSIA BASADA EN LA EDAD Y SINTOMAS DE ALARMA



Am J Gastroenterol. 2017 Jul;112(7):988-1013. doi: 10.1038/ajg.2017.154. Epub 2017 Jun 20.

ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia.

Moayyedi P¹, Lacy BE², Andrews CN³, Enns RA⁴, Howden CW⁵, Vakil N⁶.

STATEMENT 9. WE RECOMMEND FUNCTIONAL
DYSPEPSIA PATIENTS NOT RESPONDING TO PPI
OR *H. PYLORI* ERADICATION THERAPY
(IF APPROPRIATE) SHOULD BE OFFERED TRICYCLIC
ANTIDEPRESSANT THERAPY

Conditional recommendation, moderate quality evidence

wide. The recommendation was conditional as TCAs are associated with adverse events (which include constipation, dry mouth, urinary retention, and somnolence) (72) and a significant proportion of patients might prefer not to take antidepressant medication.

In contrast to Statements 5 and 6 above, it should be noted that we recommend TCA before prokinetic for treatment of FD based on the superior evidence for TCA in this indication.

TRATAMIENTO ADT EN DISPEPSIA FUNCIONAL

- Iniciar amitriptilina a 10 mg/24 h por la noche
- Aumentar dosis cada 1-2 semanas hasta 50-70 mg



♦ Si no eficacia, suspender en 8-12 semanas

♦ Si eficacia, mantener mínimo 6 meses e intentar retirar
Si recidiva, reanudar ADT

Domperidona: efectos adversos cardiacos

La cisaprida se retiró en EEUU en el 2000 por efectos adversos cardiacos y en España en el 2005.

La seguridad cardiovascular de domperidona ha venido revisándose en los últimos años..

Alerta Domperidona Riesgo de arritmias y muerte súbita



Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AEMPS

DOMPERIDONA Y RIESGO CARDIACO: RESTRICCIONES EN LAS CONDICIONES DE AUTORIZACIÓN
(Recomendaciones del Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia europeo-PRAC)

Fecha de publicación: 10 de marzo de 2014

Categoría: MEDICAMENTOS DE USO HUMANO, SEGURIDAD.
Referencia: MUH (FV), 4/2014

Tras la reevaluación del balance beneficio-riesgo de domperidona, el Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia europeo (PRAC) ha concluido que este es favorable únicamente para el alivio de los síntomas de náuseas y vómitos.

Debido al riesgo ya conocido de alteraciones cardíacas, el PRAC ha recomendado:

- *Restringir las indicaciones autorizadas.*
- *Reducir la dosis y duración de tratamiento recomendados.*
- *Establecer nuevas contraindicaciones de uso.*
- *Suspender la autorización de comercialización de las presentaciones rectales para administración pediátrica y las de administración oral superiores a 10 mg/dosis.*

2015 NUEVA FICHA TECNICA

(Inserción del triángulo negro, retirada de indicaciones y limitación del tiempo de uso)



"Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional."

Indicaciones: (se ha eliminado la indicación de trastornos funcionales de la motilidad digestiva como la dispepsia)

- Solo indicado en **náuseas y vómitos**.
- Debe ser utilizado durante el menor tiempo posible (**máximo 7 días**)

Nota informativa

Restricciones de uso de la metoclopramida (AEMPS)

Alerta julio 2013



**Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AEMPS**

**METOCLOPRAMIDA: RESTRICCIONES DE USO,
ACTUALIZACIÓN DE INDICACIONES Y POSOLOGÍA**

Fecha de publicación: 30 de julio de 2013

Categoría: MEDICAMENTOS DE USO HUMANO, SEGURIDAD.
Referencia: MUH (FV), 22/2013

Finalizada la revisión del balance beneficio-riesgo de metoclopramida en sus indicaciones autorizadas, se recomienda:

- No utilizar metoclopramida en niños menores de 1 año.
- Restringir su uso en niños y adolescentes de 1 a 18 años como segunda línea de tratamiento en prevención de náuseas y vómitos retardados en quimioterapia y en tratamiento de náuseas y vómitos postoperatorios.
- Restringir su uso en pacientes adultos para prevención y tratamiento de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia (retardados), radioterapia, cirugía y migraña.
- Limitar la duración del tratamiento a un máximo de 5 días.
- Limitar la dosis máxima a 0,5 mg por kg de peso en 24 horas.

Se recomienda asimismo revisar el tratamiento de los pacientes que utilizan metoclopramida de forma habitual.

Nueva FT enero del 2014

Alerta Metoclopramida

Con el uso de metoclopramida, además de los efectos adversos extrapiramidales, **también se han notificado algunos casos de reacciones adversas cardiovasculares graves** (incluyendo hipotensión, shock, síncope, bradicardia, bloqueo aurículo-ventricular y paro cardíaco)

Nueva FT (enero 2014): se ha eliminado la indicación de trastornos funcionales de la motilidad digestiva.

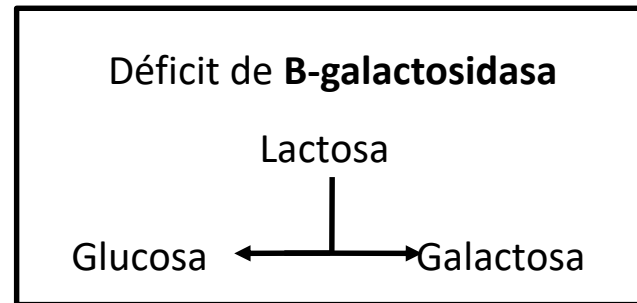
**Sólo indicado como antiemético.
Tratamiento máximo de 5 días**

	LEVOSULPIRIDA ¹ no precisa de ajuste de dosis	Metoclopramida ²	Domperidona ³
Insuficiencia RENAL	Sin ajustes de dosis	Reducir la dosis un 50%	Puede ser necesario reducir la dosis
Insuficiencia HEPÁTICA	Sin ajustes de dosis	Insuficiencia hepática grave: reducir la dosis un 50%	Contraindicado en insuficiencia hepática moderada o grave
CARDIOPATÍA	Sin precauciones especiales	Se han notificado casos de efectos adversos cardiovasculares graves	Contraindicado

Cinitaprida

En su FT dice: "Frecuencia desconocida (no puede ser estimado a partir de los datos disponibles)".
(solo hay 487 pacientes incluidos en estudios)





❖ **MALABSORCIÓN DE LACTOSA:** ineficiente digestión de lactosa debido a una *no persistencia de lactasa* u otras patologías intestinales.

- ▶ Indica que una fracción de la lactosa ingerida alcanza el colon, donde es digerida por las bacterias endoluminales.

- ▶ *Prevalencia NPL en sur de Europa: 30%*

❖ **INTOLERANCIA A LA LACTOSA :** indica la presencia de síntomas, como dolor abdominal, diarrea y/o meteorismo, asociados a MAL.

