



# FORO PEDIÁTRICO

Publicación informativa de la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura

**Abril 2002**

**Número 8**

FORO PEDIÁTRICO ES  
UNA PUBLICACIÓN  
TRIMESTRAL DE LA  
SOCIEDAD DE  
PEDIATRÍA DE  
ATENCIÓN PRIMARIA  
DE EXTREMADURA,  
QUE SE DISTRIBUYE  
GRATUITAMENTE A  
TODOS SUS  
ASOCIADOS

Sociedad de  
Pediatría de  
Atención Primaria  
de Extremadura  
Colegio Oficial de  
Médicos  
Avda. Colón 21  
Badajoz

[www.spapex.org](http://www.spapex.org)

Editor:  
Jaime J. Cuervo Valdés

## SUMARIO

### EDITORIAL

Diario de un pediatra .....PAG 2

### NOTICIAS

Nueva Junta Directiva de la Sección de Badajoz

Información grupo de trabajo inmigración

Comunicado sobre malos tratos

Cambio en los gráficos peso / talla

Información congreso AEP

Ultima información del estado de la OPE..... PAG 3

### DIAGNÓSTICO INMUNOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD CELIACA

M<sup>a</sup> Luisa Vargas Pérez.....PAG 5

### CONVOCATORIA DE ASAMBLEA Y PRIMERAS

ELECCIONES A LA AEPAP .....PAG 11

# EDITORIAL

## Diario de un pediatra

7:00 a.m. Suena el despertador. Con gran alegría, como todos los días, me levanto, me ducho, desayuno, monto en mi coche y voy a mi trabajo.

8:00 a.m. Saludos a mis compañeros. Departamento amigablemente con los visitantes médicos, muy breves y concisos. Acudo a la interesante sesión clínica que, como todos los martes y jueves es de pediatría, hoy del tratamiento de la gastroenteritis aguda según la Medicina basada en pruebas (algunos se empeñan en el anglicismo basado en la evidencia).

9:00 a.m. Miro la agenda con mi enfermera, solo de pediatría, por supuesto. Tenemos media hora para cada programado de hoy; el primero es un bebé de 6 meses, un encanto; después viene Manolo, que hoy es fiesta en el instituto, y ayer llamé porque quería hablar urgente, ya se sabe, a los 16 años hay tantas ideas que entran y salen a toda velocidad, pero no podemos dejar de escucharlas. Además, este año lleva algunas crisis asmáticas más de la cuenta. No se me debe olvidar llamar al Dr. García, siempre me resuelve esas pequeñas dudas sin necesidad de tener que estar enviando a los niños a la consulta de neumología infantil más de lo necesario. Bueno, probablemente sea con Maite con quien más hable, ya se sabe que muchas veces son nuestros estrechos colaboradores de enfermería los que mejor dotados están para la educación para la salud.

Tuve que cambiar la cita a Pedrito, de 18 meses, para pasado mañana. Pero siempre hay tiempo para un adolescente. El 3º es mi amiga Rosita de 9 años, ya ha perdido los kilos necesarios y ha empezado, otra vez, a ir al grupo de scouts.

11:00 a.m. Ahora tengo la consulta a demanda, como siempre, uno cada 10 minutos, aunque a veces se cuele alguno "urgente". Mientras Maite va a explicar a unas cuantas mamás varias cuestiones de puericultura, ya dadas, por supuesto, pero siempre conviene recordarlas.

Ya se sabe que "más vale prevenir y educar". La charla de ayer en el colegio sobre prevención de tabaquismo fue bien, a ver como sigue..

Creo que hoy terminaré a las 13:30, pues la consulta no es muy grande.

14:00 Hoy viene alguien de la Gerencia, como todos los meses, a hablar con nosotros sobre el tema de esas nuevas vacunas que están pensando introducir, siempre que, con el consenso de todos, sea lo más adecuado y prioritario en este momento.

14:30 Aunque aún no terminó la reunión he de disculparme, viene María, la niña de 12 años que lo está pasando tan mal tras la separación de sus padres. Hoy creo que conseguiré, al fin, que hable con nuestro psicólogo (él está avisado), pues sólo está dos puertas más allá de mi consulta; aunque después de varias charlas con Maite y conmigo, parece que va mejorando su problema.

15:00 horas. Ya llega el equipo de guardia; aunque ya sabe que ahora no estamos con ninguna epidemia o sea que les auguro una guardia tranquila. Yo hoy no tuve ninguno sin cita. Y ya se sabe que cuando los usuarios saben tanto de su autocuidado y están tan bien motivados solo vendrán cosas realmente urgentes.

7:00 a.m. "Ring", "Ring", "Ring". Despierto. ¡Vaya! Otra vez ese tonto sueño en el que tengo TIEMPO para organizar mi trabajo, ver bien a mis pacientes, en el que trabajo codo con codo con un estupendo profesional de enfermería dedicado solo a pediatría, en el que los políticos cuentan con nosotros, nos comunicamos bien con los compañeros hospitalarios, en el que los usuarios usan pero no abusan del sistema, en fin... sería bonito. No obstante, no debemos dejar de soñar; quien sueña siempre irá buscando caminos para alcanzar esos sueños y haciendo pequeños senderos conseguiremos ir acercándonos poco a poco a nuestros sueños. Si hacemos muchos senderos juntos, los sueños estarán más cercanos.

