

---

# Crisis celiaca en un lactante

---

M. García Ventura, I. Ros Amal, R. García Romero, E. Castejón Ponce,  
I. García Jiménez, C. Hernández Tejedor

Hospital Infantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2016; 46: 59-61]

## RESUMEN

**Antecedentes:** la enfermedad celiaca (EC) es una patología intestinal que se produce por intolerancia al gluten. Las formas clásicas de presentación de la EC, así como la crisis celiaca son actualmente poco comunes. **Descripción del caso:** se presenta el caso de un lactante de 12 meses que llega a Urgencias con signos de deshidratación, vómitos y diarreas. En los exámenes complementarios se objetiva importante afectación hepática y trastornos de la coagulación, así como una alta positividad de los anticuerpos de la enfermedad celiaca y HLA compatible con la misma. Con todo ello se realizó diagnóstico de enfermedad celiaca, según los criterios de ESPGHAN de 2012, y se pautó dieta exenta de gluten y medidas de rehidratación y soporte. **Conclusiones:** la crisis celiaca como forma de presentación de la enfermedad celiaca es hoy en día excepcional pero sigue apareciendo. Para evitarla se debe sospechar, realizar un diagnóstico y tratamiento lo antes posible.

## PALABRAS CLAVE

Crisis celiaca, enfermedad celiaca, malabsorción, malnutrición.

## *Celiac crisis in an infant*

### ABSTRACT

**Background:** Celiac disease (CD) is an intestinal disease that is caused by gluten intolerance. Classic forms of CD presentation, as well as the celiac crisis, are nowadays rare. **Case description:** A case of a 12 months infant comes to the Emergency room with dehydration signs, vomiting and diarrhoea is reported. The investigations showed important hepatic and coagulation disorders. Specific celiac disease antibodies and HLA DQ2 also agree with the CD diagnosis. A CD diagnosis was performed (following ESPGHAN 2012 criteria), and a free gluten diet was begun. **Conclusions:** Nowadays the celiac crisis is an exceptional presentation form, but it still appears. To avoid the crisis an early diagnosis and a right treatment must be performed.

### KEY WORDS

*Celiac crisis, celiac disease, malabsorption, malnutrition.*

---

**Correspondencia:** María García Ventura  
Servicio de Pediatría. Hospital Infantil Universitario Miguel Servet  
Pº Isabel la Católica, 1-3. 50009 Zaragoza  
mariagarciaventura90@gmail.com  
Recibido: marzo 2016. Aceptado: abril 2016

---

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad celiaca (EC) es una de las intolerancias digestivas más frecuentes en nuestro medio. Se trata de una intolerancia a las proteínas del gluten (gliadinas, secalinas, hordeinas y, posiblemente, aveninas) que cursa con una atrofia severa de la mucosa del intestino delgado. Se estima una prevalencia en torno al 1%, aunque se estima que tan solo entre un 10-15% han sido diagnosticados, y la mayoría de afectados se encuentran en estado asintomático<sup>(1)</sup>. En el pasado, la mayor parte de los pacientes diagnosticados de EC eran niños con grave afectación orgánica. En los últimos años, la forma de presentación más común de la EC son las formas atípicas e igualmente se ha incrementado el diagnóstico de esta enfermedad en la edad adulta, así como el diagnóstico de formas paucisintomáticas<sup>(2)</sup>. Sin embargo, no hay que olvidar que la EC puede debutar con formas de afectación importante, incluso llegando a presentar una crisis celiaca, entidad hoy en día excepcional pero que puede llegar a ser muy grave.

## CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un lactante de 12 meses que acude a Urgencias por anorexia de 3 días de evolución y decaimiento, junto con vómitos y diarreas. En la gasometría se objetiva una acidosis metabólica (pH 7,29, pCO<sub>2</sub> 28, HCO<sub>3</sub> 13,5, EB -11,7, Na 134, K 5,3, Lac 2,1), por lo que ingresa por deshidratación secundaria a gastroenteritis para rehidratación y completar estudio. En la reanamnesis se constata pérdida ponderal de 260 gramos en los últimos 2 meses, así como entre uno y dos vómitos diarios y deposiciones diarreicas olorosas y explosivas que se alternan con períodos de estreñimiento de 3 meses de evolución. En la exploración física destaca un regular estado de hidratación, distensión abdominal y se aprecian la imagen compatibles con «bolsas de tabaco» en glúteos como signo de desnutrición.