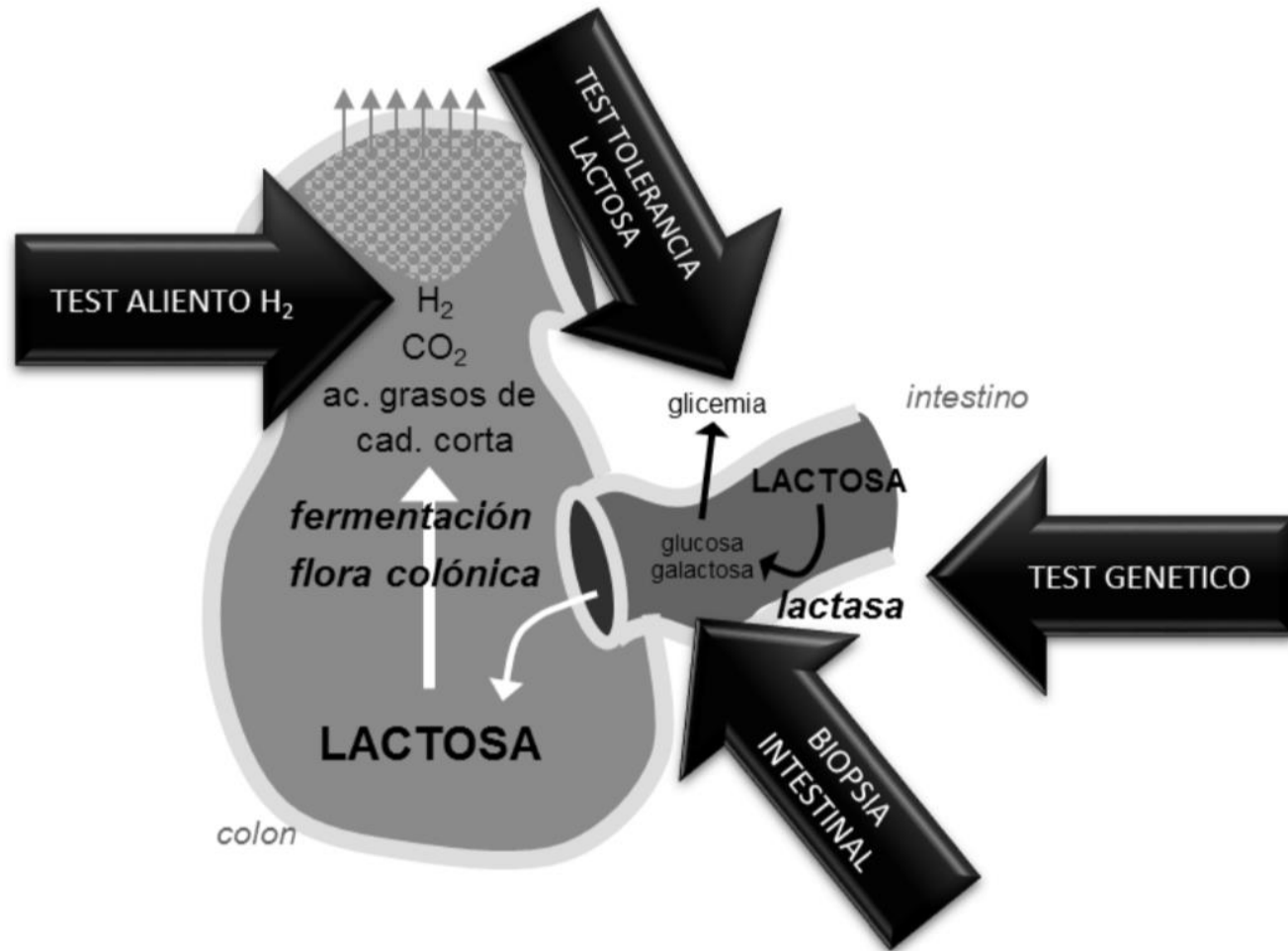
SÍNTOMAS TÍPICOS

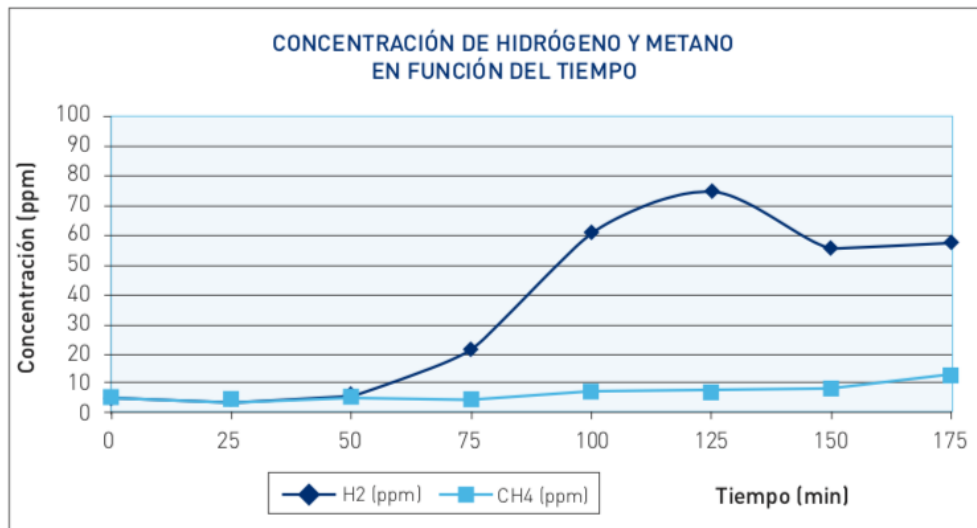
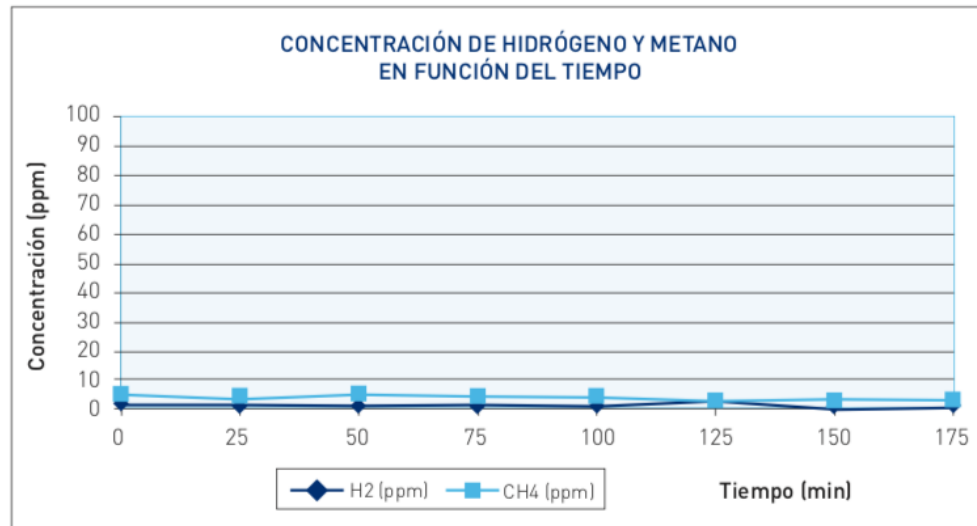
- diarrea, a veces con defecación explosiva
 - enrojecimiento perianal
 - náuseas
 - dolor y distensión abdominal
 - meteorismo, borborismos
-
- aparecen 45 minutos tras la ingesta de lactosa
 - intensidad máxima a las 4-8 horas
 - pueden durar hasta 12 horas.