En fin, queridos compañeros que habéis llegado hasta este punto de lectura, sé que a veces nos desesperamos, pero también sé que hacemos mucho más de lo que nosotros mismos creemos; a pesar del viento en contra, a pesar de los 70 niños de alguna mañana, y un largo etcetera de adversidades. En el fondo, esto nos gusta y tratamos de hacer lo mejor que podemos y sabemos nuestras funciones de pediatras de atención primaria (que ahora estamos algunos estudiando) y nuestras sociedades científicas deben servir de apoyo, de punto de encuentro y debate de todos los temas que nos preocupan, ya sean científicos, profesionales o laborales.

Desde aquí os invito a colaborar con todo aquello que se os ocurra y doy gracias en nombre de mi equipo a los que han depositado su confianza en nosotros para que la SPAPba, como parte de la SPAPex, siga su rumbo, a veces vacilante, espero que ahora, sereno y siempre adelante.

Cecilia Matilde Gómez Málaga  
Presidenta Sección Pediatría Atención Primaria de Badajoz

# NOTICIAS

## **Nueva Junta Directiva de la Sección de Pediatría de Atención Primaria de Badajoz**

El 7 de Febrero de 2002 tuvieron lugar en el Hotel Zurbarán de Badajoz las elecciones a la junta directiva de la SPAPba, la cual ha quedado formada como sigue: Presidenta: Cecilia Matilde Gómez Málaga; Secretaria: Isabel Botana del Arco; Tesorero: Enrique González Iglesias; Vocal: M<sup>a</sup> Ángeles Martín Rodríguez

## **Información grupo de trabajo de Inmigración**

El grupo ha elaborado el programa de atención a niños procedentes de China, el cual ha sido publicado en la web de la Sociedad ([www.spapex.org](http://www.spapex.org)) y en la web de la AEPap ([www.aepap.org](http://www.aepap.org)) y puede ser descargado en formato pdf para su utilización en consulta.

## **Comunicado sobre malos tratos.**

La Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura (SPAPex) ante los recientes sucesos ocurridos en varios lugares de España, que han conducido a la muerte de niños a manos de sus propios padres, se adhiere al comunicado de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap):

La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), a raíz de los recientes casos de niños maltratados por sus padres hasta causarles la muerte, quiere expresar su preocupación por la repetición de estos gravísimos hechos en los últimos tiempos.

Según recientes estadísticas, en España han muerto 77 niños en los últimos 12 años a manos de sus propios padres. Los casos de maltrato infantil son cada vez más frecuentes en nuestro país y en los países de nuestro entorno y es función nuestra como pediatras estar alerta para, ante la menor duda, denunciarlo a la fiscalía de menores.

Pero, dada la gravedad de los hechos acaecidos, la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) cree su deber en la defensa de los intereses de los niños, hacer una llamada de alerta no sólo a los pediatras de Atención Primaria, sino a la población general para que no sea cómplice de situaciones de maltrato infantil. Cualquier persona que conozca o sospeche una situación de este tipo debe denunciarlo para evitar que estos terribles hechos se sigan produciendo. La mayor parte de los casos de maltrato infantil ocurren en el ámbito familiar, como lo demuestran esos crímenes tan recientes. Los profesionales pueden sospechar, conocer y denunciar un limitado número de casos. Son los componentes de la familia y las personas más allegadas a la misma, los que conocen y pueden denunciar la mayor parte de estos casos de maltrato infantil a tiempo, antes de que ocurran desgracias irreversibles como las que justifican este comunicado.

La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) considera que es de la mayor importancia que la población general sea consciente que una actuación y una denuncia rápidas pueden salvar las vidas de muchos niños.

Quienes deseen ampliar información, pueden ponerse en contacto con el [Dr. Francisco Javier Soriano Faura \(jasofa@ono.com\)](mailto:jasofa@ono.com). El Dr. Soriano es pediatra y autor de las recomendaciones sobre prevención y detección de malos tratos que ha publicado el Grupo de Actividades Preventivas de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, que pueden consultarse en <http://www.aepap.org/previnfad/Maltrato.htm>.

## **Cambio en los gráficos peso/talla**

Hace unos meses se detectaron errores en la gráfica de crecimiento talla-edad de varones de 2 a 18 años que se están utilizando en los Centros de Salud dependientes de la Gerencia de Badajoz.

Este error ha sido corregido por dicha Gerencia, por lo que os aconsejamos que reviséis las gráficas que estáis utilizando, ya que desde enero se deberían estar enviando las correctas.

Si en vuestro Centro aún disponéis de las antiguas, deshacedos de ellas y solicitad las nuevas.

## **Información del Congreso AEP.**

Habrán Mesas y talleres dedicados a PAP, además de las elecciones a la Junta directiva de la AEPap

## **Última información del estado de la OPE.**

**La Audiencia Nacional emite un Auto que recoge la no paralización de la Orden que desarrolla la OPE de médicos de Primaria**

Afirma que debe prevalecer el interés general sobre el de los particulares que han presentado la impugnación. La Sala de lo Contencioso-Administrativo Sección 4 de la Audiencia Nacional ha emitido un Auto con fecha de 30 de enero, mediante el cual se acuerda no proceder a la suspensión de la ejecución de la resolución recurrida.

contra la Orden Ministerial por la que se convoca un proceso extraordinario de consolidación de empleo para la provisión de plazas de médicos de familia en centros de Primaria.

