

# No todo es enfermedad celíaca

## Not everything is celiac disease

Andrés José Gómez-Aldana.<sup>1\*</sup> 

### 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>

<sup>1</sup> 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](mailto: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<sup>(1)</sup>, 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 antiendomiso<sup>(2)</sup>. En el caso de la paciente, sería 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 duodenositis linfocítica (>25 linfocitos intraepiteliales por 100 células epiteliales) en la ausencia de atrofia vellositaria no es específica de enfermedad celíaca<sup>(2,4)</sup>, 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)<sup>(3)</sup>. 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<sup>(2,5)</sup>.

Desafortunadamente, en Colombia los estudios de prevalencia de enfermedad celíaca se han basado predominantemente en la detección de anticuerpos<sup>(6)</sup>, lo cual genera un infra-diagnóstico 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.

## 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>

# 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.<sup>1\*</sup> 

### 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>

<sup>1</sup> Médico y cirujano. Médico hospitalario. Hospital Universitario San José de Popayán, Popayán, Colombia.

**Correspondencia:** Diana Carolina Urbano-Albán  
[dianaurbano@unicauca.edu.co](mailto: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*<sup>(1)</sup>. 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 celiaca 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 celiaca, 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 celiaca aunadas a los demás criterios clínicos e histológicos. Los anticuerpos antiendomiso 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 celiaca 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 celiaca.

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>