https://doi.org/10.22516/25007440.1269

Not everything is celiac disease

Andrés José Gómez-Aldana.[1*]

OPEN ACCESS

Citation:
Gómez-Aldana AJ. Not everything is celiac disease. Revista. colomb. Gastroenterol. 2025;40(1):124-125. https://doi.org/10.22516/25007440.1269

[1] Internist and gastroenterologist. Hepatologist at the University of Toronto and Clinical Nutrition Specialist (McMaster University). Assistant Professor, School of Medicine, University of Texas Health Science Center. San Antonio, Texas, United States.

Correspondence: Andrés José Gómez-Aldana. andresgomezmd@hotmail.com

Received: 13/08/2024
Accepted: 28/11/2024

After reading the clinical case published by Urbano et al. regarding a patient with diffuse digestive symptoms and findings suggestive of celiac disease[1], I would like to offer the following considerations. First, the diagnosis of celiac disease is made by a combination of clinical symptoms, in addition to paraclinical and histological findings.

Regarding the paraclinical findings, the presence of positive celiac disease antibodies is mentioned, with a cutoff of 1.1 and a result of 1.4. However, diagnosis of the disease requires that transglutaminase antibody values reach a value of more than 10 times the cut-off point, and even the detection of anti-endomysial antibodies[2]. In the case of the patient, it would be appropriate to complement the studies to meet this criterion.

Additionally, the case mentions the histological findings showing a Marsh 1 and Marsh 2 score. However, there is no evidence of villous atrophy, which makes this diagnostic criterion a real challenge, since lymphocytic duodenosis (>25 intraepithelial lymphocytes per 100 epithelial cells) in the absence of villous atrophy is not specific for celiac disease[2-4], but may be a manifestation of multiple mimicking conditions of infectious (tropical sprue, bacterial overgrowth or *Helicobacter pylori*), drug or even immune origin (immunodeficiencies or autoimmune enteropathy)[3]. In these cases, it could be referred to as a non-atrophic type of celiac disease; however, further evidence would be needed to support this diagnosis.

I consider that this case could be considered as a potential celiac disease, given the presence of antibodies and a biopsy with no evidence of villous atrophy. This would need to be confirmed by histocompatibility testing for HLA-DQ2 and HLA-DQ8, which, if negative, would virtually exclude the possibility of celiac disease[2,5].

Unfortunately, in Colombia the prevalence studies of celiac disease have been based predominantly on the detection of antibodies[6], which generates an underdiagnosis and a lack of knowledge of this pathology in our community. For this reason, it is important to consider the different clinical and paraclinical aspects for an adequate diagnosis of an entity that would force a radical change in life habits.

REFERENCES

1. Urbano-Albán DC, Díaz-Idrobo B, Hooker-Herrera RS, Hooker-Mosquera JC. Enfermedad celiaca, un enemigo silencioso: a propósito de un caso. Rev Colomb Gastroenterol. 2024;39(2):224-229. https://doi.org/10.22516/25007440.1090

© 2025 Asociación Colombiana de Gastroenterología

2. Rubio-Tapia A, Hill ID, Semrad C, Kelly CP, Greer KB, Limketkai BN, et al. American College of Gastroenterology Guidelines Update: Diagnosis and Management of Celiac Disease. Am J Gastroenterol. 2023;118(1):59-76. https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000002075
3. Villanacci V, Vanoli A, Leoncini G, Arpa G, Salviato T, Bonetti LR, et al. Celiac disease: histology-differential diagnosis-complications. A practical approach. Pathologica. 2020;112(3):186-196. https://doi.org/10.32074/1591-951X-157
4. Hassall E. Not everything is celiac disease. Gastrointest Endosc. 2010;72(3):569-71. https://doi.org/10.1016/j.gie.2010.02.030
5. Caio G, Volta U, Sapone A, Leffler DA, De Giorgio R, Catassi C, et al. Celiac disease: a comprehensive current review. BMC Med. 2019;17(1):142. https://doi.org/10.1186/s12916-019-1380-z
6. Velasco-Benítez CA, Ruíz-Extremera Á, Matallana-Rhoades AM, Giraldo-Lora SC, Ortiz-Rivera CJ. Prevalence of markers of celiac disease in Colombian children with diabetes mellitus type 1. Colomb Med (Cali). 2018;49(4):273-279. https://doi.org/10.25100/cm.v49i3.3650

Response to the letter to the editor: Not everything is celiac disease

Diana Carolina Urbano-Albán.[1*]

OPEN ACCESS

Citation:
Urbano-Albán DC. Response to the letter to the editor: Not everything is celiac disease. Revista. colomb. Gastroenterol. 2025;40(1):126. https://doi.org/10.22516/25007440.1308

[1] Physician and surgeon. Hospital Physician. Hospital Universitario San José de Popayán, Popayán, Colombia.