El Auto recoge, entre otras cosas, que dado el alto volumen de plazas convocadas y la importancia de la cuestión que se debate se "exige dar prevalencia al interés general, sobre el de los particulares que han impugnado la Orden recurrida". Y añade que ante la Sala se tramitan varios recursos contenciosos en los que se impugna idéntica resolución, y en "varios de ellos concurren varios recurrentes, lo que no debe ser suficiente para suspender todo el proceso selectivo, dada la importancia numérica del mismo".

La Audiencia Nacional acuerda, en sus conclusiones, que "no procede acceder a la suspensión de la ejecución de la resolución recurrida".

Cabe recordar que el Ministerio de Sanidad en su informe sobre alegaciones de oposición a la suspensión hace referencia a los intereses generales y afirma, entre otras cosas, que la citada suspensión no solo afectaría a los interesados en el proceso, sino que trascendería a "la asistencia sanitaria como servicio público que se presta a los ciudadanos", y el perjuicio a los intereses generales si se aceptara la suspensión "es superior que el beneficio que pudiera derivarse para los interesados".

### Las pruebas de la Oferta Extraordinaria de Empleo comenzarán después del verano

El día 15 de abril CCOO y el resto de los sindicatos firmantes del pacto de estabilidad en el empleo han mantenido una reunión con el INSALUD sobre el tema de la Oferta de Empleo Extraordinaria.

En esta reunión la administración hizo entrega de un listado detallado de solicitudes que se han recibido en las distintas convocatorias y los porcentajes que suponen respecto a las plazas convocadas.

Se discutió a continuación un listado de temas que necesitan explicación o suponen alguna interpretación en la OPE, planteando CC.OO la necesidad de dar una solución a los facultativos generales de Primaria que llevan años ejerciendo funciones y ocupando plaza de pediatra, la posibilidad ya comprometida de realizar pruebas descentralizadas en los territorios insulares y las ciudades autónomas, la necesidad de aclarar los contenidos y estructura de las memorias del grupo A y sobre los contenidos de informática de los Auxiliares Administrativos.

A pesar de que la administración solicitó a los sindicatos que estas aclaraciones se les hiciesen llegar por escrito en un plazo de 24 horas, debe aclararse que tendrá que ser la Comisión de Seguimiento y Desarrollo de OPE (integrada por las diez comunidades transferidas más el Ministerio) y el Consejo Interterritorial (diecisiete Comunidades mas el Ministerio) lo que deberán tomar las decisiones sobre la solución de estos problemas.

Según aclaró Cristóbal Gil, Responsable de Acción Sindical de la Federación Estatal de Sanidad de CCOO, no debe confundirse esta Comisión de Gobierno con la Comisión Paritaria Administración /Sindicatos que prevé el acuerdo de dos de agosto, habiendo solicitado la semana pasada CCOO y Satse su constitución por escrito.

Según manifestó Gil, 'el proceso de la OPE extraordinaria, aunque con cierta lentitud se va desarrollando con normalidad y es muy importante que las Comunidades de Andalucía, Galicia y Canarias cierren sus convocatorias para poder desarrollar la misma con más agilidad, ya que el INSALUD ha manifestado que el listado de excluidos y admitidos no puede publicarse hasta que no salga la orden de creación de la Comisión de Desarrollo y Seguimiento ni se concreten todas las convocatorias de los Servicios de Salud que se sumaron a la Oferta de Empleo Extraordinaria'

Finalmente la Administración declaró que antes del verano están pensando en la realización de las pruebas de una categoría "simbólica" pero que el grueso de la oferta comenzará después del verano.

CARTAS

Podéis enviarnos vuestras opiniones y sugerencias :  
Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura  
Foro Pediátrico  
Colegio Oficial de Médicos  
Avda. Colón 21 Badajoz  
Por e-mail: [jjcuervov@spapex.org](mailto:jjcuervov@spapex.org)

## **DIAGNÓSTICO INMUNOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD CELIACA.**

### **PROTOCOLOS DIAGNÓSTICOS**

**Dra. M<sup>a</sup> Luisa Vargas Pérez. Sección de Inmunología. Hospital Infanta Cristina. Badajoz**

#### **INTRODUCCIÓN**

La enfermedad celíaca (EC) se define como una intolerancia permanente a la fracción proteica del gluten, que da lugar a una lesión característica de la mucosa del intestino delgado proximal en individuos genéticamente predispuestos (1). Actualmente la enfermedad celíaca basa su diagnóstico en el hallazgo alteraciones específicas en la mucosa intestinal (2). Sin embargo, la descripción, por una parte, de marcadores serológicos (autoanticuerpos) de elevada especificidad y sensibilidad, y por otra, de los genes del sistema HLA (HLA-DQ2) que se comportan como un marcador de susceptibilidad génica de la enfermedad (3), nos han permitido identificar las formas no típicas de la enfermedad, así como aumentar el diagnóstico entre los familiares de celíacos y entre pacientes con enfermedades de reconocida asociación a la enfermedad celíaca.