Table 4 Brief characterisation of the diagnostic tests available for lactose malabsorption

	Hydrogen breath test	Lactose tolerance test	Duodenal lactase activity	Serum gaxilose or urine galactose test	Genetic test
Lactose challenge	Yes	Yes	No	Yes (gaxilose)	No
Assessment of symptoms and LI	Yes/possible	Yes/possible	No/not possible	No/not possible	No/not possible
Test principle	Detection of H ₂ in expiratory air	Increase in plasma glucose after lactose challenge	Lactase enzymatic activity in duodenal biopsy	Detection of D-xylose in serum or Galactose in urine after cleavage of orally administered 4-galactosylxylose (gaxilose) by lactase	Detection of –13910 C/T polymorphism
Detection of secondary LM	Yes	Yes	Yes	Yes	No
Costs	Low	Lowest	High (if costs for endoscopy are included)	Intermediate	High
Limitations	False-negative tests by H ₂ -non-producer. False-positive tests with SIBO, rapid transit, altered bowel anatomy	Disorders of glucose metabolism, altered bowel anatomy	Patchy expression of lactase	Variable test performance in literature. False-positive tests with SIBO, rapid transit and other conditions	False negative in the presence of atypical mutations (relevant in non-Caucasian populations)
Best use	Test of choice to assess LM and symptoms (LI)	Low resource setting, LM epidemiology	If gastroscopy is performed for other reasons	To be determined	LD/LNP epidemiology

LD, lactase deficiency; LI, lactose intolerance; LM, lactose malabsorption; LNP, lactase non-persistence; SIBO, small intestinal bacterial overgrowth.





RESTRICCION DE LACTOSA

Producto	Cantidad	Lactosa	Calcio
Leche entera	250 ml	12 g	285 mg
Leche desnatada	250 ml	13 g	340 mg
Yogur	200 g	9 g	340 mg
Yogur desnatado	200 g	12 g	420 mg
Helado	2 bolas (50 g)	3 g	55 mg
Queso duro	30 g	0.02 g	260 mg
Queso para untar	30 g	0.1 g	22 mg
Mantequilla	1 cucharadita	0.03 g	1 mg
Excipientes	0.02-0.075 g/pastilla		

ENZIMAS SUSTITUTIVAS

PROBIOTICOS



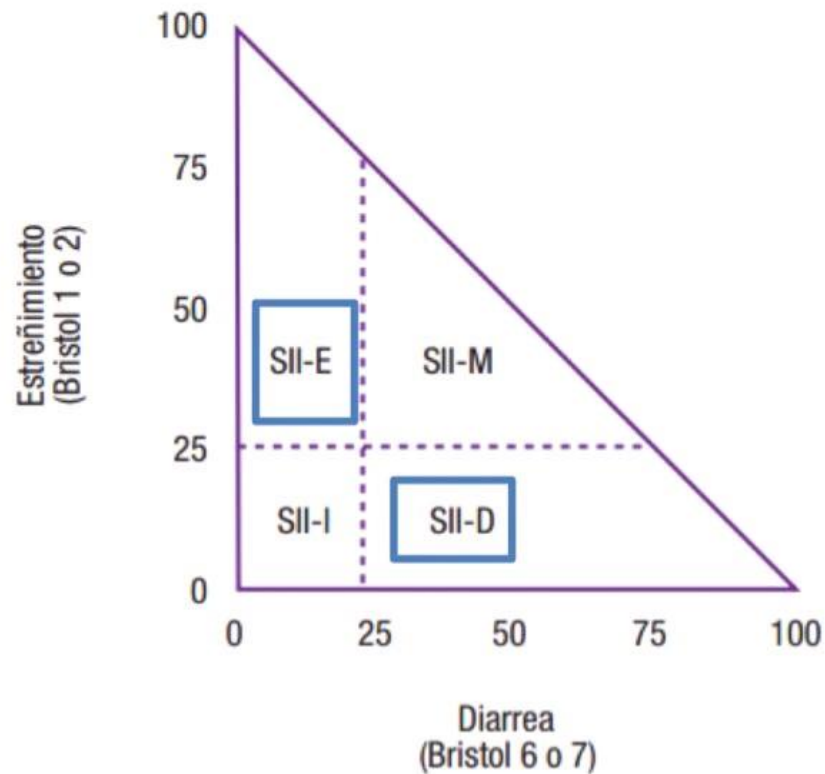
CRITERIOS ROMA IV

Se diagnostica por la presencia de **dolor abdominal** recurrente, presente al menos 1 día a la semana, asociado a dos o más de las siguientes características:

- Se asocia a la **defecación**.
- Relacionado con el **cambio en la frecuencia** de las deposiciones.
- Relacionado con un **cambio en la consistencia** de las deposiciones.

✓ Estos síntomas deben estar presentes durante los 3 últimos meses, y se deben haber iniciado al menos 6 meses antes del diagnóstico