Correspondence: Diana Carolina Urbano-Albán
dianaurbano@unicauca.edu.co

Received: 28/11/2024
Accepted: 30/11/2024

I thank you in advance for your interest in the clinical case *Celiac disease, a silent enemy: a case report*[(1)]. I consider of great relevance the contribution and the profound academic discussion on the diagnostic challenge of an underdiagnosed pathology, based on the sum of clinical, paraclinical and histological criteria, which allow for a comprehensive approach. Unfortunately, at present, there are no diagnostic scales for celiac disease and there are few national and local studies on celiac disease.

It is worth noting that, according to the literature, the clinical presentation of the exposed patient is highly suggestive of celiac disease, as it presents a malabsorption syndrome (iron-deficiency anemia, chronic diarrhea, weight loss, vitamin deficiencies, hypertransaminasemia, chronic pancreatitis, depression, among others). As for the paraclinical tests, and despite the upper limit titers of anti-transglutaminase antibodies, it is important to remember their high sensitivity and specificity for the diagnosis of celiac disease together with the other clinical and histological criteria. The anti-endomysial antibodies and histocompatibility markers HLA-DQ2 and HLA-DQ8 are pending authorization from the patient's health benefit plan administrator. In relation to the histological findings, it should be noted that the prevalence of celiac disease diagnosed by biopsies is approximately 0.7%, which would not exclude the diagnosis in the absence of villous atrophy.

Finally, it is worth mentioning that during the follow-up of the case, the patient reported that, to date, the management that has most positively impacted the improvement of her symptoms has been a gluten-free diet, which would support the diagnosis of celiac disease.

We appreciate your comments and will take them into account for future publications.

REFERENCE

1. Urbano Albán DC, Díaz Idrobo B, Hooker Herrera RS, Hooker Mosquera JC. Enfermedad celiaca, un enemigo silencioso: a propósito de un caso. Rev Colomb Gastroenterol. 2024;39(2):224-9. https://doi.org/10.22516/25007440.1090

© 2025 Asociación Colombiana de Gastroenterología

https://doi.org/10.22516/25007440.1269

No todo es enfermedad celíaca

Not everything is celiac disease

Andrés José Gómez-Aldana.[1*]

ACCESO ABIERTO

Citación:
Gómez-Aldana AJ. No todo es enfermedad celíaca. Revista. colomb. Gastroenterol. 2025;40(1):124-125.
https://doi.org/10.22516/25007440.1269

[1] Médico internista y gastroenterólogo. Hepatólogo de la Universidad de Toronto y Especialista en Nutrición Clínica (U.McMaster). Profesor Asistente, Facultad de Medicina University of Texas Health Science Center. San Antonio, Texas, Estados Unidos.

Correspondencia: Andrés José Gómez-Aldana.
andresgomezmd@hotmail.com

Fecha recibido: 13/08/2024
Fecha aceptado: 28/11/2024

Después de leer el caso clínico publicado por Urbano y colaboradores acerca de una paciente con síntomas digestivos difusos y hallazgos sugestivos de enfermedad celíaca[1], me gustaría plantear las siguientes consideraciones. En primer lugar, el diagnóstico de enfermedad celíaca se realiza por medio de una combinación de síntomas clínicos, sumado a hallazgos paraclínicos e histológicos.

Con respecto a los hallazgos paraclínicos, se comenta la presencia de anticuerpos positivos para enfermedad celíaca con un corte de 1,1 y un valor de 1,4. Sin embargo, el diagnóstico de la enfermedad requiere que los valores de anticuerpos transglutaminasa alcancen un valor de más de 10 veces el punto de corte, e inclusive la toma de anticuerpos antiendomisio[2]. En el caso de la paciente, seria pertinente complementar los estudios para completar dicho criterio.

Adicionalmente, en el caso se mencionan los hallazgos histológicos que evidencian un puntaje Marsh 1 y Marsh 2. Sin embargo, no hay evidencia de atrofia vellositaria, lo cual convierte a este criterio para su diagnóstico en un auténtico reto, dado que la duodenosis linfocítica (>25 linfocitos intraepiteliales por 100 células epiteliales) en la ausencia de atrofia vellositaria no es específica de enfermedad celíaca[2-4], sino que puede ser una manifestación de las múltiples condiciones imitadoras de tipo infeccioso (esprúe tropical, sobrecrecimiento bacteriano o *Helicobacter pylori*), medicamentoso o inclusive de origen inmune (inmunodeficiencias o enteropatía autoinmune)[3]. En estos casos, se podría denominar una enfermedad celíaca de tipo no atrófico; sin embargo, requeriría una mayor evidencia de criterios para sustentar este diagnóstico.

Considero que este caso podría considerarse como una enfermedad celíaca potencial dada la presencia de anticuerpos, con una biopsia sin evidencia de atrofia vellositaria, lo cual obligaría a confirmar los estudios de histocompatibilidad como antígeno leucocitario humano (HLA)-DQ2 y HLA-DQ8, que, en caso de ser negativos, prácticamente excluirían la posibilidad de enfermedad celíaca[2,5].