#### **DIAGNÓSTICO INMUNOLÓGICO**

##### **1. MARCADORES INMUNES SEROLÓGICOS**

En la actualidad, la utilidad principal de los marcadores inmunes es ayudar a la selección previa de aquellos pacientes con una alta posibilidad de padecer una enfermedad celíaca, que deberá ser confirmada mediante biopsia intestinal. Lo que sí debemos conocer es cual es el marcador o marcadores más idóneos, para asegurar el diagnóstico. A continuación vamos a analizar los distintos marcadores serológicos disponibles en el laboratorio de Inmunología.

###### **1.1 ACS. ANTIGLIADINA (AGA)**

Fueron los primeros en ser utilizados; se describieron en los años 60, aunque su uso se extendió a finales de los 80.

Los AGA séricos son predominantemente de clase IgA e IgG. Los AGA-IgA tienen una sensibilidad superior al 80% y una especificidad que ronda el 90% dependiendo de la edad de los pacientes en estudio: la eficacia es mayor para los pacientes pediátricos, especialmente los menores de 3 años, y menor para los adultos (4-10). Los AGA-IgG, aunque poseen una elevada sensibilidad, son poco específicos, dando un porcentaje elevado de falsos positivos.

Para la determinación de AGA se ha utilizado una gran variedad de métodos, siendo los más extendidos los de enzoinmunoanálisis (4-8, 10)

Los AGA-IgA pueden ser positivos en otras enfermedades gastrointestinales y otros procesos, incluso en individuos sanos (sobre todo en ancianos). Sin embargo, lógicamente son negativos en los déficit de IgA

###### **1.2 ACS. ANTI RETICULINA (ARA)**

Se determinan por inmunofluorescencia indirecta sobre riñón, estómago e hígado de rata. Dan un patrón específico de tinción que se denomina R1 (peritubular en el riñón). Son fundamentalmente de tipo IgA (11).

La sensibilidad y especificidad de los ARA es más baja que la de otros marcadores. Su utilidad práctica es muy limitada.

###### **1.3 ACS. ANTIENDOMISIO (EMA)**

Van dirigidos frente a la sustancia interfibrilar del músculo liso (endomisio). Se detectan por inmunofluorescencia indirecta sobre la porción distal del esófago de mono. Son preferentemente de isotipo IgA, y se relacionan estrechamente con el daño de la mucosa intestinal (12).

La sensibilidad y especificidad de los EMA es superior al 90%, la especificidad es discretamente inferior en adultos que en niños. Su sensibilidad varía según los grupos de población y la edad. Son menos sensibles que los AGA en niños menores de dos años y adolescentes, y similar o superior a los AGA en los otros grupos de edad (7, 8, 10, 13, 14).

Se puede encontrar débil positividad de este marcador en niños con intolerancia a la leche de vaca.

El déficit del IgA es la principal causa de falsos negativos

###### **1.4 ACS. ANTI TRANSGLUTAMINASA TISULAR (ATGt)**

La transglutaminasa tisular (TGt) es una enzima de expresión ubicua que se libera tras un daño tisular. Estudios de inmunoprecipitación identifican a la TGt como el antígeno más importante, aunque no el único, frente al que van dirigidos los anticuerpos antiendomisio (15).

Recientemente se ha demostrado que la TGt acepta a la gliadina como sustrato, produciendo su deaminación y creando un nuevo epítipo que se une eficientemente a DQ2 para ser presentado a los linfocitos T específicos y provocar la respuesta inmune patogénica (15-16).

En la actualidad se están desarrollando métodos para cuantificar los anticuerpos ATGt e intentar correlacionarlos con el grado de atrofia vellositaria y con los marcadores inmunes previamente descritos. Aunque con sensibilidad y especificidad muy altas (similares a los EMA), no hay una total concordancia entre los resultados de los ATGt medidos por ELISA y los EMA determinados por IFI (17). Los últimos

estudios intentan clarificar si la determinación de ATGt podría servir como prueba de oro para el diagnóstico inicial de enfermedad celíaca

## 2. MARCADORES GENÉTICOS. TIPAJE HLA

La sobreexpresión de determinados alelos del sistema HLA en pacientes celíacos fue descrito hace dos décadas. Un antígeno HLA de clase II, más concretamente el HLA-DQ2, formado por dos cadenas polipeptídicas a y b codificadas por los genes DQA1\*0501 y DQB1\*0201 confiere susceptibilidad primaria a la enfermedad (3). El HLA-DQ2 une preferentemente péptidos transformados por la transglutaminasa y se los presenta a los Linfocitos T CD4(+) para que se inicie la respuesta inmune perjudicial.

En nuestro medio el 95% de los enfermos celíacos son DQ2 (+) mientras que en la población normal este antígeno aparece en el 47% (18). La determinación del antígeno HLA-DQ2 es útil como marcador de formas latentes o potenciales de la enfermedad.

## 3. INMUNOFENOTIPAJE DE LOS LINFOCITOS INTRAEPITELIALES

Los linfocitos intraepiteliales (LIE) representan un compartimento celular heterogéneo de funciones desconocidas y ontogenia controvertida. La mayoría de los LIE expresan el complejo CD3 asociado a TCR ?? o ??. También esta descrita otra población de LIE CD3(-) que expresan algunos marcadores de células NK, por lo que se denominan linfocitos NK-like y que podrían intervenir en procesos inmunes que favorezcan la tolerancia oral (19). En la enfermedad celíaca está descrita una elevación de los LIE fundamentalmente a expensas de células T CD3+ TCR??+, que se acompaña de una disminución de células NK-like (20, 21). Esta alteración persiste sistemáticamente a pesar del estadio clínico de la enfermedad, del grado de atrofia mucosa y de las condiciones de la dieta. Por lo tanto, nos permite identificar pacientes con enfermedad celiaca cuando la biopsia se realice en un momento de dieta libre de gluten y no halla atrofia vellositaria .