- Prevalencia: 10 % en países occidentales

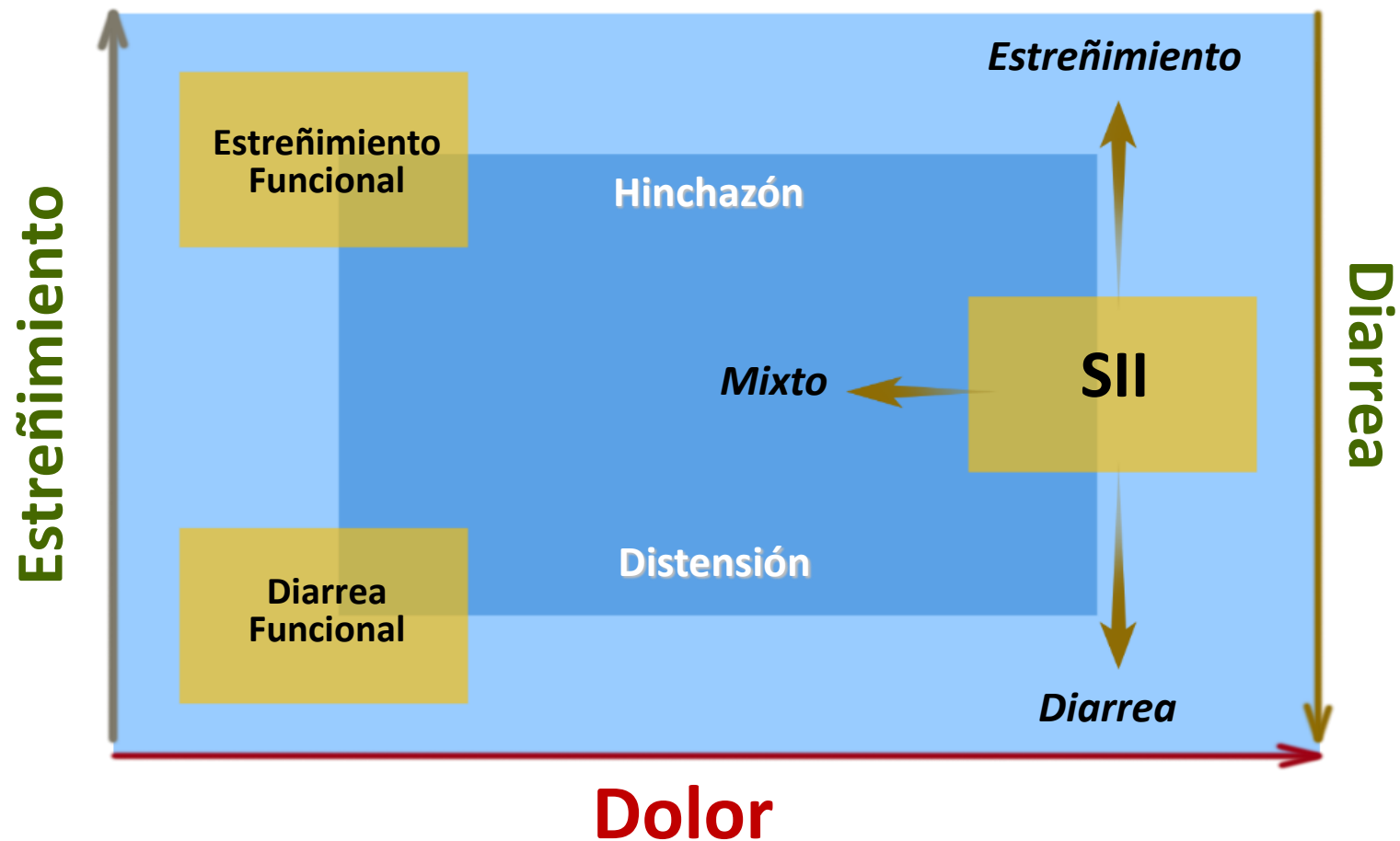


- SII-E: SII con estreñimiento
- SII-D: SII con diarrea
- SII-M: SII con hábito mixto
- SII-I: SII sin subtipo (inclasificable)
- SII-A con hábito alternante (evolutivo)

Rev Esp Enferm Dig. 2016 Jun;108(6):332-63. doi: 10.17235/reed.2016.4389/2016.

Clinical Practice Guideline: Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in the adult.

Mearin F¹, Ciriza C², Míñquez M³, Rey E⁴, Mascort JJ⁵, Peña E⁶, Cañones P⁷, Júdez J⁸.



DATOS DE ALARMA

- Antecedentes familiares o personales de cáncer colorrectal, poliposis intestinal, enfermedad inflamatoria intestinal y enfermedad celíaca
- Inicio de los síntomas a partir de los 50 años
- Cambios recientes del ritmo deposicional habitual
- Presencia de signos y síntomas que pueden indicar organicidad:
 - Síntomas nocturnos
 - Fiebre
 - Anemia, leucocitosis
 - Pérdida de peso no intencionada y no explicable por otras causas
 - Sangre en las heces
 - Dolor abdominal importante
 - Exploración física con datos patológicos como: masa abdominal palpable, visceromegalias, adenopatías, bocio o tacto rectal patológico

BUENA RELACION MEDICO-PACIENTE

- Realizar anamnesis y exploración física adecuadas ("poner las manos sobre el abdomen")
- Mostrar interés por aspectos emocionales y socio-familiares para realizar un abordaje integral del problema de salud
- Explicar la naturaleza del problema con un lenguaje accesible
- Hacer partícipe al paciente de las decisiones terapéuticas

EJERCICIO FISICO MODERADO

MODIFICACIONES DIETETICAS GENERALES

- Asociación epidemiológica con café, alcohol y picantes

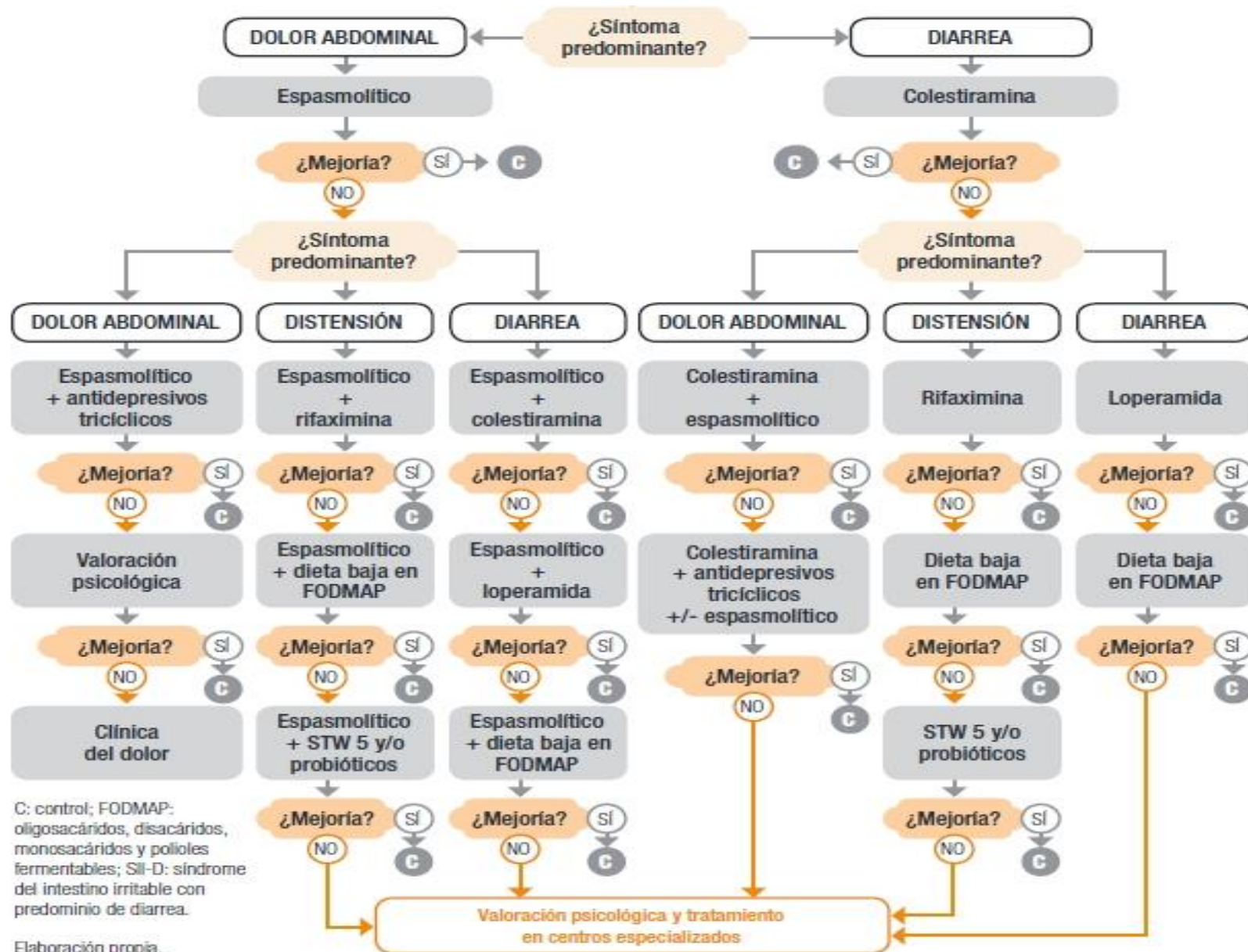
MODIFICACIONES DIETETICAS ESPECIFICAS

- Dieta baja en FODMAP
- Dieta sin gluten (!?!)