Se realizan las siguientes pruebas complementarias para realizar un diagnóstico diferencial con todas aquellas patologías que puedan dar lugar a un cuadro de malabsorción que determine desnutrición: ecografía abdominal en la que se objetiva una discreta distensión de las asas intestinales con contenido en su interior; sedimento de orina normal; y serologías CMV, VEB, VHB y VHC, siendo todas ellas negativas. Entre las sospechas se encuentran: EC, alergia a las proteínas de la leche de vaca, gastroenteritis bacterianas o víricas, parasitosis, (giardiasis, strongiloidiasis) fibrosis quística, enfermedad de Crohn,

inmunodeficiencias o enteropatía autoinmune. En la bioquímica sanguínea destaca la elevación de los enzimas hepáticos con valores de GOT(AST) y GPT (ALT) de 533 UI/L y 378 UI/L respectivamente (límites normales por debajo de 50 UI/L). Además se demostró también una importante alteración de la coagulación, destacando una actividad de protrombina del 49% (Valores normales 80-120%). El resto del hemograma, reactantes de fase aguda y bioquímica no presentaban alteraciones significativas. Ante la sospecha clínica se solicitaron anticuerpos de enfermedad celiaca. Los resultados fueron los siguientes: Ac. Antitransglutaminasa IgA: 4569,80 U/ml (límites 0-20), Ac. Antigliadina-DP IgG: 1172,40 U/mL. (límites 0-20) y Ac. Antiendomiso: ++++. Tanto IgA, IgG como IgM séricas estuvieron dentro de los valores normales. Se solicitó estudio de los antígenos de Histocompatibilidad (HLA) que mostraron homocigosis para DQ2 (DQB1\*02 DQB1\*02).

Con todos estos resultados se realizó el diagnóstico de EC, con inicio de crisis celiaca como forma de presentación, y, además de las medidas de soporte básicas, se pautó dieta exenta de gluten.

## DISCUSIÓN

La presentación de la EC con formas graves y urgentes es hoy en día excepcional. La crisis celiaca se trata de la forma de presentación más importante de la EC, que aparece solo en un pequeño porcentaje de niños, y a la que se llega cuando la enfermedad evoluciona sin que se realice un diagnóstico y tratamiento precoz. Entre las alteraciones clínicas que pueden aparecer destacan las hemorragias, tanto cutáneas como digestivas. Estas tienen lugar debido a la alteración de la coagulación que se produce por el defecto de síntesis de vitamina K y otros factores vitamínicos dependientes a nivel intestinal. Además las alteraciones en la absorción intestinal favorecen la aparición de edemas por hipoalbuminemia, deshidratación hipotónica, tetania hipocalcémica, así como una gran distensión abdominal con hipopotasemia y malnutrición<sup>(3)</sup>. Afortunadamente supone tan solo un 1% de las formas de presentación de la celiaquía y normalmente se describe en niños menores de dos años. En el caso presentado, se objetivaron alteraciones de la coagulación, hepatopatía, malnutrición, deshidratación e importante distensión abdominal, que requirieron hospitalización y tratamiento de soporte, datos que son compatibles con una crisis celiaca. Afortunadamente, el tratamiento evitó la aparición de alteraciones hidroelectrolíticas más graves como la hipopotasemia o la hipocalcemia.



En el momento actual, se puede realizar en determinadas ocasiones el diagnóstico de EC sin necesidad de biopsia intestinal como en caso presentado. El diagnóstico se hizo atendiendo a los nuevos criterios diagnósticos de la enfermedad celiaca que la ESPGHAN (European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition)<sup>(4)</sup> actualizó en 2012. Según estos nuevos criterios es posible realizar el diagnóstico de EC sin necesidad de realizar biopsia intestinal si existe clínica compatible con la enfermedad, anticuerpos antitransglutaminasa 10 veces por encima de los límites normales y antiendomiso positivos, así como presencia de HLA compatible con la enfermedad (DQ2 o DQ8), como ocurre en este caso.

## CONCLUSIONES

La crisis celiaca como forma de presentación de la EC hoy en día es excepcional, pero no hay que olvidarla porque produce importantes desequilibrios electrolíticos y alteraciones en la coagulación.

No obstante, en la actualidad debemos de mantener sobre todo el índice de sospecha muy alto para las formas atípicas, ya que son consideradas las más frecuentes.

Los nuevos criterios diagnósticos de la ESPGHAN permiten abandonar la biopsia como método diagnóstico obligatorio si la clínica, los anticuerpos y el HLA son compatibles con EC.

Hasta el momento la única posibilidad terapéutica es la exclusión de por vida del gluten de la dieta.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Arranz Sanz E. Enfermedad celiaca, luces o sombras? En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2013. Madrid: Exlibris Ediciones; 2013. p.79-84.
2. Elli L, Branchi F, Tomba C, Villalta D, Norsa L, Ferretti F, et al. Diagnosis of gluten related disorders: Celiac disease, wheat allergy and non-celiac gluten sensitivity. *World J Gastroenterol* 2015; 21(23): 7110-9.
3. Allué IP, Koninckx CR. Enfermedad celíaca. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. SEGHNP-AEP.
4. Husby S, Koletzko S, Korponay-szabo IR. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Guidelines for the Diagnosis of Coeliac Disease. *JPGN* 2012; 54(1): 136-60.