El estudio de los marcadores de superficie de los LIE (fenotipaje) se realiza a partir de muestras obtenidas por biopsia y mediante citometría de flujo.

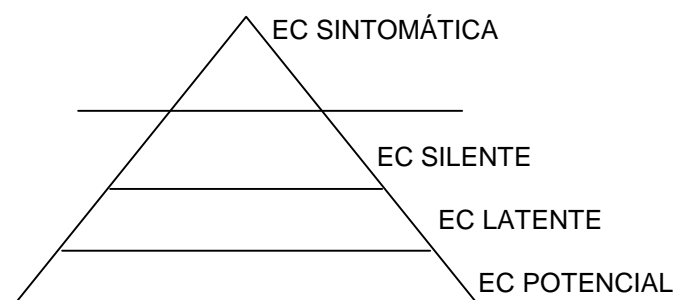
## UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LOS MARCADORES INMUNOLÓGICOS

### 1. PACIENTES CON ENFERMEDAD CELÍACA: FORMA TÍPICA, ATÍPICA O MONO-SINTOMÁTICA, SILENTE, LATENTE Y POTENCIAL

Además de las **formas típicas** de E. Celiaca, que aparecen en el niño entre el 1<sup>er</sup>-3<sup>er</sup> año de vida y en el adulto en la 3<sup>a</sup> y 4<sup>a</sup> década, con predominio en ambos casos de sintomatología digestiva y afectación nutricional (22), existen formas **pauci o monosintomáticas**, también denominadas atípicas cada vez más diagnosticadas. Estas formas atípicas pueden dar como único síntoma: talla baja (23), infertilidad/abortos repetidos, retraso de pubertad, manifestaciones articulares (24, 25), anemia refractaria al tto, osteoporosis, hipertransaminasemia (26) o epilepsia refractaria al tto (27).

En las formas clínicas sintomáticas típicas o atípicas, los anticuerpos (AGA-IgA, EMA y ATGT) son positivos y presentan generalmente HLA-DQ2 (DQA1\* 05, DQB1\*02)

Además de estas formas clínicas sintomáticas, la eficacia de los marcadores inmunológicos de EC ha puesto en evidencia la existencia de formas **ocultas** de EC que ha dado lugar a la representación gráfica propuesta por LOGAN en 1991, o **Iceberg de la EC** :



Las formas sintomáticas ( tanto típicas como atípicas) serían solo la parte visible del Iceberg, y aparecen unas formas nuevas como son la EC silente, EC latente y EC potencial (1):

**EC silente** : definida por la ausencia de manifestaciones clínicas a pesar de la existencia de una lesión vellositaria característica de EC. El motivo que ha indicado la biopsia intestinal es generalmente la presencia de uno o varios marcadores inmunes de EC detectados en un despistaje familiar o poblacional, o por padecer una enfermedad de reconocida asociación con la enfermedad celíaca (28). Estos enfermos también suelen expresar los genes de susceptibilidad HLA-DQ2

**EC Latente** se aplica en aquellos individuos que llevando una dieta con gluten presentan una biopsia intestinal normal, pero que en otro momento han presentado una atrofia subtotal de vellosidades (ASV) con las características histológicas propias de la EC . En cuanto a sus características clínicas, estos pacientes pueden ser sintomáticos o asintomáticos. Es frecuente detectar en anticuerpos positivos aunque su presencia no es constante. Aunque la biopsia es normal si se fenotipan los linfocitos intraepiteliales, estos presentan las alteraciones características de la enfermedad celíaca. También estos pacientes son HLA-DQ2 (29-31).

**Enfermedad Celíaca Potencial** : se aplica a un grupo de pacientes que en ningún momento han presentado atrofia vellositaria característica, en los que sin embargo se detecta otras alteraciones, principalmente inmunológicas, propias de los pacientes celíacos, como son: un marcador (EMA) positivo, aumento de Linfocitos Intraepiteliales y especialmente de la población que expresa TCR  $\gamma$   $\delta$  , o un patrón de Ac antigliadina a nivel de la mucosa de intestino delgado característico de EC (31). Para el diagnóstico de estos enfermos también será de ayuda la presencia de HLA-DQ2

## **2. PACIENTES CON ENFERMEDADES ASOCIADAS A LA EC.**

En los niños afectados de Síndrome de Down se ha encontrado una prevalencia de EC entre el 2.5-6%, muy superior al de la población general. La sensibilidad de los AGA-IgA en este grupo de pacientes es superior a los EMA, con una alta especificidad de ambos (32).

Los pacientes Diabetes Mellitus tipo I. Presentan mayor riesgo de padecer EC que la población general con una prevalencia que oscila entre el 2.5-5%. En estos pacientes los AGA-IgA tienen una alta sensibilidad diagnóstica, pero una baja especificidad, especialmente al inicio de la enfermedad diabética y en relación con la disfunción inmunológica que presentan (33).