Tabla 1. Recursos farmacológicos para el manejo del síndrome de intestino irritable, según el subtipo dominante

Estreñimiento (familia farmacológica + ejemplo de fármaco)	Dolor abdominal (familia farmacológica + ejemplo de fármaco)	Diarrea (familia farmacológica + ejemplo de fármaco)
Espasmolíticos (bromuro de butilescopolamina)		
Fitoterapia (STW 5*)		
Secretagogos intestinales con acción antinociceptiva (activadores de GMPc) (lubiprostona/linaclotida)		
Laxantes formadores de masa (<i>Plantago psyllium/plantago ovata</i>)		Antidiarreicos (loperamida/ codeína)
Laxantes osmóticos (sales de magnesio, macrogol, lactulosa)		Hipolipidemiantes (colestiramina)
Probióticos (<i>Bifidobacterium lactis</i> DN-173 010)		Xiloglucano
Agonistas serotoninérgicos 5-HT4 (prucaloprida)		Agonista de los receptores opioides (eluxadolina)
Secretagogos intestinales (linaclotida)		Antibióticos (rifaximina)
Antidepresivos TC (amitriptilina)		
Antidepresivos ISRS (fluoxetina)		
Antidepresivos ISRN (venlafaxina)		
* Valorar como terapia complementaria a los agentes antiespasmódicos.		

SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE





Comprehensive Food Panel IgG ELISA

TEST	CLASS	TEST	CLASS	TEST	CLASS	TEST	CLASS
MEAT & POULTRY		VEGETABLES		FRUITS		NUTS, SEEDS & OILS	
Beef	0	Artichoke	0	Apple	0	Almond	0
Buffalo	0	Asparagus	0	Apricot	0	Brazil Nut	0
Chicken	0	Beets	1 *	Avocado	0	Canola	0
Duck	0	Bell Pepper	0	Banana	0	Cashew	0
Lamb	0	Broccoli	0	Blackberry	0	Chestnut	0
Pork	0	Brussel Sprouts	0	Blueberry	0	Chia Seed	0
Turkey	0	Cabbage	0	Cantaloupe	0	Cola	0
Venison	0	Carrot	1 *	Cherry	0	Flaxseed	0
FISH & SHELLFISH		Cauliflower	0	Coconut	0	Hazelnut	1 *
Anchovy	0	Celery	0	Cranberry	0	Hemp	0
Bass	0	Cucumber	0	Date	0	Macadamia Nut	0
Clam	0	Eggplant	1 *	Fig	0	Pecan	1 *
Codfish	0	Garlic	0	Grape	1 *	Pine Nut	0
Crab	0	Green Bean	2 **	Grapefruit	0	Pistachio	0
Flounder	0	Kale	0	Honeydew	1 *	Poppy Seed	0
Haddock	0	Kelp	0	Kiwi	0	Safflower	0
Halibut	0	Lettuce	0	Lemon	0	Sesame	0
Herring	0	Mushroom	0	Lime	0	Sunflower Seed	0
Lobster	1 *	Okra	1 *	Mango	0	Walnut	0
Mackerel	0	Olive, Green	0	Orange	0	HERBS, SPICES, FLAVORINGS	
Mussel	0	Onion	0	Papaya	0	Basil	0
Oyster	0	Parsnip	0	Peach	0	Bay Leaf	0
Perch	0	Potato	1 *	Pear	0	Black Pepper	0
Red Snapper	0	Potato, Sweet	0	Pineapple	0	Cilantro	1 *
Salmon	0	Pumpkin	0	Plum	0	Cinnamon	1 *
Scallop	0	Radish	0	Raspberry	1 *	Cloves	1 *
Shrimp	0	Spinach	0	Rhubarb	0	Dill	0
Sole	0	Squash	1 *	Strawberry	0	Fennel Seed	0
Squid	0	Tomato	0	Tangerine	0	Ginger	0
Swordfish	0	Turnip	0	Watermelon	0	Ginseng	0
Trout	0	Zucchini	1 *	BEVERAGES & MISC		Horseradish	0
Tuna	0	LEGUMES & PULSES		Black Tea	0	Licorice	0
Walleye Pike	0	Black-eyed Peas	0	Carob	1 *	Mustard	0
GRAINS & STARCHES		Chickpea	0	Cocoa	1 *	Nutmeg	0
Amaranth	0	Green Pea	1 *	Coffee	1 *	Oregano	1 *
Arrowroot	0	Kidney Bean	1 *	Green Tea	0	Paprika	0
Barley	0	Lentil	2 **	Honey	0	Parsley	0
Bran	0	Lima Bean	0	Yeast, Baker's	0	Peppermint	1 *
Buckwheat	0	Navy Bean	2 **	Yeast, Brewer's	0	Rosemary	0
Corn	0	Peanut	1 *	DAIRY & EGG		Sage	0
Gluten	1 *	Soybean	2 **	Blue Cheese	0	Tarragon	0
Hops	1 *	DAIRY & EGG		Casein	1 *	Thyme	1 *
Malt	0	Blue Cheese	0	Cheddar Cheese	0	Turmeric	0
Millet	0	Cottage Cheese	1 *	Egg, White	0	Vanilla Bean	0
Oats	0	Egg, Yolk	0	Milk, Cow's	1 *		
Quinoa	1 *	Milk, Goat's	0	Milk, Sheep's	1 *		
Rice	0	Mozzarella Cheese	1 *	Swiss Cheese	0		
Rye	0	Whey	1 *				
Sorghum	0	Yogurt	1 *				
Tapioca	0						
Teff	0						
Wheat	1 *						

Reference Range G39 - 8312

0 = No Reactivity 1 = Low 2 = Moderate 3 = High

- **Reacción alérgica**

Alteración provocada en el estado basal del organismo por la exposición a un alérgeno y secundario a una reacción de hipersensibilidad al mismo en el que está implicado el sistema inmunológico.

- **Intolerancia alimentaria**

Alteración no mediada inmunológicamente que puede ocurrir como respuesta a:

- efectos farmacológicos de los alimentos *o de alguno de sus componentes*
- déficits enzimáticos
- sensibilidad al gluten no celíaca

TESTS CON VALIDEZ CIENTIFICA

✓ Para diagnosticar **alergias**:

- prueba intraepidémica o prick test
- determinación sérica de IgE específica
- los tests de exposición controlada o provocación
- las pruebas epicutáneas

✓ Para diagnosticar **intolerancias**:

