



# Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

## O-20 - PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LA ENFERMEDAD CELÍACA ULTRACORTA

P. Mata-Romero<sup>1</sup>, D. Martín-Holgado<sup>1</sup>, C. Dueñas Sadornil<sup>1</sup>, P.L. González-Cordero<sup>1</sup>, H.C. Ferreira-Nossa<sup>1</sup>, A. Izquierdo-Martín<sup>2</sup>, P. Barros-García<sup>2</sup>, D.F. Ionescu<sup>3</sup>, C. Cámara-Hijón<sup>3</sup> y J. Molina-Infante<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>2</sup>Servicio de Pediatría; <sup>3</sup>Servicio de Inmunología, Hospital Universitario San Pedro de Alcántara. Cáceres.

### Resumen

**Introducción:** Recientemente se ha estimado que hasta el 10% de los pacientes afectos de enfermedad celíaca (EC) pueden presentar afectación inflamatoria limitada al bulbo duodenal, fenotipo nuevo conocido como EC ultracorta. Estos pacientes aparentemente tienen menos expresión clínica, analítica e histológica que los pacientes con EC convencional, pero no existen datos acerca de la distribución de la población de linfocitos intraepiteliales (LIEs) en este subgrupo.

**Métodos:** Estudio prospectivo unicéntrico. Desde enero del 2015 a noviembre del 2017, se protocolizó en nuestro centro la toma de biopsias duodenales durante la endoscopia para despistaje de EC, mediante la toma de biopsias separadas de bulbo (1-2) y duodeno distal (2-4), tanto para examen histológico (1-2 bulbo y 2-4 duodeno distal) como para citometría de flujo (1 de cada localización). Se incluyeron todos los pacientes con nuevo diagnóstico de EC, basado en los criterios de Catassi y Fasano más citometría de flujo de tejido duodenal compatible (aumento LIEs CD103 > 90, linfocitos TCR gammadelta > 16 con descenso NK-CD3 < 8), comparándose las características de los pacientes con EC convencional y ultracorta.

**Resultados:** Se incluyeron 58 pacientes (55% pediátricos), siendo diagnosticados 5 pacientes (8,6%) de EC ultracorta. El 80% de los pacientes con EC ultracorta tenían alguna determinación serológica positiva en los 5 años previos, habiéndose descartado la celiaquía en el 60% mediante biopsias duodenales distales normales. Comparando EC convencional y ultracorta, no se encontraron diferencias significativas en parámetros clínicos o serológicos (IgA antiTGT ultracorta  $111,26 \pm 191$  vs convencional  $87 \pm 65$ , p 0,5), pero si se constató un menor grado de afectación histológica (Marsh I-II 60% vs 15%, p 0,04) en pacientes con EC ultracorta. Respecto a la citometría de flujo, no se encontraron diferencias relevantes en bulbo duodenal en LIEs totales o TCR-gammadelta. La reducción de células NK-CD3 (ultracorta  $7,57 \pm 5,52$  vs convencional  $1,2 \pm 0,9$ , p < 0,001) fue notablemente inferior en el bulbo de pacientes con EC ultracorta.

**Conclusiones:** Un 9% de pacientes celíacos en nuestro centro fueron diagnosticados de EC ultracorta, habiéndose descartado previamente EC en el 60% mediante biopsias normales. No se documentó atrofia vellositaria hasta en el 60% de los pacientes con EC ultracorta, por lo que la adición de la citometría de flujo puede ser de gran ayuda diagnóstica. El descenso de células NK-CD3 típico de la EC está infraexpresado en el bulbo de los pacientes con EC ultracorta.