Los EMA tienen una elevada especificidad aunque también pueden obtenerse resultados falsos positivos en las fases de debut de la diabetes (34).

Hay que tener en cuenta que la EC puede debutar a cualquier edad de la vida y en cualquier momento evolutivo de la diabetes; por ello una única determinación negativa de 1 o varios marcadores, no excluye definitivamente el riesgo de EC. Por ello se recomienda incluir la determinación de marcadores serológicos de EC en el control clínico / analítico rutinario de los pacientes con DM tipo I (33).

## **3.- FAMILIARES EN PRIMER GRADO DE PACIENTES CON EC.**

La prevalencia de EC en los familiares en primer grado de los pacientes celíacos oscila, según las series entre un 5%-13%, siendo la prevalencia mayor en los gemelos univitelinos y en los familiares que comparten los alelos de riesgo (HLA-DQ2). La prevalencia de uno o varios marcadores serológicos positivos en este grupo no siempre se relaciona con la existencia de una enteropatía, pero sí con la posibilidad de formas latentes y potenciales (35,36).

## **MARCADORES INMUNES SEROLÓGICOS EN LA MONITORIZACIÓN DIETÉTICA**

### **Periodo de dieta exenta de gluten (DEG)**

Tras el cese del consumo de gluten, se pone en marcha un proceso regenerativo de la mucosa intestinal y se normaliza la respuesta inmunológica, lo que se traduce en una disminución progresiva de los marcadores inmunes.

Los AGA-IgG permanecen elevados en suero tras 9-12 meses de dieta estricta. En cuanto a los AGA-IgA desaparecen mucho antes, confirmando su especificidad y valor predictivo negativo.. Se negativizan

entre los 3 y 6 meses de DEG. La velocidad de desaparición de estos anticuerpos es variable, no dependiendo del nivel de respuesta inicial ni de la edad del paciente (5, 8).

Las trasgresiones dietéticas se asocian a una nueva elevación de los niveles de AGA-A y el no cumplimiento sistemático de la misma, a unos niveles permanentemente elevados (5)

Los EMA tardan más tiempo en normalizarse que los AGA-IgA probablemente porque su elevación está en relación con la integridad de la mucosa intestinal. Desaparecen antes de los doce meses del tratamiento dietético. Excepcionalmente pueden encontrarse título positivos tras doce meses de cumplimiento dietético lo que podría indicar una persistencia del proceso inflamatorio intestinal (7-8).

Los ATGt parecen negativizarse ante que los EMA, se necesitan series más largas de estudio.

### **Periodo de provocación**

Tras introducir el gluten en la dieta, lo primero que se detecta son AGA-IgA de forma precoz (en 15 días), independientemente o no de la aparición de manifestaciones clínicas. En la mayoría de los casos su presencia en sangre precede a la recaída histológica de la mucosas. Es por tanto el mejor test de seguimiento (5).

En adolescentes que realizan transgresiones tras un periodo prolongado de dieta exenta de gluten, la normalidad de los AGA-IgA no excluye el diagnóstico de enfermedad celíaca. Tampoco los EMA parecen ser de ayuda en este grupo de pacientes (37).

En la infancia, durante el periodo de provocación, los EMA se positivizan más tardíamente que los AGA, en un 50-60% de los casos, tras 3-6 meses de provocación con gluten (8, 14).

## **PROTOCOLOS DIAGNÓSTICOS**

### **1. PROTOCOLO EN CASO DE SOSPECHA CLÍNICA (figura 1)**

En estos casos se determinarán como despistaje inicial :

-Acs. Antigliadina IgA, Anti endomisio IgA y antitransglutaminasa IgA

-Cuantificación de IgA, para detectar aquellos falsos negativos debido a déficit congénito de IgA

Dependiendo de los resultados de estas determinaciones se procederá a seguir el algoritmo diagnóstico

### **2. PROTOCOLO EN CASO DE FAMILIARES DE PRIMER GRADO O DE ENFERMEDAD ASOCIADA (figura 2)**

#### **a. Enfermedades asociadas**

Se seguirá el mismo protocolo de despistaje que para la sospecha clínica, teniendo en cuenta que conviene hacer controles periódicos de estos pacientes aunque una primera determinación sea negativa.