- test de tolerancia en aire espirado

TESTS SIN VALIDEZ CIENTIFICA

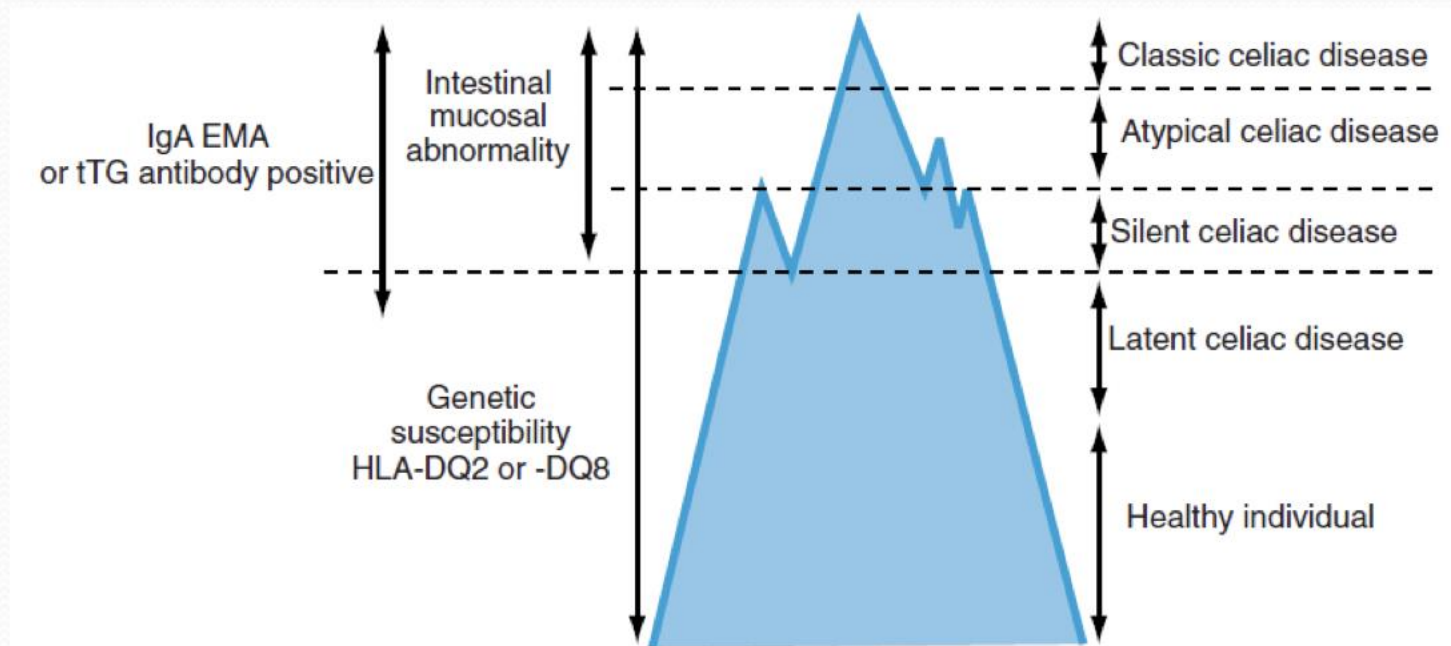
- Test de histaminosis o intolerancia a la histamina
- Test de IgG frente a alimentos
- Alcat test
- Test VEGA
- Iridologia
- Kinesiologia
- Análisis del pelo



- Trastorno sistémico mediado por el sistema inmune, inducido por el **gluten*** ingerido en la dieta, en individuos genéticamente susceptibles.
- Se caracteriza por la presencia de manifestaciones clínicas variables, anticuerpos celíacos específicos, haplotipos DQ2-DQ8, y enteropatía.

Trigo
Centeno
Cebada
Avena
Espelta
Triticale

- Trastorno muy frecuente: Prevalencia 1%
- Sólo una pequeña proporción de casos son diagnosticados (20%)



- Tiempo medio de diagnóstico: hasta 10 años

INDIVIDUOS QUE PERTENEZCAN A GRUPOS DE RIESGO / ENFERMEDADES ASOCIADAS:

- Familiares de 1^{er} grado de pac. celíacos (prevalencia 10-30%)
- Dermatitis herpetiforme
- Diabetes tipo I
- Enfermedad tiroidea autoinmune (hipotiroidismo)
- Hepatitis autoinmune
- Déficit selectivo de IgA (prev 2-8%)
- Síndrome de Down (prev 16%), Turner, Williams

- Cualquier edad (20% > 60 años)
- 2 veces más frecuente en mujeres

SÍNTOMAS INTESTINALES

- Diarrea crónica o recurrente
 - Datos de malabsorción
 - Esteatorrea
 - Pérdida de peso
 - Distensión abdominal
- Síndrome dispéptico
 - Síntomas sugestivos de colon irritable
 - Intolerancia a la lactosa

NIÑOS

- síntomas de malabsorción
- diarrea crónica
- vómitos
- distensión abdominal
- irritabilidad y apatía,
- signos de malnutrición

ADOLESCENTES

- frec. asintomáticos
- manifestaciones atípicas

SÍNTOMAS / SIGNOS EXTRAINTESTINALES

- Anemia crónica
- Ferropenia
- Elevación persistente de transaminasas
- Osteoporosis / osteopenia
- Retraso pondero-estatural
- Retraso de pubertad
- Pérdida fetal recurrente / bajo peso neonatal
- Fertilidad reducida
- Artritis
- Estomatitis aftosa
- Hipoplasia dental
- Neuropatía periférica idiopática
- Ataxia cerebelosa no hereditaria
- Migraña recurrente
- Trastornos psiquiátricos
- Fatiga crónica

Ac antiendomiso

Ac anti-tTG

Ag. diana: transglutaminasa tisular

Buena correlación entre ambos

- Inmunofluorescencia indirecta

➤ Limitaciones:
método laborioso, caro

Alta especificidad

- De confirmación

- Realización con ELISA
(más accesible y más barato)

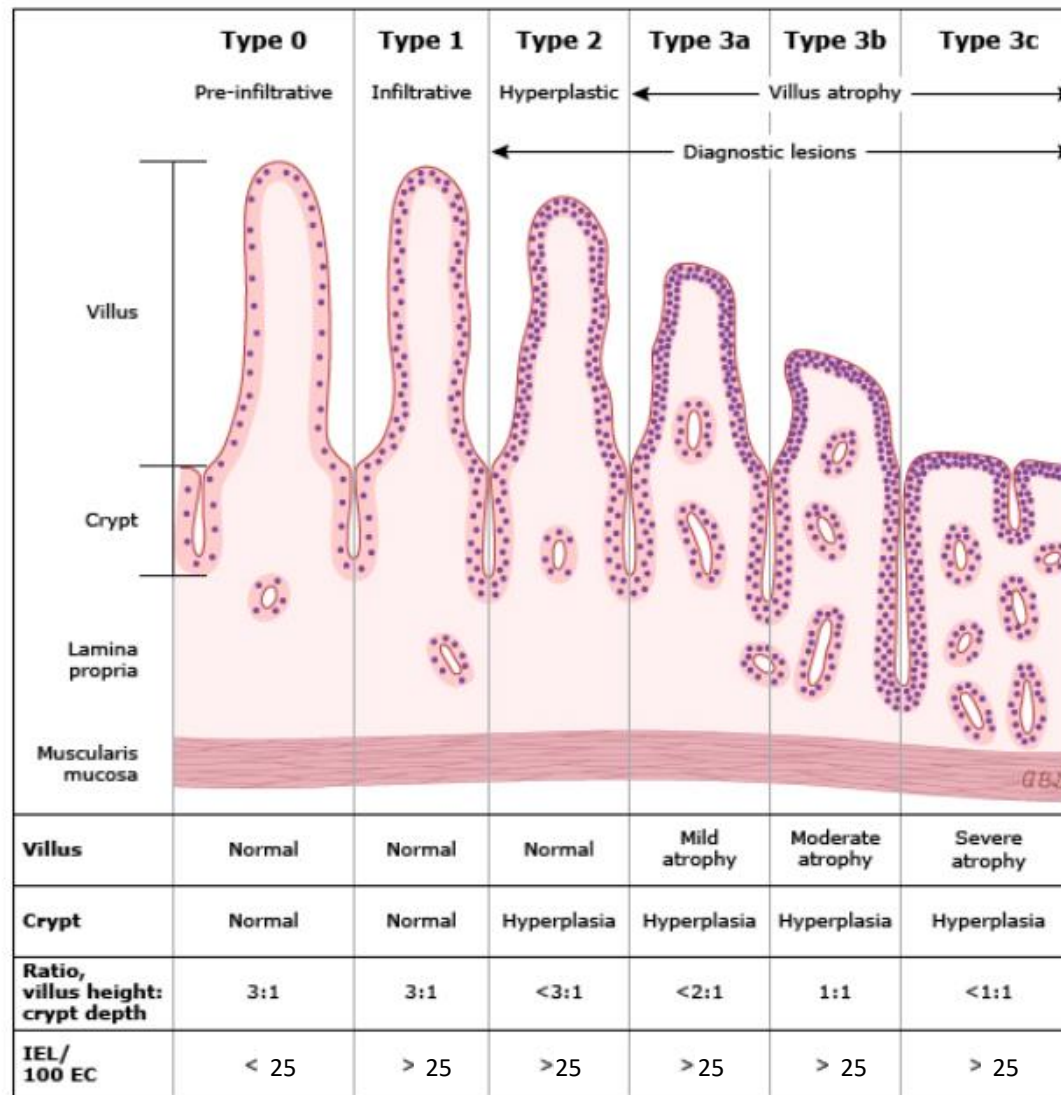
Alta sensibilidad

• **Marcadores serológicos de elección para el diagnóstico y cribado de la EC (IgA)**

