

## II CONGRESO DE ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

# AVANCES EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CLÍNICA: PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y GESTIÓN ROL DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA



www.renhyd.org



5 DE OCTUBRE DE 2018  
**INTOLERANCIAS Y ALERGIAS  
ALIMENTARIAS**  
PONENCIA 1

### Gluten y sensibilidad al gluten no celiaca

Ramón Tormo<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup>Hospital Quirón. Barcelona, España.

\*[rtormo92@live.com](mailto:rtormo92@live.com)



El gluten puede ser nocivo para la salud de los humanos, por sufrir:

- Una Enfermedad Celiaca,
- una alergia al gluten/trigo,
- una intolerancia al gluten no celiaca (IGNC).

No hay una prueba fiable de laboratorio diagnóstica sobre la IGNC; el médico se deja llevar por las impresiones del enfermo al suprimir el gluten, aconsejando generalmente con poco entusiasmo seguir la dieta de exclusión de gluten.

La sensibilidad al gluten no celiaca (IGNC) se describió por primera vez a finales de 1970 y la primera serie se remonta a 1980. Sin embargo, ha sido sólo desde 2009 que la creciente evidencia ha llamado nuestra atención a una dolencia aparentemente nueva. Varios estudios epidemiológicos han sugerido que IGNC puede afectar a un rango variable (de 0,5% a 13%) de la población occidental. Al mismo tiempo que los supuestos casos de IGNC, los alimentos sin gluten entre los

pacientes no celíacos han ganado popularidad constantemente, incluso por razones distintas de la sensibilidad, tales como comer alimentos saludables o como ayudas en la pérdida de peso. Una encuesta reciente realizada en los Estados Unidos mostró que casi un tercio de la población adulta sana estaba tratando de reducir o evitar el gluten en sus dietas.

En la actualidad, la IGNC es un síndrome caracterizado por síntomas intestinales y extraintestinales relacionados con la ingestión de alimentos que contienen gluten, en los sujetos en los que la enfermedad celíaca o la alergia al trigo han sido descartadas anteriormente. El espectro clínico incluye el síndrome del intestino irritable (SII) y otros síntomas gastrointestinales funcionales (hinchazón, diarrea, dolor abdominal, dispepsia, etc.), junto con manifestaciones extraintestinales tales como fatiga, dolor de cabeza, entumecimiento, confusión mental, ansiedad / depresión, fibromialgia.

Dada la falta de una prueba o biomarcador diagnóstico, la IGNC en su mayoría sigue siendo para los enfermos, un

auto-diagnóstico, y para los médicos un diagnóstico de exclusión, por lo cual se requiere una prueba de confirmación.

Según un artículo citado por MedScape y publicado en Clin Gastroenterol Hepatol. 2017; 15(3): 339-348, por Javier Molina-Infante y Antonio Carroccio, estos autores han propuesto una prueba a doble ciego tras la administración de gluten (es decir dar gluten a dos grupos similares de sujetos intolerantes al gluten, sin que ellos ni los médicos responsables sepan a quién dan gluten y a quién no, hasta el final de la prueba), controlada con placebo (es decir a los que no se les da gluten, se les da algo semejante sin gluten), para confirmar el diagnóstico de sensibilidad al gluten no celiaca (IGNC). Todo ello en pacientes, por supuesto sin enfermedad celíaca (con anticuerpos IgA antitransglutaminasa negativos o HLA DQ2, HLA DQ8 positivos o negativos) ni con alergia al gluten, que responden favorablemente a una dieta sin gluten. Para determinar la exactitud de este enfoque, se analizaron los datos de 1.312 adultos. Los estudios variaron:

- En la duración de la administración de gluten, lo que decimos los especialistas "agresión con gluten o desafío" o "challenge" (rango 1 día a 6 semanas),
- dosis diarias para la agresión con gluten o placebo (rango 2-52g, 3 estudios administrados <8g/día),
- composición del placebo (productos sin gluten, Xilosa, proteína de suero de leche, arroz o almidón de maíz que contiene carbohidratos fermentables).

