

Cribado para la enfermedad celíaca en niños asintomáticos con síndrome de Down: rentabilidad de la prevención del linfoma

En la actualidad se reconoce que la enfermedad celíaca es relativamente frecuente. Recientemente, el subcomité de la enfermedad celíaca de la North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition publicó recomendaciones para los exámenes y tratamiento¹. El subcomité recomendó un cribado con el análisis de anticuerpos antitransglutaminasa tisular en grupos de alto riesgo, caso de familiares en primer grado de pacientes con celiaquía, así como personas con diabetes tipo 1, síndrome de Turner, estatura baja, erosión permanente del esmalte dental o síndrome de Down.

El cribado en busca de una enfermedad es apropiado si ésta provoca consecuencias graves; si, antes de su inicio, está presente una fase latente detectable, y si está disponible un tratamiento que es más eficaz en un estadio inicial². En pacientes con enfermedad celíaca sintomática, una dieta sin gluten durante sólo 5 años puede reducir o prevenir el riesgo de linfoma intestinal. Por esta razón, con respecto a dicho tumor, la enfermedad celíaca puede considerarse un proceso premaligno³⁻⁵. Además, en una proporción sustancial de pacientes con cáncer, la enfermedad celíaca subyacente no se reconoce hasta alrededor del momento del diagnóstico del cáncer. Por lo tanto, se intuye que la identificación y tratamiento de esta enfermedad en un estadio asintomático precoz sería incluso más eficaz.

En su análisis de toma de decisiones, Swigonski et al⁶ destacaron que en niños con síndrome de Down el tratamiento de la enfermedad celíaca asintomática en un estadio más precoz carecería de efectos sobre su desenlace. Además, estos investigadores revelaron que el cribado de niños asintomáticos con síndrome de Down sería más perjudicial que beneficioso. Afectaría negativamente a la calidad de vida del niño y se desviarían los recursos de la sociedad de otras prioridades. El linfoma no hodgkiniano se diagnostica en buena parte en individuos en la sexta década de la vida o mayores. Puesto que en general los individuos con síndrome de Down no sobreviven más allá de la quinta década de la vida, es evidente la conclusión de que el linfoma no se preveniría sustancialmente⁷.

El linfoma no hodgkiniano no es la única consecuencia de la enfermedad celíaca. Por esta razón, el mayor problema es si su tratamiento en un estadio asintomático es más eficaz para otros desenlaces y en otros grupos de individuos que también corren un riesgo. Los autores citan el retraso del crecimiento como uno de los hallazgos frecuentes en el momento del diagnóstico de la enfermedad celíaca en niños con síndrome de Down. La afectación del crecimiento lineal se hace evidente más tarde en

el curso de la enfermedad. Es predecible que el cribado y, en consecuencia, un tratamiento más precoz prevenga el retraso del crecimiento. Desafortunadamente, ningún estudio ha abordado esto ni otros resultados entre parientes de primer grado asintomáticos. En el mejor de los casos, los resultados son polémicos en niños con diabetes de tipo 1^{8,9}.

La ausencia de pruebas de un efecto no es sinónimo de la falta de efecto. Swigonski y otros investigadores nos recuerdan que, a pesar de las buenas intenciones, el cribado puede ser perjudicial y se despilfarrarán los recursos. Es preciso hacer esfuerzos para verificar la eficacia real del cribado en niños asintomáticos de diversos grupos de riesgo. Los ensayos clínicos aleatorizados de buena calidad sobre cribado comparado con su ausencia proporcionarían las mejores pruebas.

Conflicto de intereses: ninguno.

DAVID KAWATU, MD, MSc Y NEAL S. LELEIKO, MD, PhD
Hasbro Children's Hospital, Brown Medical School, Division
of Pediatric Gastroenterology, Nutrition and Liver Diseases,
Rhode Island, Estados Unidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hill ID, Dirks MH, Liptak GS, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of celiac disease in children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2005;40:1-19.
2. Aschengrau A, Seage GR. *Essentials of epidemiology and public health.* Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, Inc; 2003.
3. Green PHR, Jabri B. Celiac disease and other precursors to smallbowel malignancy. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2003;17:611-24.
4. Green PH, Fleischauer AT, Bhagat G, Goyal R, Jabri B, Neugut AI. Risk of malignancy in patients with celiac disease. *Am J Med.* 2003;115:191-5.
5. Shamir R. Advances in celiac disease. *Gastroenterol Clin North Am.* 2003;32:931-47.
6. Swigonski NL, Kuhlenschmidt HL, Bull MJ, Corkins MR, Downs SM. Screening for celiac disease in asymptomatic children with Down syndrome: cost-effectiveness of preventing lymphoma. *Pediatrics.* 2006;118:594-602.
7. Bittles AH, Glasson EJ. Clinical, social, and ethical implications of changing life expectancy in Down syndrome. *Dev Med Child Neurol.* 2004;46:282-6.
8. Freemark M, Levitsky LL. Screening for celiac disease in children with type 1 diabetes: two views of controversy. *Diabetes Care.* 2003;26:1932-9.
9. Rami B, Sumnik Z, Schober E, et al. Screening detected celiac disease in children with type 1 diabetes mellitus: effect on the clinical course (a case control study). *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2005;41:317-21.