- Sus valores elevados ($> 10^*$) son altamente predictivos de atrofia villositaria

Ac anti Péptidos Deaminados de la Gliadina IgG

BIOPSIA INTESTINAL



Indicaciones de genotipado HLA DQ2/DQ8

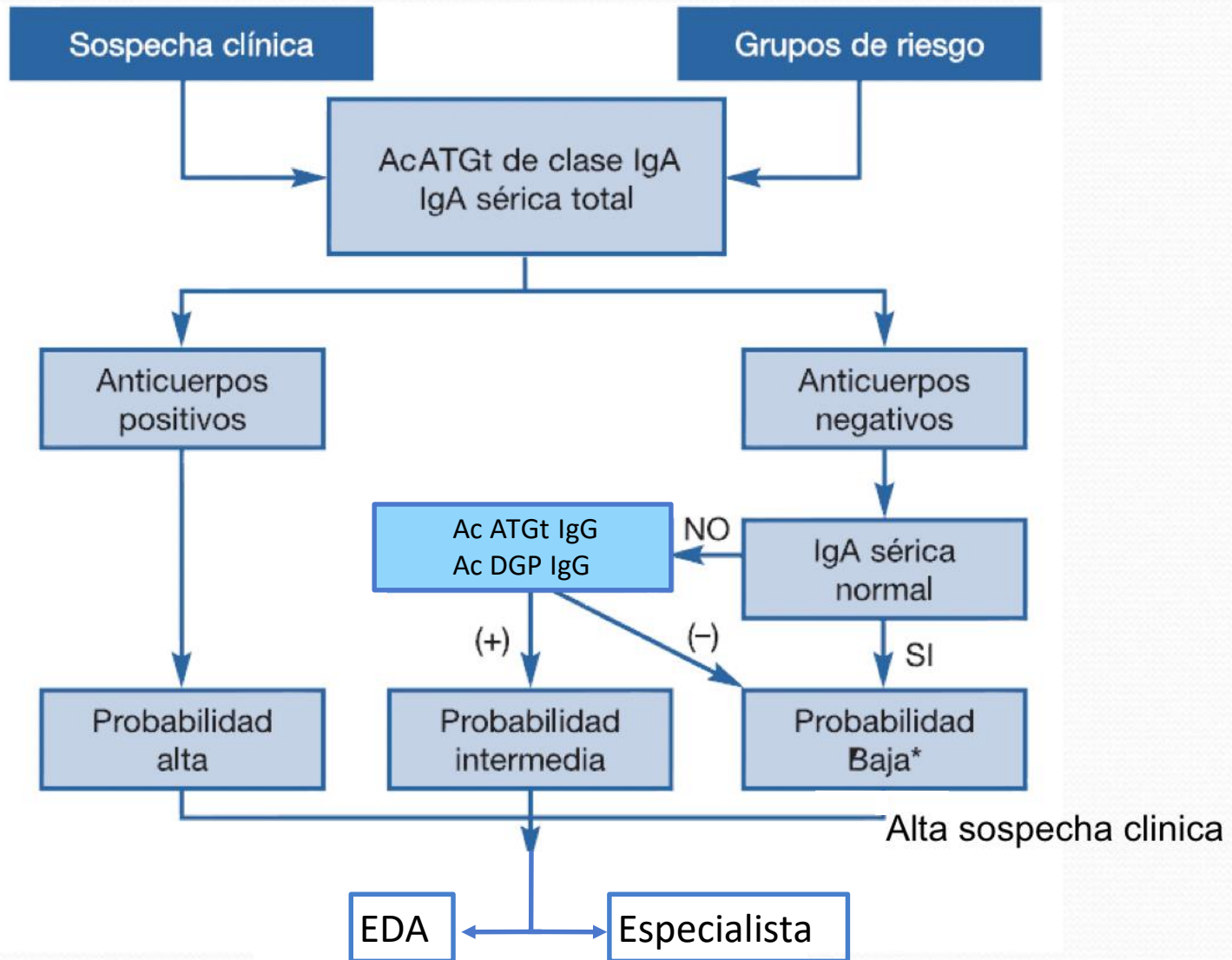
- El 90-95% de los pacientes con EC expresa HLA-DQ2 (el resto DQ8)
- Un HLA-DQ2 / DQ8 negativo hace muy improbable el diagnóstico de EC (VPN>99%)
- 20-30% de la población caucásica puede expresar DQ2 por lo que su presencia no indica la existencia de una EC (VPP 12%)

UTILIDAD DIAGNÓSTICA

- Alta sospecha clínica y resultados dudosos de serología y/o biopsia
- Selección de individuos susceptibles de desarrollar EC
 - Familiares de primer grado
 - Enfermedades asociadas

TABLA 4. Criterios propuestos por Catassi para el diagnóstico de la enfermedad celíaca (a menos 4 de 5 o 3 de 4 si no se ha realizado el test genético)

- › Síntomas típicos de enfermedad celíaca^a
- › Presencia de autoanticuerpos de tipo IgA de enfermedad celíaca a títulos altos^b
- › Genotipos HLA DQ2 o DQ8^c
- › Enteropatía celíaca en la biopsia del intestino delgado^d
- › Respuesta a la dieta sin gluten^e





- ❖ Síndrome clínico en el que se desarrollan síntomas intestinales y / o extraintestinales relacionados con la ingestión de gluten.
(*no está claro que el gluten sea el mediador principal de los síntomas*)
- ❖ Prevalencia 0.55-6%. Mujeres 3:1
- ❖ El diagnóstico requiere la exclusión de *enfermedad celíaca* y de *alergia al trigo*
- ❖ Actualmente no hay biomarcadores de diagnóstico

Tabla 1 Signos y síntomas más comunes en la SGNC

1. Intestinales (%)

- Dolor abdominal (77)
- Distensión abdominal (72)
- Diarrea (40)
- Estreñimiento (18)

2. Extraintestinales (%)

- Bradipsiquia (42)
- Astenia (36)
- Cefalea (32)
- Dolores articulares (28)
- Parestesias en manos y pies (17)
- Ánimo depresivo (15)

Fuente: Volta¹.

Tabla 2 Criterios diagnósticos de la SGNC

1. La ingesta de gluten condiciona la aparición de síntomas intestinales y extraintestinales de manera rápida
2. Los síntomas desaparecen rápidamente al retirar el gluten de la dieta
3. Resultados negativos de IgE y test cutáneos frente al trigo
4. Serología negativa para enfermedad celiaca (anticuerpos IgA antiEmA, anti-TG2)
5. Anticuerpos IgG antigliadina positivos en el 50% de los pacientes
6. Biopsias duodenales normales o con incremento moderado de linfocitos intraepiteliales
7. Haplotipo HLA-DQ2 y/o HLA-DQ8 positivo en el 40% de los pacientes

Fuente: Volta¹.