La mayoría de los estudios mostraron que la agresión con gluten aumentaba significativamente las puntuaciones de los síntomas en comparación con los que recibieron placebo. Sin embargo, sólo 38 de 231 pacientes (IGNC 16%) mostraron síntomas específicos de intolerancia al gluten. Además, el 40% de estos sujetos tuvieron una respuesta nocebo (síntomas similares o aumentados en respuesta al placebo). Estos hallazgos revelan heterogeneidad y defectos metodológicos posibles entre los estudios de agresión con gluten, que ponen en duda que el gluten sea el componente culpable en la mayoría de los pacientes con presunta IGNC y destacan la importancia del efecto nocivo en estos tipos de estudios.

Los expertos del grupo de Salerno abogaron recientemente por una prueba de doble ciego, controlada con placebo (DBPC) y cruzada (*crossover*) con gluten, como prueba estándar de oro para discriminar a los pacientes verdaderos con IGNC de los que no la padecen.

En primer lugar, el paciente debe mostrar al menos un 30% de disminución de los síntomas gastrointestinales después de una dieta sin gluten de 6 semanas. Luego, se debe realizar una agresión con gluten, doble ciego cruzada con una duración de una semana para cada agresión o desafío y el período de lavado, sin gluten entre los dos. Las dosis diarias recomendadas para el gluten son 8g, mientras que el placebo debe ser sin gluten. Es probable que los informes sobre los resultados de DBPC en IGNC puedan ser discrepantes, dependiendo de la selección de los pacientes a través de

dietas de eliminación previa y los métodos de la agresión o desafío, incluyendo dosis y duración de gluten y componentes del placebo.

En conclusión, más del 80% de los pacientes con sospecha de IGNC no pueden ser diagnosticados formalmente después de una prueba de doble ciego, controlada con placebo (DBPC) y cruzada (*crossover*) con gluten. Muchas dudas surgen de estos hallazgos, incluyendo la conveniencia de incluir el nombre de gluten en la designación de la enfermedad, las fallas metodológicas de los ensayos cruzados de doble ciego, controlados con placebo actualmente recomendados como la herramienta de diagnóstico estándar de oro para IGNC, junto con la posibilidad de que el IGNC sea un fondo de saco, un crisol compuesto por diferentes pacientes agrupados bajo una etiqueta común. El efecto nocebo se detectó en hasta un 40% de los pacientes, posiblemente relacionado con varios factores incluyendo expectativas negativas, el efecto de retraso en los ensayos cruzados o el uso de placebos con las características del FODMAP (fermentables oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles). Otras investigaciones deberán evaluar varias optimizaciones propuestas en los ensayos doble ciego, controlados con placebo actualmente aceptados, aparte de descifrar si el uso de trigo en lugar del gluten para la agresión o desafío, puede aumentar el rendimiento diagnóstico de la prueba en enfermos con sospecha de sufrir IGNC. Hay grupos que atribuyen al trigo, no al gluten, la aparición de molestias.

Otros autores proponen el estudio de los anticuerpos IgG anti gliadina.

También la sintomatología de la intolerancia al gluten no celiaca, podría ser motivada por:

- Hiperproliferación bacteriana secundaria a algunos componente que pueden acompañar a los productos con gluten.
- La sugestión del enfermo; podría ser interesante hacer estudios psicológicos a los que el suprimir el gluten les ha sentado bien.
- Podría ser el fermento, los enzimas, que se usan para cocer el pan; unos pacientes pueden ser más sensibles que otros.
- La inferior ingesta de almidones y féculas al pasar a la dieta sin gluten, por el precio elevado de los productos a base de cereales sin gluten y por la peor textura y gusto; en un trabajo realizado en nuestra consulta comprobamos que al no tomar gluten se reducía en un 32% la ingesta de cereales, pan, pastas, y galletas.

## CONFLICTO DE INTERESES

El autor expresa que no hay conflictos de interés al redactar el manuscrito.