#### **b. Familiares de primer grado**

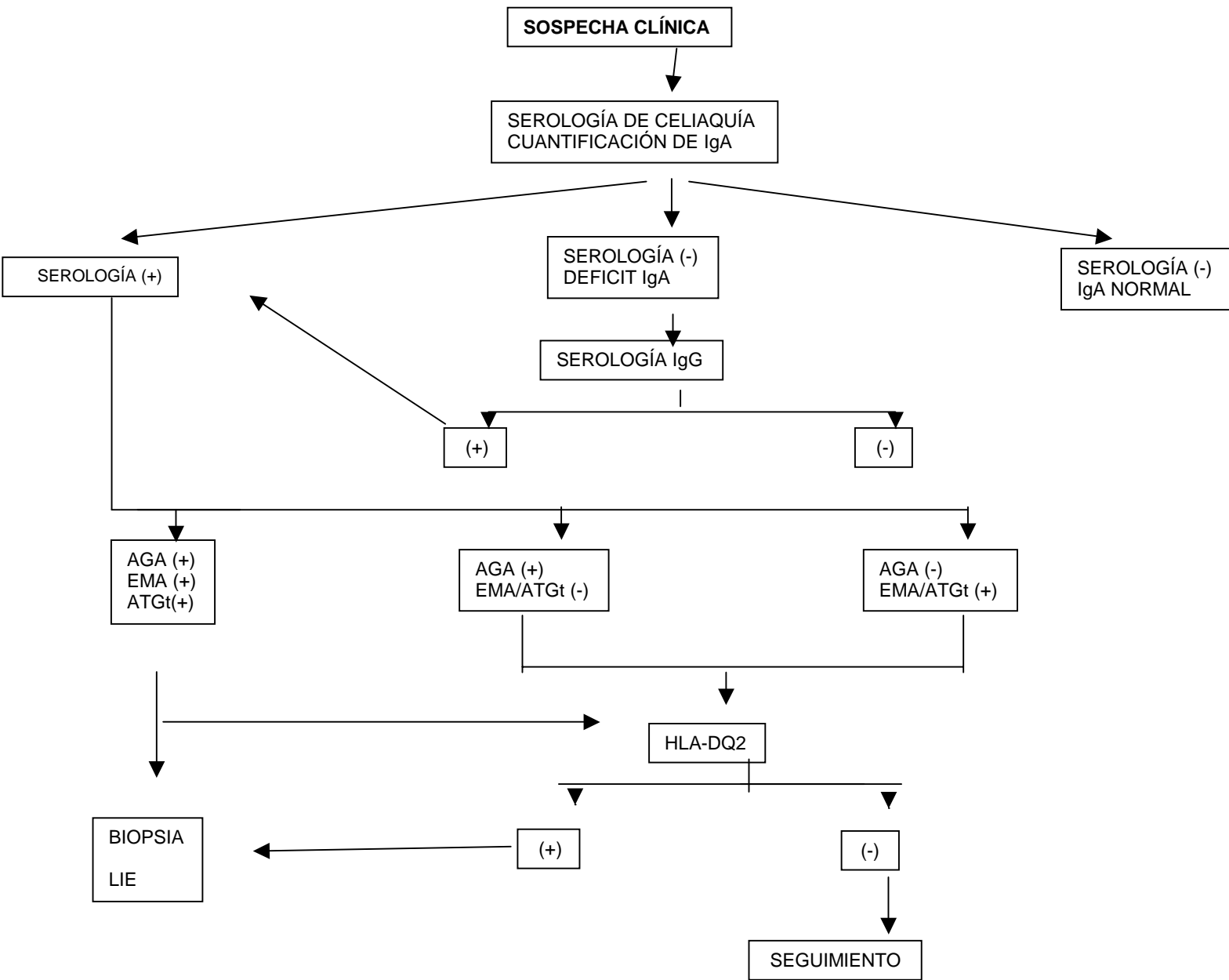
En estos casos, al despistaje inicial de autoanticuerpos y cuantificación de IgA, hay que añadir la determinación de HLA-DQ2 ((DQA1\* 05, DQB1\*02), ya que aquellos familiares que posean este marcador de susceptibilidad, aunque los anticuerpos sean negativos, deben controlarse periódicamente por el elevado riesgo de padecer la enfermedad.

### **3. PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO**

Tanto para el seguimiento del periodo de dieta libre de gluten como de la fase de provocación, se utilizarán los niveles séricos de AGA-IgA, EMA y ATGt. Los primeros son los que antes se alteran ante cualquier modificación de la dieta. Los EMA y ATGt nos van a dar idea del grado de lesión intestinal que todavía presente el enfermo.