Desafortunadamente, en Colombia los estudios de prevalencia de enfermedad celíaca se han basado predominantemente en la detección de anticuerpos[6], lo cual genera un infradiagnóstico y un desconocimiento de esta patología en nuestra comunidad, por lo que es importante considerar los distintos aspectos clínicos y paraclínicos para un adecuado diagnóstico de una entidad que obligaría a cambiar de forma radical los hábitos de vida.

© 2025 Asociación Colombiana de Gastroenterología

REFERENCIAS

1. Urbano-Albán DC, Díaz-Idrobo B, Hooker-Herrera RS, Hooker-Mosquera JC. Enfermedad celiaca, un enemigo silencioso: a propósito de un caso. Rev Colomb Gastroenterol. 2024;39(2):224-229. https://doi.org/10.22516/25007440.1090
2. Rubio-Tapia A, Hill ID, Semrad C, Kelly CP, Greer KB, Limketkai BN, et al. American College of Gastroenterology Guidelines Update: Diagnosis and Management of Celiac Disease. Am J Gastroenterol. 2023;118(1):59-76. https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000002075
3. Villanacci V, Vanoli A, Leoncini G, Arpa G, Salviato T, Bonetti LR, et al. Celiac disease: histology-differential diagnosis-complications. A practical approach. Pathologica. 2020;112(3):186-196. https://doi.org/10.32074/1591-951X-157
4. Hassall E. Not everything is celiac disease. Gastrointest Endosc. 2010;72(3):569-71. https://doi.org/10.1016/j.gie.2010.02.030
5. Caio G, Volta U, Sapone A, Leffler DA, De Giorgio R, Catassi C, et al. Celiac disease: a comprehensive current review. BMC Med. 2019;17(1):142. https://doi.org/10.1186/s12916-019-1380-z
6. Velasco-Benítez CA, Ruíz-Extremera Á, Matallana-Rhoades AM, Giraldo-Lora SC, Ortiz-Rivera CJ. Prevalence of markers of celiac disease in Colombian children with diabetes mellitus type 1. Colomb Med (Cali). 2018;49(4):273-279. https://doi.org/10.25100/cm.v49i3.3650

https://doi.org/10.22516/25007440.1308

Respuesta a la carta al editor: No todo es enfermedad celiaca

Response to the letter to the editor: Not everything is celiac disease

Diana Carolina Urbano-Albán.[1*]

ACCESO ABIERTO

Citación:
Urbano-Albán DC. Respuesta a la carta al editor: No todo es enfermedad celiaca. Revista. colomb. Gastroenterol. 2025;40(1):126. https://doi.org/10.22516/25007440.1308

[1] Médico y cirujano. Médico hospitalario. Hospital Universitario San José de Popayán, Popayán, Colombia.

Correspondencia: Diana Carolina Urbano-Albán
dianaurbano@unicauca.edu.co

Fecha recibido: 28/11/2024
Fecha aceptado: 30/11/2024

De antemano, agradezco el interés demostrado por el caso clínico *Enfermedad celiaca, un enemigo silencioso: a propósito de un caso*[1]. Considero de gran relevancia el aporte y la profunda discusión académica sobre el reto diagnóstico de una patología infradiagnosticada, basado en la sumatoria de criterios clínicos, paraclínicos e histológicos, que permitan un abordaje integral. Infortunadamente, en la actualidad no contamos con escalas diagnósticas de enfermedad celíaca y son pocos los estudios nacionales y locales respecto a la misma.

Cabe resaltar que, de acuerdo con la literatura, la clínica de la paciente expuesta es altamente sugestiva de enfermedad celíaca, pues configura un síndrome de malabsorción (anemia ferropénica, diarrea crónica, pérdida de peso, déficit de vitaminas, hipertransaminasemia, pancreatitis crónica, depresión, entre otros). En cuanto a los paraclínicos, y pese a los títulos en el límite superior de anticuerpos antitransglutaminasa, es importante recordar su alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de enfermedad celíaca aunadas a los demás criterios clínicos e histológicos. Los anticuerpos antiendomisio y los marcadores de histocompatibilidad HLA-DQ2 y HLA-DQ8 están pendientes, a la espera de autorización por parte de la entidad administradora de plan de beneficios de salud de la paciente. En relación con los hallazgos histológicos, cabe resaltar que la prevalencia de enfermedad celíaca diagnosticada por biopsias es de aproximadamente el 0,7%, lo cual no excluiría el diagnóstico ante la ausencia de atrofia vellositaria.

Finalmente, cabe mencionar que en el seguimiento del caso la paciente informó que, a la fecha, el manejo que más ha impactado de forma positiva en la mejoría de los síntomas ha sido una dieta libre de gluten, lo que apoyaría el diagnóstico de enfermedad celíaca.

Agradecemos sus comentarios y los tendremos en cuenta para futuras publicaciones.

REFERENCIA

1. Urbano Albán DC, Díaz Idrobo B, Hooker Herrera RS, Hooker Mosquera JC. Enfermedad celiaca, un enemigo silencioso: a propósito de un caso. Rev Colomb Gastroenterol. 2024;39(2):224-9. https://doi.org/10.22516/25007440.1090

© 2025 Asociación Colombiana de Gastroenterología