Gastroenterol Hepatol. 2014 Jun-Jul;37(6):362-71. doi: 10.1016/j.gastrohep.2014.01.005. Epub 2014 Mar 22.

[Non-celiac gluten sensitivity: a critical review of current evidence].

[Article in Spanish]

Molina-Infante J¹, Santolaria S², Montoro M², Esteve M³, Fernández-Bañares F³.

Tabla 6 Criterios diagnósticos de la SGNC propuestos por los autores de la revisión

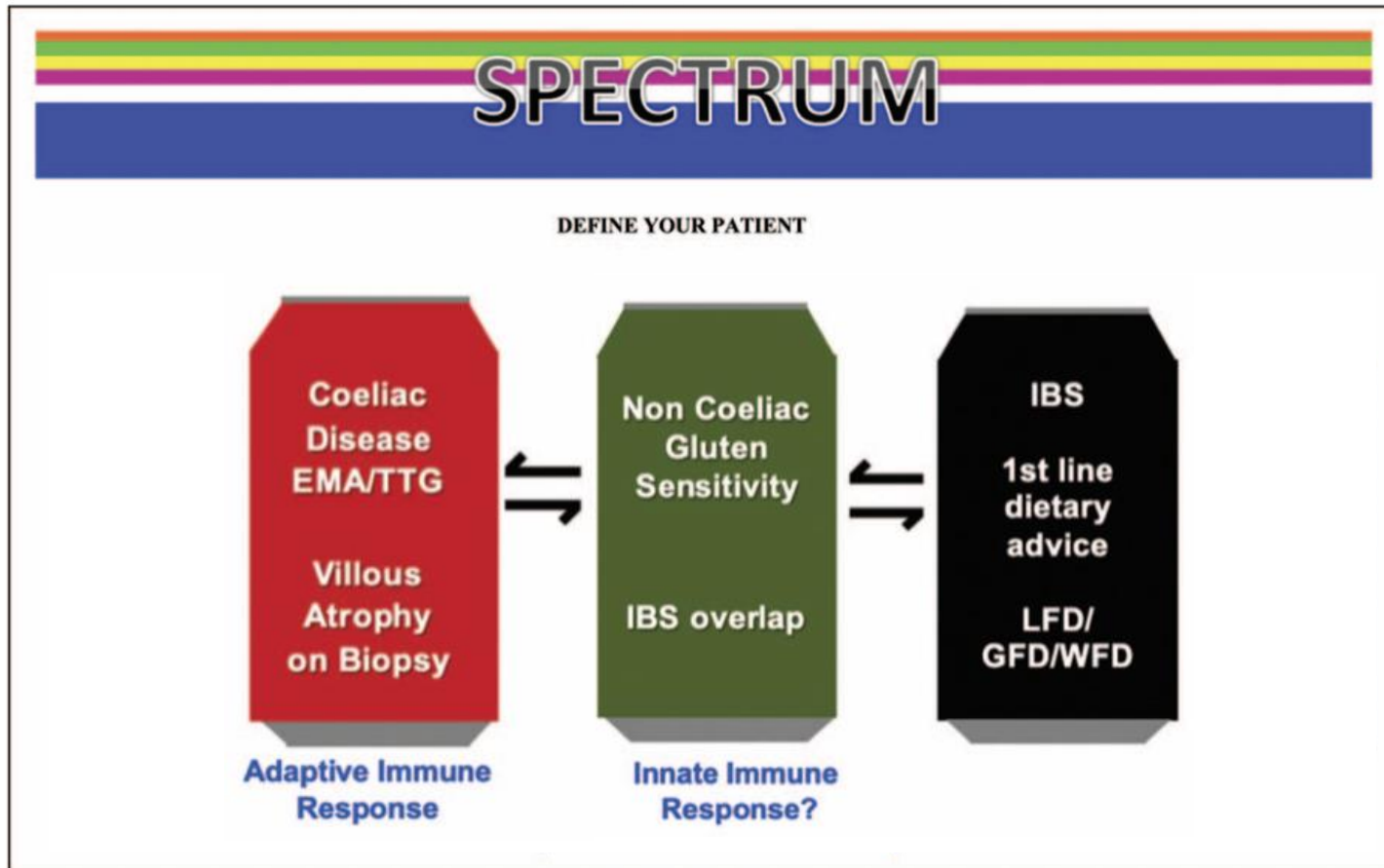
- 1. Presencia de síntomas gastrointestinales**
(principalmente dolor abdominal, distensión abdominal y/o diarrea) dependientes de la exposición dietética al gluten
- 2. Despistaje adecuado de la enfermedad celiaca**
 - HLA DQ2/DQ8 y serología de celiacía negativos
 - Si HLA DQ2/DQ8 positivo (uno/ambos heterodímeros) y serología negativa¶
 - 1) Biopsia duodenal normal o bien
 - 2) Linfocitosis epitelial > 25 LIE/100 células epiteliales con:
 - 2.1. Ausencia de depósitos de anticuerpos IgA frente a la transglutaminasa tisular en la mucosa intestinal
 - 2.2. Ausencia de recuento elevado de linfocitos que expresan el TCR gamma-delta en la mucosa intestinal
 - 2.3. Si no están disponibles las técnicas anteriores, descartar otras etiologías de EL (infección por *H. pylori*, AINE, sobrecrecimiento bacteriano, etc.) y EC definida como la respuesta clínica e histológica tras la retirada y la reintroducción del gluten
- 3. Resultados negativos de IgE y test cutáneos frente al trigo**
- 4. Tras realización de dieta sin gluten con mejoría clínica durante un mes, reaparición de los síntomas al reintroducir el gluten, de manera abierta o doble ciego controlado con placebo**

¶ La serología negativa implica la ausencia de anticuerpos anti-TG2 y anti-EmA. Los anticuerpos antigliadina IgG pueden ser positivos en población no celiaca.

SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELIACA

	Enfermedad celíaca	Sensibilidad al gluten no celíaca	Alergia al trigo
Lapso de tiempo entre la exposición al gluten y la aparición de los síntomas	Entre semanas y años	Entre horas y días	<i>Reacción inmediata:</i> pocas horas <i>Reacción tardía:</i> entre unas horas y dos días
Patogénesis	Autoinmune (inmunidad innata y adaptativa)	Hasta la fecha reacción inmunológica incierta	Formación de IgE y liberación del mediador proporcionado por la IgE
HLA	HLA-DQ2/8 (cerca del 95 % de los casos)	Incierto	-
Autoanticuerpos	Positivos (alta sensibilidad y especificidad)	Negativos (a excepción de anticuerpos antigliadina IgA y/o IgG)	Positivos de clase Ig E
Enteropatía	Típica	Ausente; ocasionalmente LIE's ligeramente elevados (Marsh 0-1)	Ausente
Síntomas	Intestinales y extraintestinales	Intestinales y extraintestinales	Intestinales y extraintestinales
Complicaciones	Comorbilidades, complicaciones a largo plazo	Ninguna comorbilidad, no se conocen complicaciones a largo plazo	Ninguna comorbilidad

Escribe un pie de foto.



[illegible]