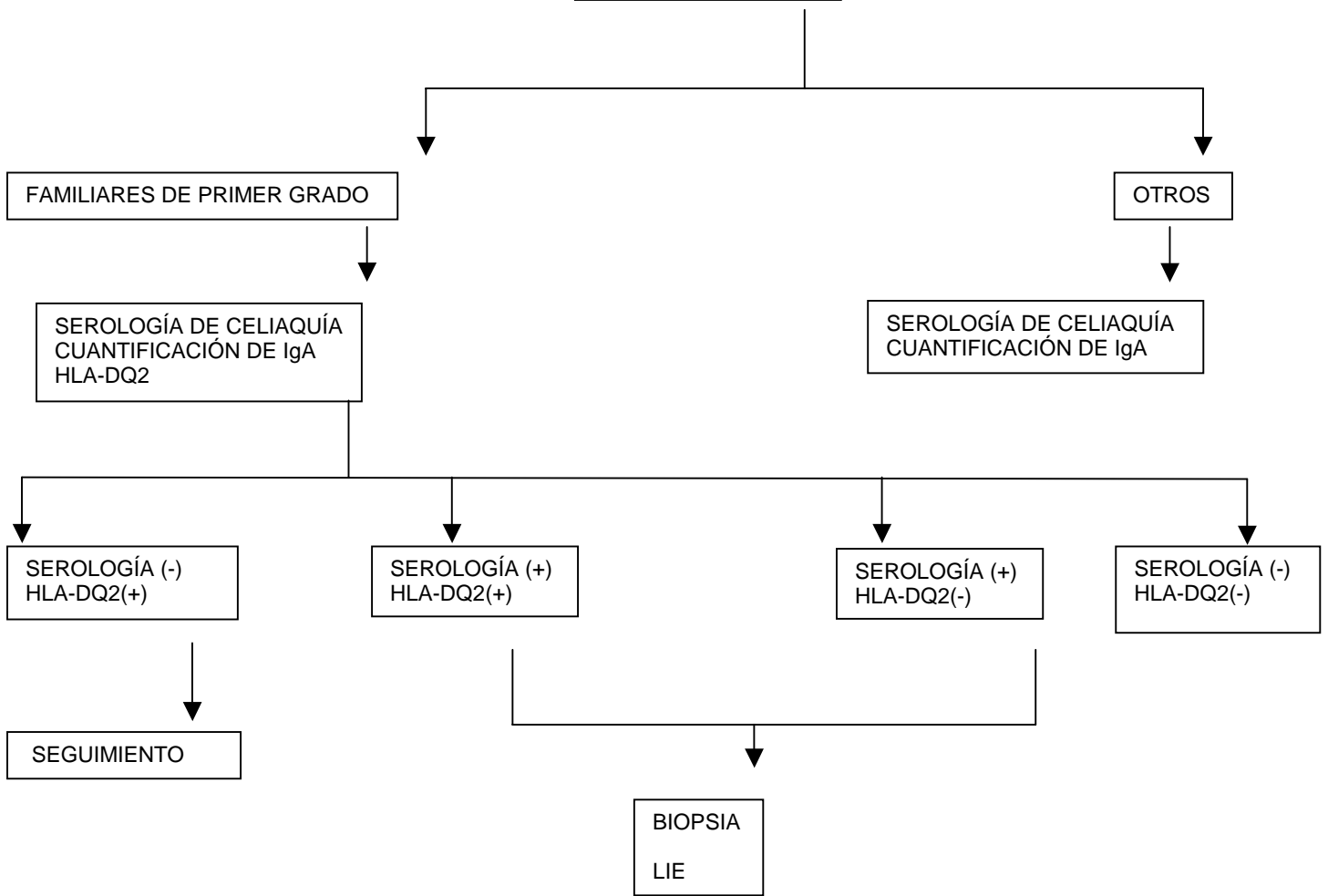


PROTOCOLO DIAGNÓSTICO DE E. CELIACA. Figura 1



PROTOCOLO DIAGNÓSTICO DE E. CELIACA. Figura 2

GRUPOS DE RIESGO



## CONVOCATORIA DE ASAMBLEA Y PRIMERAS ELECCIONES A LA AEPAP

Notificación de la Secretaria de la AEPap

Estimado/a socio/a:

Te convocamos a la celebración de la primera Asamblea de la AEPap que tendrá lugar durante el Congreso de Bilbao el día 16 de Junio a las 12 horas.

Nuestra Asociación se ha regido hasta la fecha por los estatutos elaborados en la Asamblea constituyente celebrada en Madrid, en mayo de 2000. Estos estatutos, según el artículo 20, se consideran provisionales hasta que no sean aprobados en Asamblea Extraordinaria convocada para tal fin.

Por esta razón, durante el próximo Congreso de Bilbao realizaremos nuestra primera Asamblea con un doble objetivo: Aprobar definitivamente los estatutos por los que se regirá la AEPap, en una asamblea extraordinaria, y elegir la primera Junta Directiva de la asociación, en una asamblea ordinaria. Asimismo, como es preceptivo, el Presidente, el secretario y el tesorero informarán de las actividades realizadas desde la constitución de la sociedad, del número actual de socios, de la capacidad financiera de la AEPap y de los objetivos propuestos para los próximos años.

Los cargos sujetos a proceso electoral son los de Presidente, Vicepresidente, secretario y tesorero. Los vocales representantes de cada organización autonómica, según el artículo 8 de los estatutos, serán propuestos por la Junta Directiva de su Asociación respectiva.

Podrán presentarse a candidatos todos los socios numerarios de la AEPap. Según el artículo 9, para ser socio numerario, "será requisito indispensable tener el título de especialista en Pediatría y sus Especialidades y ejercer en Atención Primaria." Se considera, según el artículo 10, "que los socios de una comunidad autónoma lo son de la nacional a través de su adscripción a la asociación territorial correspondiente. En el caso de comunidades autónomas donde no hubiera asociación territorial, los pediatras de atención primaria que desearan participar en la AEPap podrán hacerse socios directamente mediante solicitud a la organización nacional".

La candidatura se dirigirá al domicilio social de la Asociación, calle Monte Rancho 6, 3ºB Las Rozas. Madrid. 28230. El plazo de presentación de candidaturas finalizará 7 días antes de la fecha de celebración de la Asamblea.

Las candidaturas podrán utilizar todos los medios de difusión de la AEPap, tanto nacionales como autonómicos, para presentar sus propuestas, y hacer campaña electoral.

Podrán ejercer su derecho a voto todos los socios numerarios de la AEPap mediante voto directo. Se admitirá el voto delegado o representado debidamente acreditado (artículo 7).

La votación se realizará en las urnas situadas en la mesa electoral para tal fin el día 16 de junio en el Palacio de Congresos de Bilbao.

Desde aquí te invitamos a participar con tu opinión y con tu voto en esta primera Asamblea de la AEPap, que estamos seguros será un punto de encuentro de todos los pediatras de primaria en el ámbito nacional.

Un saludo

Secretaria de la AEPap